

**ЮЖНОУКРАИНСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ К.Д.УШИНСКОГО**

На правах рукописи

КРИВОНОГОВА ОКСАНА ВАЛЕРИЕВНА

УДК 155.5+370.711+615.78

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ У
ПОДРОСТКОВ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИИ И ЕЕ КОРРЕКЦИЯ**

19.00.07 – педагогическая и возрастная психология

Диссертация на соискание научной степени кандидата психологических наук

Научный руководитель
Дегтяренко Татьяна Владимировна
доктор медицинских наук,
профессор

Одесса-2010

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4	
РАЗДЕЛ 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИИ У ПОДРОСТКОВ И ПОДХОДОВ К ЕЕ ПСИХОКОРРЕКЦИИ.....		13
1.1. Подростковый возраст: психологические особенности проблемы, способствующие возникновению наркозависимости.....		13
1.2. Подходы к изучению психологических факторов распространения наркозависимости в подростковом возрасте.....		19
1.3 Психологические особенности личности подростков-наркоманов.....		33
1.4. Психологическая коррекция личности подростков, страдающих наркозависимостью и психопрофилактика наркомании у подростков.....		47
Выводы к первой главе.....		61
РАЗДЕЛ 2. ИЗУЧЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ, КОТОРЫЕ СПОСОБСТВУЮТ ВОЗНИКНОВЕНИЮ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИИ У ПОДРОСТКОВ		63
2.1. Методика и процедура констатирующей части исследования.....		63
2.2. Состояние и распространенность опийной наркомании у подростков....		67
2.3. Микросоциальные факторы возникновения опийной наркомании у подростков.....		74
2.4. Индивидуально-биологические факторы возникновения подростковой наркозависимости.....		85
2.5. Индивидуально-психологические факторы возникновения опийной наркозависимости у подростков		90
2.6. Личностно-психологические факторы возникновения наркозависимости у подростков.....		104

Выводы ко второй главе.....	125
РАЗДЕЛ 3. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ ПСИХОКОРРЕКЦИИ И ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ ОПИЙНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ПОДРОСТКОВ.....	128
3.1. Основные психологические факторы, способствующие подростковой наркомании.....	128
3.2. Психокоррекция и психопрофилактика опийной зависимости у подростков.....	132
Выводы к третьей главе.....	164
ВЫВОДЫ.....	167
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ	171
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	189

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. Рост численности наркоманов в Украине и в других странах мира становится одной из самых серьезных медико-психологических и социальных проблем современности, особенно ввиду того, что сегодня наркомания поражает главным образом молодежь – подростков и юношество. Начало принятия психоактивных веществ приходится по большей части на 13 – 16 лет, однако все чаще происходят случаи и более раннего привлечения к употреблению наркотиков, что предопределяет нарушения поведения и коммуникативного функционирования личности в социуме с первых этапов самостоятельной жизни (Е. В. Мельник, П. Д. Шабанов, О. Ю. Штакельберг). Это вызывает огромную озабоченность, поскольку употребление психоактивных веществ оказывает крайне негативное влияние на жизнедеятельность и работоспособность человека: приводит к резкому снижению реактивности организма, нарушению познавательных функций, развитию специфических асоциальных черт личности, что завершается разрушением психического и физического здоровья (В. С. Битенский, С. Б. Ваисов, В. В. Гульдман, А. В. Кольцова, С. А. Кулаков, А. Е. Личко, Т. О. Ломовая, С. Д. Максименко, Н. Д. Максимова, С.А. Прокофьева-Акопова, И. Н. Пятницкая, А. Г. Фесенко, В. В. Шабалина).

До последних лет в нашей стране исследования, посвященные проблеме генеза подростковых наркоманий, были немногочисленными, и хотя в настоящее время диапазон трудов на эту тему расширился, однако в большинстве из них рассматриваются лишь одиночные вопросы влияния отдельных факторов на возникновение наркозависимости у подростков. Целый ряд вопросов относительно характеристик личности подростков-наркоманов, их поведения, мотивации и мотивов употребления психоактивных веществ исследовано недостаточно и они не нашли надлежащего отображения в зарубежной и отечественной литературе.

Разнообразие причин и сложность механизмов возникновения изменений в структуре личности и поведения у наркозависимых подростков обуславливают необходимость применения системного подхода к их изучению, в частности предусматривают анализ совокупности факторов, а именно психологических, социально-психологических и соматических. Такой методологический подход позволяет обосновать теоретические основы для разработки эффективной системы психокоррекции и психопрофилактики нарушений, к которым приводит наркозависимость у подростков, что является одним из важнейших заданий психологической практики. Этот аспект в последнее время активно разрабатывается в психологии, что нашло свое отображение в трудах многих ученых (О. В. Вдовиченко, Т. М. Лазоренко, К. С. Лисецкий, О. В. Литягина, Н. И. Повьякель, Г. В. Притула).

Принимая во внимание вышесказанное, актуальным направлением современной психологической науки следует считать рассмотрение психологических предпосылок возникновения наркозависимости у подростков с целью разработки патогенетически ориентированных мероприятий ее своевременной профилактики и коррекции. Таким образом, социальная и практическая значимость данной проблемы, а также ее недостаточная научная разработка обусловили выбор темы нашего диссертационного исследования: «Психологические факторы возникновения у подростков опийной наркомании и ее коррекция».

Связь исследования с научными программами, планами, темами. Тема диссертационного исследования выполнена в соответствии с научной программой кафедры специальной педагогики и психологии «Разработка адекватных методов коррекции у детей и подростков с нарушениями психофизического развития и отклонениями в поведении на основании определения степени нарушений перцептивно-когнитивных, психомоторных и речевых функций, а также расстройств в эмоционально-волевой сфере», которая входит в тематический план Южноукраинского национального

педагогического университета имени К. Д. Ушинского (номер государственной регистрации 0109U000207). Тема диссертации утверждена ученым советом Южноукраинского национального педагогического университета имени К. Д. Ушинского (протокол № 6 от 25.06.2009 г.) и Советом по координации научных исследований в отрасли педагогики и психологии в Украине (протокол № 7 от 29.09.2009 г.). Автором исследовались основные психологические факторы возникновения опийной наркомании у подростков, что позволило разработать комплексную систему психокоррекции и мероприятия психопрофилактической работы по предупреждению наркотической зависимости в подростковом возрасте.

Цель исследования – теоретически проанализировать и эмпирически исследовать психологические факторы возникновения опийной наркомании у подростков и разработать комплекс психокоррекционных мероприятий для ее преодоления и психопрофилактики.

Для достижения цели в работе поставлены следующие **задачи**:

1. На основе изучения психологической литературы определить актуальные подходы к разработке проблемы психологических детерминант, инициирующих наркозависимость у подростков.
2. Теоретически обосновать систему факторов, которые обуславливают возникновение наркозависимости в подростковом возрасте, и на этой основе создать модель их изучения.
3. Исследовать особенности родительско-детских отношений в качестве объективных микросоциальных факторов возникновения наркозависимости у подростков.
4. Обнаружить индивидуально-биологические, индивидуально-психологические и личностно-психологические характеристики подростков, которые страдают опийной наркозависимостью.
5. Обосновать, разработать и апробировать систему психокоррекционной работы для преодоления опийной наркозависимости у подростков и мероприятия профилактической работы по ее предупреждению.

Объект исследования – психологические факторы, выступающие предпосылками подростковой наркозависимости.

Предмет исследования – микросоциальные, индивидуально-биологические, индивидуально-психологические и личностно-психологические факторы возникновения опийной наркомании у подростков.

Гипотеза исследования. Основные психологические факторы возникновения наркозависимости в подростковом возрасте составляют систему, которая включает объективные микросоциальные (нарушение детско-родительских отношений); индивидуально-биологические (генетическая склонность к наркотизации, темп полового развития); индивидуально-психологические (акцентуации характера, расстройства в эмоционально-волевой, когнитивной сфере); личностно-психологические (патологические мотивации и намерения, особенности полоролевой идентичности, дисгармоничные изменения в структуре личности). Эффективная психологическая коррекция личности подростка-наркомана и профилактика возникновения наркозависимости возможны при условии комплексного влияния на личность с учетом установленных факторов.

Методы исследования. В диссертационном исследовании использован комплекс методов, который включал следующие: *теоретические* - анализ литературы по выбранной научной проблеме, систематизация и обобщение научных данных; *эмпирические* – наблюдение, беседа и анкетирование, тестирование; *статистические* - методы математической обработки эмпирических данных, сравнение групп с помощью t-критерия Стьюдента, критерия Фишера, критерия Спирмена (с использованием компьютерной программы SPSS 13.0 for Windows).

Для достижения цели исследования применялся комплекс психодиагностических методик, в который вошли: Опросник В. С. Подкоритова для выявления отношения родителей к заболеванию ребенка и разработанная автором анкета – для исследования микросоциальных факторов; Полоролевая шкала Дюр-Молль Сонди

выраженности маскулинности/фемининности на биогенном уровне – для определения индивидуально-биологических факторов; Патохарактерологичный диагностический опросник А. Е. Личко; тест Люшера (8-цветный вариант по последовательности расстановки и преимущества цветов), тесты для оценки качеств внимания («Корректирующая проба», «Таблицы Шульте-Горбова») - для изучения комплекса характеристик, которые составляют индивидуально-психологические факторы; Опросник для определения мотивов употребления психоактивных веществ К.В.Аймедова, Полоролевая шкала выраженности маскулинной и фемининной Я-концепции у подростков А. Б. Хелбрума, Ленинградский опросник Бехтеревского института (ЛОБИ) для оценки отношения подростков к наркозависимости, проективная методика "Дом. Дерево. Человек" - для определения личностно-психологических факторов возникновения наркозависимости.

Комплексное обследование проведено у 240 подростков мужского пола в возрасте от 15 до 18 лет. Исследовательско-экспериментальная работа выполнялась на базе Одесской клинической психиатрической больницы №1, ЗОШ I-III степеней №11 г. Одессы. Исследование проводилось на протяжении 1999 - 2008 лет.

Научная новизна и теоретическая значимость диссертационного исследования заключается в том, что:

- *впервые* предоставлена комплексная психологическая характеристика подростков, которые страдают опийной наркоманией, включающая оценку совокупности микросоциальных условий развития и индивидуально-биологических, индивидуально-психологических, личностно-психологических свойств; *установлены* ведущие мотивы употребления опиоидов на этапе возникновения у подростков опийной наркозависимости (гедонистические, мотивы переключения аффекта и мотивы гипермотивационного напряжения), и на этапе ее формирования (мотив возобновления витальной активности, зависимости и компульсивного

влечения); *раскрыты* особенности нарушений полоролевого поведения подростков-наркоманов с разными типами акцентуации; *доказано*, что неадекватное отношение к болезни, как у подростков- наркоманов, так и у их родителей является важным фактором возникновения наркозависимости в подростковом возрасте; *установлено*, что особенности соматосексуального (замедление темпа соматосексуального развития) и психосексуального статуса (ретардация и запоздалое развитие сексуальности), а также полоролевой идентичности (выраженная гипермаскулинность) подростков является важными факторами возникновения наркотической зависимости;

- *углублены* представления о психологических условиях наркотизации подростков и *представлена* психологическая модель ведущих факторов возникновения наркозависимости у подростков, которая раскрывает объективные (макро- и микросоциальные) и субъективные (индивидуально-биологические, индивидуально-психологические и личностно-психологические) факторы; *расширено* представление о роли дисгармоничных изменений в процессе становления самосознания подростков (низкая самооценка, неадекватность Я-образа, низкий самоконтроль) в генезе наркотизации; *уточнены* данные об акцентуациях характера, которые в наибольшей степени определяют риск возникновения наркомании у подростков: гипертимный, эпилептоидный и неустойчивый; на основе применения системного подхода к выяснению причинной обусловленности развития наркозависимости *дополнено* представление об интегративном характере взаимодействия факторов разных групп в генезе формирования подростковой наркозависимости;

- *приобрело дальнейшее развитие* учение о психологических предпосылках возникновения наркомании в подростковом возрасте, о ведущем значении комплекса характеристик разных уровней индивидуальности в инициации наркозависимости.

Практическое значение полученных результатов. Предложены валидные психодиагностические критерии, которые позволяют обнаруживать

предпосылки возникновения опийной наркомании у подростков, а также разработана анкета для подростков-наркоманов, которая ориентирована на определение особенностей семейного воспитания и условий наркотизации. Разработана и внедрена система психологической коррекции личности наркозависимых подростков, которая включает мотивационный и эмоционально-волевой тренинг, а также разработаны психопрофилактические мероприятия по предупреждению опийной зависимости у подростков.

Результаты проведенного исследования внедрены в работу Ассоциации практикующих психологов Одесской области (акт № 36 от 10.05.2008 г.) при проведении лекционных и тренинговых занятий с сотрудниками и волонтерами организации; подраздела кадрового обеспечения Управления Службы безопасности Украины в Одесской области (акт №28 от 12.03.2008 г.) при проведении просветительской работы, семинаров и бесед для сотрудников относительно критериев выявления и способов предупреждения наркозависимости; Хмельницкой областной ассоциации из борьбы с наркоманией и СПИДом «Виктория» при проведении психодиагностической и психокоррекционной работы с подростками-наркоманами и психопрофилактической работы с подростками (акт № 43 от 14.10.2008 г.).

Личный вклад автора. Разработанные научные положения и полученные теоретические и эмпирические результаты являются самостоятельным вкладом автора в развитие исследования факторов возникновения наркотической зависимости в подростковом возрасте, разработку системы психопрофилактики и психокоррекции опийной наркозависимости у подростков. В работах, написанных в соавторстве, автор самостоятельно осуществил постановку промежуточных задач, собрал эмпирический материал, осуществил математически-статистическую обработку и интерпретацию данных.

Апробация результатов исследования. Материалы диссертации докладывались и обсуждались на международных научно-практических конференциях молодых ученых «Вчені майбутнього» (Одесса, 2002, 2003); VII Международном медицинском конгрессе студентов и молодых ученых (Тернополь, 2003); I Международной научно-практической конференции «Экология души» (Ялта, 2009); на Международной научно-практической конференции «Психология личности: теория, опыт, практика» (Одесса, 2009); на Международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов «Индивидуально-психологические качества личности будущих психологов и их динамика в период профессиональной подготовки» (Одесса, 2010); Всеукраинской конференции молодых научных работников «Розквітання-3» (Одесса, 2010); на заседаниях Дискуссионного клуба психиатров (Одесса, 2006-2009), заседаниях кафедры специальной педагогики и психологии (2006-2010) и научно-методологического семинара Южноукраинского национального педагогического университета имени К.Д.Ушинского (2010).

Публикации. Содержание и результаты теоретического и эмпирического исследования отображены в 7 авторских публикациях, напечатанных в научных профессиональных изданиях, утвержденных ВАК Украины.

Структура диссертации определена логикой исследования и состоит из вступления, трех разделов, выводов, списка использованной литературы, приложений. Общий объем работы составляет 218 страниц. Основное содержание диссертации изложено на 170 страницах компьютерного набора. Работа содержит 24 таблицы, 4 рисунка, 6 приложений на 30 страницах. Список использованной литературы содержит 208 наименований (среди них 31 на иностранном языке) на 18 страницах.

РАЗДЕЛ 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИИ У ПОДРОСТКОВ И ПОДХОДОВ К ЕЕ ПСИХОКОРРЕКЦИИ

1.3. Подростковый возраст: психологические особенности и проблемы, способствующие возникновению наркозависимости

Взросление из “ребенка в подростка” неизменно сопровождается стремлением более углубленно понять себя, разобраться в своих чувствах, настроениях, мнениях, отношениях. Жизнь подростка должна быть заполнена какими-то содержательными отношениями, интересами, переживаниями. Именно в подростковом возрасте начинает устанавливаться определенный круг интересов, который постепенно приобретает известную устойчивость. Этот круг интересов является психологической базой ценностных ориентаций подростка. В этом возрасте происходит переключение интересов с частного и конкретного на отвлеченное и общее, наблюдается рост интереса к вопросам мировоззрения, религии, морали, эстетики. Развивается интерес к психологическим переживаниям других людей и к своим собственным. В кризисные периоды состояния общества подростки оказываются самыми социально неустойчивыми, нравственно неподготовленными и не защищенными. Часто, не имея достаточного жизненного опыта, моральных убеждений, не умея различить жизненные ценности от мнимых, искусственных, они закрепляют в своем сознании и поведении негативные тенденции общественного развития. Особенно это актуально для современной общественно-политической ситуации. Наряду со стабильным ростом алкоголизма, наркомании, безнадзорности, сексуальной распущенности, правонарушений и преступлений, увеличением числа других антиобщественных действий особо настораживает складывающаяся тенденция изменения ценностных ориентаций подростков, вытеснения

традиционных ценностей нравственного порядка, замещение их культом денег, физической силы, снижение общественно-политической активности, утверждение социальной апатии, появление устойчивых устремлений к достижению материального достатка любой ценой, в том числе путем сознательного нарушения социальных и нравственных норм. В подростковом возрасте актуальны потребности: в самоутверждении, в дружбе, занять достойное место в коллективе, в общении со сверстниками. В этом возрасте заметно усиливается критическое отношение детей к действиям, поступкам, поведению взрослых. Если слова взрослых расходятся с их делами и поступками, они неизбежно теряют авторитет в глазах воспитанников. Подростку нужен взрослый друг, с которым он мог бы обсуждать свои жизненные проблемы, делиться своими сомнениями, тревогами, рассчитывать на его помощь и поддержку. Однако часто родители не понимают подростков, причин их бунтов, неповиновения, противоречивых поступков.

По оценкам зарубежных специалистов, в частности Р.Б.Дэйвис [194], еще несколько лет назад численность больных всеми формами зависимости от психоактивных веществ на территории бывшего Советского Союза оценивалась в 5,5 млн человек. Крайне напряженной является наркологическая ситуация в Российской Федерации по оценкам российских специалистов [72]. Имеет место рост нелегального производства наркотиков. Ожидается быстрое увеличение числа наркоманов, в том числе и в относительно благополучных на сегодняшний день регионах. В целом прогноз ситуации в России, связанной с наркотиками, неблагоприятный [59]. В Украине, особенно в отдельных ее областях, рост заболеваемости наркоманией наблюдается с 1982г. Темпы распространения наркомании резко увеличились с 1992 г., что в определенной степени связано с рядом сложных политических и социально-экономических процессов в обществе и государстве, которые были особенно выражены в промышленных регионах страны. По данным В.Ф.Москаленко с соавт. [102], если в 1993 г. в

наркологических учреждениях Украины было зарегистрировано 27 тыс. больных с второй-третьей стадией болезни, то на 01.01.2000 г. их количество составляло около 70 тысяч. При этом следует учитывать тот важный факт, что, согласно мнению специалистов, в действительности на учете в Украине находится только 10–20% от общего количества лиц, употребляющих наркотические средства [11, 19, 34, 43, 50, 111]. В ближайшие годы, согласно прогнозам, их количество будет неуклонно увеличиваться за счет новых лиц, потребляющих психоактивные вещества. Проблема наркомании в Украине приобрела особое социальное звучание. В связи с этим понятны то негативное социальное и психологическое воздействие, та угроза экономическому потенциалу Украины, которые создает наркомания, затрагивая лиц наиболее активного трудоспособного возраста [113]. Характерно развитие у больных грубых интеллектуально-мнестических расстройств, приводящих к инвалидности, интоксикационных и абстинентных психозов, психопатоподобных нарушений, неврологических расстройств, резкого снижения иммунной защиты (клеточного и гуморального иммунитета), нарушений деятельности сердечно-сосудистой системы, органов желудочно-кишечного тракта, значительной астенизации [92, 106] и т.п. При этом происходит также выраженная социально-психологическая дезадаптация больных [76, 94]. Исследования, посвященные проблеме подростковой наркомании, показали, что выделение конкретных причин наркотизации подростков и старшеклассников является невозможным. Распространение наркомании связано с одновременным существованием нескольких групп факторов, каждая из которых, взятая в отдельности, не является определяющей [78].

В литературе условно разделяют факторы наркотизации на объективные и субъективные. Внутри объективных причин выделяют макропричины и микропричины [6, 28, 33, 41, 144, 145, 177, 194, 207]. Субъективные разделяют на индивидуально-биологические, индивидуально-психологические и личностно-психологические.

К.С.Лисецкий и Е.В.Литягина предлагают следующий список причин возникновения наркозависимости [79].

- Подражание взрослым, специфика социализации и поиск новых впечатлений, нарушения в эмоциональной сфере.
- Стресс, внушаемость, любопытство, педагогическая запущенность, последствия травм.
- Экономические причины, несовершенство законодательства, традиции употребления легальных наркотиков (кофе, табак, пиво, алкогольные напитки).
- Семейные проблемы, наследственность, психопатологии, неполная семья, деструктивная семья, ригидная семья и т.д.
- Особенности характера, такие как уступчивость, чувство вины, нерешительность, внушаемость, тревожность и т.д.
- Личностные особенности, аффилиативность (поиск покровителя), потребность в признании, подавленность душевных и сексуальных переживаний, психологическая защита, стиль поведения и мышления и т.д.

Среди причин, вызывающих эпидемию подростковых наркоманий, выделяются социальные проблемы современного индустриального общества. Большое значение придается воспитанию в духе безграничного потребительства, жажда немедленного удовлетворения желаний (так называемый "радикальный гедонизм"), что приводит к стремлению "потреблять счастье как товар" [6, 12].

Среди микросоциальных факторов наиболее существенным является воспитание в семье. Самый простой механизм – копирование стереотипов поведения родителей-наркоманов их детьми [203, 204, 206]. Негативную роль в этом отношении играет и алкоголизм родителей: в таких случаях дети переживают асоциальные проблемы поведения [89, 140, 184].

Потреблению наркотиков способствует также воспитание в неполной семье [63, 107], "скрытая гипопротекция" [7, 82], отсутствие интереса родителей к делам ребенка при удовлетворении его материальных потребностей [42], эмоциональная холодность родителей [54]. Злоупотребление психоактивными веществами коррелирует с применением к детям физического насилия со стороны родителей. Всех членов таких семей характеризует зависимость, компульсивность, низкая самооценка [89, 205]. На ранних этапах формирования наркоманий прослеживается взаимосвязь между конфликтами в семье и употреблением наркотиков [32, 40, 80].

Часто в семьях, в которых ребенок употребляет наркотические средства, родители всячески покрывают его, стараются утаить уже возникшую у него зависимость от окружающих, переложить вину на других. П. Д. Шабанов, О. Ю. Штакельберг [168] отмечают явление "родительской аногнозии", когда сформировавшаяся у ребенка наркотическая зависимость всячески отрицается родителями. Подобная аногнозия чаще встречается у матерей.

Эмоциональное отвержение ребенка родителями, особенно матерью, нередко служит причиной обращения к наркотическим веществам [106, 134, 146]. Подростку не хватает в семье эмоционального тепла, любви, понимания, что приводит к нарушению социализации в семье, искажению образа Я подростка, снижению самооценки, нарушению мотивационной сферы и в конечном счете – к аддиктивному поведению.

В свою очередь злоупотребление члена семьи наркотическими веществами может являться причиной возникновения семейного неблагополучия. Среди проблем, возникающих в семье при наркотизации кого-либо из ее членов, выделяют следующие: финансовые (связанные с работой); эмоциональные; медицинские; нарушение семейных традиций; физическое и сексуальное насилие; разлад в семье; изоляцию от общества [19, 79].

Однако наиболее существенным фактором, предрасполагающим к наркотизации в подростковом возрасте, является влияние группы сверстников. Это обстоятельство объясняется специфической переориентацией системы отношений подростка, которая характеризуется как "реакция группирования" [6, 10, 24, 83, 84, 85, 86, 125]. Контакты с делинквентными сверстниками значительно повышают вероятность ранней наркотизации и алкоголизации [53, 60]. Наиболее вероятно влияние на подростка лучшего друга, затем – других сверстников, а лишь затем – взрослых [83].

Наркомании и токсикомании в подростковом возрасте носят групповой характер: возникают так называемые "групповые стереотипы злоупотребления", "групповая зависимость". Групповые стереотипы злоупотребления психоактивными веществами распространяются по общим законам моды, существуют определенные "центры", откуда наркомании распространяются на иные регионы. Внешней атрибутикой группового характера подростковых наркоманий является соответствующий жаргон, татуировки [10, 86, 112, 123, 129, 164, 165, 167].

1.4. Подходы к изучению психологических факторов распространения наркозависимости в подростковом возрасте

Выделяется несколько подходов к оценке поведенческой нормы, патологий и девиаций: социальный, психологический, психиатрический, этнокультуральный, возрастной, гендерный, профессиональный.

Социальный подход базируется на представлении об общественной опасности или безопасности поведения человека. В соответствии с ним к девиантному следует относить любое поведение, явно или потенциально

являющееся опасным для общества, окружающих человека людей. Упор делается на социально одобряемые стандарты поведения, бесконфликтность, конформизм, подчинение личных интересов общественным. При анализе отклоняющегося поведения социальный подход ориентирован на внешние формы адаптации и игнорирует индивидуально-личностную гармоничность, приспособленность к самому себе, принятие себя и отсутствие т. н. психологических комплексов и внутриличностных конфликтов [4].

Психологический подход, в отличие от социального, рассматривает девиантное поведение в связи с внутриличностным конфликтом, деструкцией и саморазрушением личности [40, 79, 89]. Фактически сутью девиантного поведения нужно считать блокирование личного роста и даже деградацию личности, что является следствием, а иногда и целью отклоняющегося поведения. Девиант, в соответствии с данным подходом, осознанно или неосознанно стремится разрушить собственную самооценку, лишиться уникальности, позволить себе реализовать имеющиеся задатки. Употребление алкоголя, наркотиков или неконтролируемое участие в азартных играх приводит к саморазрушению.

В рамках психиатрического подхода девиантные формы поведения рассматриваются как преморбидные (доблезненные) особенности личности, способствующие формированию тех или иных психических расстройств и заболеваний. Под девиациями зачастую понимаются не достигшие патологической выраженности в силу различных причин отклонения поведения, т. е. те «как бы психические расстройства» (донозологические), которые не в полной мере соответствуют общепринятым критериям для диагностики симптомов или синдромов. Несмотря на то, что эти отклонения не достигли уровня психопатологических качеств, они все же обозначаются термином расстройства [10, 83, 97, 98, 122, 124, 133].

Этнокультурный подход подразумевает, что девиации следует рассматривать сквозь призму традиций того или иного сообщества людей.

Считается, что нормы поведения, принятые в одной этнокультурной группе или социокультурной среде, могут существенно отличаться от норм (традиций) иных групп людей. Вследствие этого существенным признается учет этнических, национальных, расовых, конфессиональных особенностей человека - предполагается, что диагностика поведения человека как отклоняющегося возможна лишь в случаях, если его поведение не согласуется с нормами, принятыми в его микросоциуме, или он проявляет поведенческую ригидность (негибкость) и не способен адаптироваться к новым этнокультурным условиям (например, в случаях миграции). В этом отношении интерес представляют традиции некоторых культур Востока, где употребление «легких наркотиков» — обыденное дело и не считается отклонением в поведении [180, 185, 188, 198].

Возрастной подход рассматривает девиации поведения с позиции возрастных особенностей и норм [64, 67, 73, 74, 103, 135]. Поведение, не соответствующее возрастным шаблонам и традициям, может быть признано отклоняющимся. Это могут быть как количественные (гротескные) отклонения, отставание (ретардация) или опережение (ускорение) возрастных поведенческих норм, так и их качественные инверсии. Научный интерес представляет тот факт, что многие зависимости носят явно возрастной подростковый отгенок, т. е. они практически не встречаются в ином возрасте.

Гендерный подход исходит из представления о существовании традиционных половых стереотипов поведения, о мужском и женском стилях и др.). Девиантным в рамках данного подхода может считаться гиперролевое поведение и инверсия шаблонов гендерного стиля. К гендерным девиациям могут относиться и психосексуальные девиации в виде изменения сексуальных предпочтений и ориентаций, зависимости от пищи [26, 27, 71, 93, 179].

Профессиональный подход в оценке поведенческой нормы и девиаций базируется на представлении о существовании профессиональных и корпоративных стилей поведения и традиций (Березин). Имеется в виду, что профессиональное сообщество диктует его членам выработку строго определенных паттернов поведения и реагирования в тех или иных ситуациях. Несоответствие этим требованиям позволяет относить такого человека к девиантам [67].

Наиболее адекватным считается феноменологический подход к оценке поведенческой нормы, патологии, девиаций и зависимостей [100, 78, 79, 80, 81, 82, 132 и др.]. В отличие от социального, психологического или психиатрического, он позволяет учитывать все отклонения от нормы (не только социально опасные или способствующие саморазрушению личности). Используя его, можно диагностировать и нейтральные с точки зрения общественной морали и права поведенческие отклонения (к примеру, аутистическое поведение), и даже положительно окрашенные девиации (например, трудоголизм). Кроме того, феноменологическая парадигма дает возможность усматривать за каждым из отклонений в поведении индивида механизмы психогенеза, что позволяет в дальнейшем выбрать адекватную и эффективную тактику коррекции поведения. Лишь феноменологический подход способен беспристрастно и объективно привести к анализу отклоняющегося поведения и способствовать пониманию сущностных мотивов поведения человека.

В психологии до настоящего времени нет четкого определения понятия «зависимое поведение». В.В.Шабалина определяет зависимое поведение как внешние действия человека, связанные с непреодолимым на данный момент влечением к какому-либо объекту, т.е. оно обусловлено психологической зависимостью от него [167]. Объект зависимости, с одной стороны, является средством удовлетворения потребности, лежащей в основе влечения, а, с другой стороны – ведущим мотивом деятельности. Источником

формирования зависимого поведения является влечение к какому-либо объекту, обладающему особой привлекательностью для человека. В психологической и медицинской науке наиболее часто встречаются понятия «наркотическая зависимость», «зависимость от психоактивных веществ» (наркомания, токсикомания), «алкогольная зависимость» (алкоголизм), «никотиновая зависимость», «зависимость от Интернета», азартных игр, зависимость от деструктивных культов, других людей, работы и др [79, 99].

Зависимость от объектов неживой природы рассматривают как аддиктивное поведение.

Аддиктивное поведение — это один из типов девиантного (отклоняющегося) поведения с формированием стремления человека к уходу от реальности путем искусственного изменения своего психического состояния посредством приема некоторых веществ или постоянной фиксации внимания на определенных видах деятельности с целью развития и поддержания интенсивных эмоций [128]. Основным мотив личностей, склонных к аддиктивным формам поведения, — активное изменение неудовлетворяющего их психического состояния, которое рассматривается ими чаще всего как серое, скучное, «монотонное», «апатичное» [2]. Такому человеку не удастся обнаружить в реальной действительности какие-либо сферы деятельности, способные привлечь надолго его внимание, захватить, обрадовать или вызвать иную существенную и выраженную эмоциональную реакцию. Жизнь видится ему неинтересной в силу ее обыденности и однообразности [95, 108]. Он не приемлет того, что считается в обществе нормальным: необходимости что-либо делать, заниматься какой-нибудь деятельностью, соблюдать какие-то принятые в семье или обществе традиции и нормы. Можно говорить о том, что у индивида с аддиктивной нацеленностью поведения значительно снижена активность в обыденной жизни, наполненной требованиями и ожиданиями [17, 23, 70, 117, 157]. При этом аддиктивная активность носит избирательный характер: в тех областях

жизни, которые пусть временно, но приносят человеку удовлетворение и вырывают его из мира эмоциональной стагнации и бесчувственности, он может проявлять недюжинную активность для достижения цели [172].

По определению В.Д.Менделевича, аддиктивное поведение – стремление к уходу от реальности путем изменения психического состояния искусственным образом: при помощи приема каких-либо веществ или осуществляя какой-либо вид деятельности, активности. Такое поведение может выстраиваться под влиянием тревоги, страха или для удовлетворения жажды удовольствий, любопытства, страсти [143].

Н.Е.Буторина, Э.В.Мельник, В.Д.Менделевич выделяют следующие виды зависимости: зависимость от веществ (алкоголь, никотин, медикаменты и т.п.) и зависимость от действий (зависимость от азартных или компьютерных игр, потребительского поведения, работы, деструктивного культа и т.п.) [23, 99, 143].

К.С.Лисецкий и Е.В.Литягина приводят классификацию форм зависимости:

- не связанная с наркотическими веществами, а именно: зависимость от технических средств, игр, еды, работы, секса, чего-либо другого;
- от легальных наркотических средств, таких как кофеин, никотин, алкоголь, успокоительные средства и т.п.;
- от нелегальных наркотических веществ, таких как марихуана, кокаин, героин, LSD, амфетамины [78].

В становлении аддиктивного поведения выделяют три основных этапа: этап первых проб, поисковое поведение и болезнь [12, 30, 61, 112].

Первые пробы совершаются обычно в компании сверстников. В качестве основных причин употребления называют любопытство, подражание, групповую конформность, мотивы группового

самоутверждения [17]. Глубинной мотивацией, по мнению Э.В.Мельник, выступает присущая человеку потребность в изменении сознания: вероятность развития аддиктивного поведения тем выше, чем меньше возраст при первых пробах и чем меньше эта потребность удовлетворяется социально одобряемыми или допустимыми способами [98].

Поисковое аддиктивное поведение – этап экспериментирования с разными видами психоактивных веществ у младших подростков. Развитие аддиктивного поведения на этом этапе, по данным В. С. Битенского, происходит в компании и разворачивается по алкогольному типу – для веселья, раскованности, снятия сексуальных барьеров, выражения отношения и др. Аддиктивное поведение, как правило, является поведенческим проявлением внутриличностных проблем. По мере прохождения этого этапа формируется индивидуальное предпочтение одного или нескольких психоактивных веществ [10].

Г.Крайг рассматривает употребление наркотиков, включая табакокурение и употребление алкоголя, как одну из самых распространенных форм рискованного поведения в подростковом возрасте [73].

Переход аддиктивного поведения в болезнь переходит под влиянием социальных (нестабильность общества, доступность психоактивных веществ и др.) социально-психологических (романтизация девиантного поведения в массовом сознании, ослабление межпоколенных связей и др.) психологических (незрелость личностной идентификации, недостаточная способность к внутреннему диалогу, низкая стрессоустойчивость, потребность в изменении состояния сознания как средстве разрешения внутренних конфликтов и др.) биологических (нарушение процессов детоксикации в организме, индивидуальная толерантность и др.) факторов [10, 79, 116, 143]. Среди признаков психологической зависимости называют: формирование представления об интоксикации как единственно возможном

комфортном состоянии, обеспечивающем максимально возможную психологическую работоспособность; ощущение себя наркозависимыми как управляемыми со стороны, формирование обсессивного влечения к этому комфортному состоянию [2].

Проблема аддиктивного поведения является одной из самых актуальных в психологии, что подтверждается тем, что практически во всех психологических теориях делаются попытки объяснения причин формирования психологической зависимости.

Представители психоаналитической теории считают, что в основе возникновения зависимости лежат неразрешенные конфликты детства, эмоциональная зависимость от взрослых (прежде всего от матери), психологическая регрессия глубокий регресс либидо (на так называемую "оральную фазу"). Другой мотив, подсознательная установка на саморазрушение, стремление оградить себя от влияний внешнего мира, достичь состояния "нирваны", абсолютного покоя, являющегося "суррогатом смерти" [160, 161 и др.].

В аналитической психологии причиной возможного развития зависимого поведения называются такие особенности личности как изнеженность, халатность, пассивность, злоба, эгоизм, т.е. черты, характеризующие инфантильную личность [175].

В индивидуальной психологии основной жизненной целью каждой личности является преодоление врожденного комплекса неполноценности, преодолеть который возможно лишь при развитии чувства общности. Индивиды с недостаточно развитым чувством общности составляют группу проблемных детей, преступников, алкоголиков, наркоманов [1].

В транзактном анализе зависимость от алкоголя и наркотиков рассматривается как вариант Игры, в которую человек может играть всю жизнь. Зависимость от наркотических веществ, по мнению Э. Берна, является

обратной стороной зависимости от матери, и такой зависимый способ поведения (семейный сценарий) будет проявляться в дальнейшей семейной жизни данной личности [8].

Неопсихоаналитики шире привлекают к объяснению мотивов наркотизации социальные факторы: так, по словам Э.Фромма, стремление наркомана "потреблять счастье как товар" тесно связано с общим "культутом потребительства" в современном технократическом обществе. Зависимый человек, с точки зрения гуманистической психологии, обладает мазохистическими тенденциями, т.е. испытывает постоянную потребность в симбиотической связи и опасается одиночества и отверженности. Одним из вариантов бегства от одиночества и является употребление алкоголя и психоактивных веществ Э.Фромм называет наркомана "вечным младенцем, требующим соски". При объяснении мотивации употребляются также такие понятия, как "фармакотоксическая регрессия", "фармакотоксический оргазм". Широкой популярностью пользуется объяснение наркотизации с помощью принципа "снятия напряжения" [162].

Согласно теории психосоциального развития причиной развития аддиктивного поведения в подростковом возрасте является нарушение идентичности [130].

Представители бихевиористического направления высказывают идею, что в основе возникновения зависимости лежит переживание конфликта зависимости-независимости от взрослых и трудности установления эмоциональных связей со сверстниками, т.е. нарушение процесса успешной социализации [4].

Согласно теории стресса и копинга к зависимому поведению приводит стратегия избегания, т.е. пассивная стратегия поведения при которой человек пытается избежать контакта с окружающей реальностью, уйти от решения проблем [29].

Согласно интеракционистскому подходу психоактивное вещество может выступать объектом, помогающим избежать фрустрации и способствующим эффективной адаптированности личности в ситуации «блокады потребностей» [170].

Согласно этнокультуральному подходу личность формируется из «осколков» различных культур и поэтому лишена целостности и самоопределенности. В таких условиях человек, испытывая стрессы и депрессивные состояния, обращается к психотропным веществам, как антистрессорам и антидепрессантам. Вероятность возникновения аддикции повышается, если употребляемые вещества не свойственны для культуры, к которой принадлежит человек [200].

С точки зрения онтопсихологии человек обращается к наркотикам тогда, когда психологически он уже является наркоманом. За любой болезнью, по мнению А.Менегетти, всегда стоят расстройства «Я», личностная незрелость, чувство вины [101].

Р.Асаджиоли, основатель техники «Психосинтез» рассматривает злоупотребление наркотиками как личностное поведение, направленное на изоляцию от общества, где личность не признана [130].

В трансперсональной психологии использование наркотических веществ связывается с патологией в III перинатальной матрице, а именно со стремлением индивида к ненасильственному самоубийству [38].

В гештальттерапии считается, что зависимый человек обладает ригидным паттерном поведения, связанным с нарушением процесса «контакт-уход», лишь одна доминирующая потребность становится фигурой, утрачивается контакт с реальностью [114, 115, 163].

В деятельностном подходе зависимое поведение определяется как ложно опредмеченная потребность, а основным механизмом развития данного типа поведения является «сдвиг мотива на цель». Доминирующим

мотивом становится поиск объекта, который удовлетворяет потребность, замещающую истинную, обладание объектом дает временное ослабление внутреннего напряжения [31, 77, 88, 141, 142].

Анализ современных литературных источников [2, 79, 11, 143, 190 и др.] позволяет охарактеризовать зависимое поведение:

- 1) циклически повторяемый паттерн взаимодействия с миром и самим собой, подкрепляемый переживанием удовлетворения потребностей;
- 2) временное ослабление внутреннего напряжения, возникающее при фрустрации значимых для личности потребностей (необходимое условие – внешний стимул к снятию внутреннего напряжения);
- 3) форма субъект-объектных отношений, в которых субъектом выступает предмет зависимости;
- 4) поведение, определяемое одним доминирующим мотивом (мономотивация);
- 5) искаженная форма взаимодействия со средой, направляемая фиксированной потребностью, которая замещает истинную.

Данное понимание зависимого поведения наиболее полно раскрывает сущность природы аддиктивного (зависимого) поведения, а также намечает направления профилактики и коррекции личностных нарушений у подростков.

Знания о формах зависимого поведения и о наркотических веществах накоплены в разных областях науки и практики (медицинской, педагогической, юридической и др.). Вместе с тем возникло множество расхождений в определениях. Критерии зависимости происходят из совершенно разных научных сфер, например: фармакологии (толерантность, синдром отказа), когнитивной теории личности (поведение регулируется предвосхищением абстинентного синдрома), социологии («карьера

наркомана»). Каждый специалист выводит на первый план те проявления зависимости, которые относятся к его профессиональной компетенции [143].

С психологической точки зрения зависимость, или аддикция понимается как внутреннее состояние, при котором свободная линия поведения становится невозможной. Эта несвобода изменяет самооценку наркозависимого человека, искажает восприятие окружающего мира, влияет на отношения с людьми [66]

Развитие аддиктивного поведения не происходит в одночасье. Влечение к наркотику, который сначала приносит большой силы удовольствие. Возбуждение, успокоение или необычные переживания, со временем преобразуется в патологическую тягу к определенному веществу или их сочетанию. Это процесс, скорость которого и смена фаз зависит от индивидуальных особенностей [64, 65].

Синдром зависимости от психоактивных веществ, по мнению В.Д.Менделевича, состоит из симптомов физиологических, поведенческих и когнитивных явлений, при которых употребление вещества или класса веществ начинает доминировать в системе ценностей индивидуума и вытесняет другие интересы. Основной характеристикой синдрома зависимости является желание принять психоактивное вещество [143]. Говорят о том, что в физиологическом смысле (физическая зависимость) потребность принять вещество обусловлена переживанием соматического благополучия, которое может быть достигнуто только при этом условии. Поведенческая и когнитивная (психическая зависимость) необходимость обусловлены тем, что пациент не в состоянии думать, работать, снять напряжение, тревогу без приема этого вещества [106].

По мнению К.В.Аймедова, для наркоманического синдрома характерно как ярко выраженное желание, так и необходимость принять психоактивное вещество, поскольку в ином случае возникают тягостные явления

абстиненции. Человек при этом не в состоянии контролировать дозу принимаемого вещества, начало его употребления, окончание [2].

В синдром зависимости, отмечает Э.В.Мельник, входит наличие состояний отмены после прекращения приема. Это и мотивирует часто принять вещество, которое рассматривается уже не как средство эйфории, но как возможность избавиться от состояний отмены [99].

Для зависимости, по данным В.Л.Гавенко., Г.О.Самардаковой, М.Г.Бачерикова, характерно повышение толерантности, то есть для прежнего наркотического эффекта всякий раз требуется все более высокая доза [32].

В результате синдрома зависимости, как отмечает С.П.Генайло, все другие интересы, которые не связаны с веществом, вытесняются и становятся незначимыми, а на само употребление тратится уже большее время, так же как на восстановление здоровья после окончания действия вещества. Человек продолжает употреблять вещество, несмотря на очевидные вредные последствия, такие как повреждение печени, депрессивные состояния после периодов интенсивного употребления вещества, снижение интеллектуальных функций, ухудшение экономического положения вследствие употребления наркотиков. То есть личность первоначально осознает, а затем перестает осознавать вредные последствия зависимости и полностью находится во власти своей привычки. В ходе употребления, при формировании синдрома зависимости меняется репертуар потребления вещества, чаще он сужается [33, 34].

По мнению В.Д.Менделевича, зависимостью можно считать также не только употребление данного вещества, но и желание его употребить. Человек начинает осознавать свое аномальное влечение тогда, когда пытается избавиться от употребления или лишь ограничить прием вещества. Эти попытки могут быть связаны с тем, что у него нет средств на

приобретение следующей дозы, или под давлением окружающих он должен себя ограничивать [143].

Синдром зависимости может проявляться по отношению к определенному веществу, классу веществ или более широкому спектру различных веществ. Так, некоторые наркозависимые начинают сразу употреблять любые доступные наркотики без всякой системы, при отмене у них возникают беспокойство, агитация и/или физические признаки синдрома отмены, которые трудно ассоциировать с каким-либо одним веществом. Одни наркоманы фиксируются только на одном веществе, а другие рассматривают как средства ликвидации синдрома отмены. Хотя синдром зависимости является достаточно отчетливым, тем не менее у пациента в данный момент может быть воздержание по личным мотивам, например психологическим или социальным [10]. Другие зависимые на время прекращают прием, хотя испытывают тягу к приему наркотика, потому что находятся в тюрьме, или в клинике. Некоторые личности не принимают психоактивное вещество, несмотря на тягу к нему, потому что принимают метадон или налтрексон (антаксон) при опиатной зависимости, или курильщики жуют никотиновую жевательную резинку, или вынуждены окружением ходить на поддерживающие психотерапевтические сеансы. Пациенты, страдающие алкоголизмом, после сеансов «кодирования» могут также продолжать испытывать влечение к алкоголю, но не принимают его в связи со страхом смерти или утраты здоровья [15]. Но все же при синдроме зависимости пациент чаще продолжает активно и постоянно принимать наркотик.

Наркотики — это такие натуральные или синтетические вещества, которые при их употреблении оказывают влияние на сознание и восприятие человека и злоупотребление которыми представляет угрозу для личности и общества [75]. Опиоиды — наиболее распространенные наркотические

вещества после. Для лиц. Страдающих опийной формой наркозависимости. характерны асоциальное поведение и асоциальные черты в преморбиде [10].

В разграничении понятий опиаты и опиоиды, отмечает В.Д.Менделевич, есть определенные трудности. Понятие опиатов в узком смысле подразумевает наркотические вещества, непосредственно полученные из растительного сырья (снотворного мака), и имеющие, таким образом, полностью природное происхождение. Под опиоидами традиционно понимают вещества сходного с опиатами фармакологического действия, но полученные искусственным – полусинтетическим или синтетическим путем. В соответствии с современной систематикой психоактивных веществ, все лиганды опиоидных рецепторов, независимо от происхождения носят название опиоидов. При систематическом употреблении наркотиков данной группы и выявлении признаков зависимости от них возможно констатировать наличие единого заболевания – опиоидной зависимости в ее различных клинических вариантах (героиновая наркомания, злоупотребление трамадолом, или кодеином и т.д.). равноправным синонимом опиоидной зависимости можно считать традиционный для отечественной наркологии термин «опийная наркомания» [143].

По данным ученых В.С.Битенский, Э.В.Мельник, В.В.Сушко, Н.Д.Березанская, группа опиоидов включает зависимость от наркотиков опийной группы, к которым относятся морфин, кодеин, как естественные продукты мака, и опиатоподобные соединения: метадон, героин, фентанил [61].

Диагностика опийной наркомании основывается на следующих критериях: быстрое нарастающее расстройство психики и поведения (беспричинные колебания настроения, агрессивность, скрытость, лживость); заметное снижение успехов в учебе и профессиональной деятельности, сужение круга интересов; изменение круга общения; расстройства питания, заметное снижение массы тела; расстройства сна, изменение суточных

ритмов сна и бодрствования; определение наркотиков и их метаболитов в моче [10].

1.3 Психологические особенности личности подростков-наркоманов

Распространенности наркомании в подростковой популяции в высокой степени способствуют определенные особенности личности подростка.

В специальной литературе личностные особенности рассматриваются в комплексе с микросоциальными факторами. Как правило, приводятся феноменологические описания "личностных черт": член неблагополучной семьи, невротик, делинквентный подросток [6, 66, 89, 122]. Наиболее постоянной чертой личности несовершеннолетних наркоманов признается недостаточная способность к планированию своего поведения, пассивность, снижение уровня социальной адаптации, вплоть до полной асоциальности [7, 151]. Потреблению наркотиков способствует как приемлемость для личности поведенческих девиаций, склонность подростка к депрессии, отсутствие у него социально приемлемых ценностных ориентаций, так и независимость, неконформность [6, 73, 135].

Признаков деменции не находят у молодых наркоманов даже с тяжелыми формами наркоманий, хотя вообще среди подростков, ведущих асоциальный образ жизни, процент лиц с такими признаками остается большим [70, 192, 196, 197]. И М.В.Холбер [165] считает, что в условиях широкого распространения наркотиков высокий коэффициент интеллектуальности скорее даже способствует наркотизации. В то же время по мнению А.Е.Личко [86], у значительного числа наркоманов имеются "пограничные" психические расстройства, требующие самостоятельного лечения.

Специфика подросткового периода, типичные "возрастные кризисы" [85, 123], также оказывают влияние на употребление психоактивных веществ. Обращение к наркотикам объясняют и наличием у подростков чувства отчуждения, поисками "собственного Я" [82, 167].

По опубликованным в литературе данным, наиболее распространенный возраст первой пробы наркотического вещества соответствует 13 – 17 годам [24, 33, 50, 181, 178, 183], однако известны случаи употребления наркотиков и в десятилетнем возрасте [168].

Приобщение к наркотикам связано с выбором способа реализации потребностей, что в свою очередь определяется психологическими и конституциональными особенностями индивида, а также микросоциальными влияниями. Центральное место в этиологии наркоманий занимают психологические особенности подросткового возраста, среди которых, по мнению многих исследователей, наиболее значимы незавершенное формирование структуры мотивационно-установочной и нравственно-ценностной сфер личности подростков и их особая чувствительность к неблагоприятным средовым воздействиям [2, 10, 24, 33, 50, 181, 178, 182, 183, 186 и др.]. Из микросоциальных факторов важную роль играют нарушение функций семьи, неблагоприятное непосредственное окружение [42].

В.С.Битенский [10] отмечает, что разделение подростковых групп на "просоциальные" (следующие по пути, на который их наставляет общество), "асоциальные" (пренебрегающие господствующими в обществе идеалами, нормами поведения и образом жизни) и "антисоциальные" (активно бунтующие против идеалов, правил и законов, установленных старшим поколением) само по себе еще не определяет их связь с аддиктивным поведением. Автор выделяет так называемые наркоманические группы, которые состоят из наркоманов, т.е. лиц с уже сформировавшейся зависимостью от наркотического средства. Лидер и остальные члены такой

группы заинтересованы в привлечении и удержании склонных к злоупотреблению психоактивными веществами новичков, которых вначале бесплатно снабжают наркотиками с тем, чтобы впоследствии, после возникновения зависимости, предъявить им "счет". Выделяют первичные и вторичные наркоманические группы. В первичных наркотик является фактором, собравшим группу. Вторичные группы объединяются по какой-либо иной причине (территориальные, делинквентные группы), а затем в группе остаются лишь те, кто пристрастился к наркотикам.

Среди индивидуально-психологических факторов в работах А.Е.Личко [83, 84, 85] названы страх навредить своему здоровью или превратиться в наркомана, а также реакция отрицательной имитации у подростков при тяжелом алкоголизме у родителей. После лечения алкоголизма и наркоманий, особенно с выраженной физической зависимостью, мотивацией воздержания, по мнению автора, может также служить страх рецидива зависимости. При освещении индивидуально-личностных факторов риска развития аддиктивного поведения А.Е.Личко придает большое значение характерологическим изменениям, типология которых в отечественной литературе после его работ стала общепринятой.

Однако, как показано в упомянутых работах этого исследователя, большее значение для риска приобщения к наркотикам имеет не степень аномалии характера (психопатия или явно выраженная акцентуация), а ее тип. Среди взрослых отмечена особая предрасположенность к наркоманиям у эпилептоидов, неустойчивых личностей и циклотимиков [83, 84]. В отношении подростков имеются сведения о неблагоприятном значении неустойчивого типа акцентуации характера [11, 168].

Отмечаемые разными авторами отдельные черты личности подростков, по их мнению, предрасполагающие к приему наркотиков, по сути отражают именно отдельные характеристики неустойчивого типа, среди них – низкий интерес к социальной жизни, стремление избегать трудностей, отсутствие

установки на труд и учебу, отсутствие самоконтроля, подверженность посторонним влияниям [24, 73, 103].

Достаточно подробно освещен в литературе вопрос о "тропизме" определенных акцентуаций характера к приему токсических одурманивающих веществ. По наблюдениям Ю.В.Попова [122-125], наибольшая склонность к токсикоманическому поведению отмечается у подростков с акцентуациями неустойчивого, гипертимного и шизоидного типов. У эпилептоидов употребление токсических веществ не вызывает эйфории. Шизоиды прибегают к наркотикам в целях улучшения коммуникативности, а сенситивные и психастеники избегают употребления наркотических веществ.

Независимо от типа акцентуации характера или психопатии, со склонностью к употреблению наркотиков коррелирует ряд признаков, которые определяются с помощью патохарактерологического диагностического опросника (ПДО) для подростков. В числе этих признаков – высокие показатели психологической склонности к делинквентности, реакция эмансипации, а также эпилептоидность, истероидность, эмоциональная лабильность [84, 85].

Первому знакомству с наркотиками способствует и ряд неспецифических факторов, наибольшую долю которых составляют девиации личности [76, 89]. Второе место по значимости занимают особенности социальной ориентации [24]. Среди них называют отсутствие устойчивых социально ориентированных интересов, антисоциальные поступки, эпизодическое или систематическое употребление алкоголя, детальную осведомленность об эйфоризирующем действии наркотических средств. Далее по значимости идут факторы, отражающие отношение к работе: пассивное, стремление уклониться от работы и учебы [79]. Важную роль в формировании потребности в приеме наркотика играют особенности воспитания в семье: воспитание в неполной семье, нарушенные отношения в

семье, воспитание у родственников или в детском доме, воспитание по типу гипопротекции. Гиперпротекция может явиться предпосылкой начала приема наркотических веществ, так как условия воспитания по этому типу препятствуют выработке у подростков чувства долга и ответственности [107]. Большое влияние на выработку потребности в наркотизации оказывает неформальная референтная для подростка группа [6, 10].

Многие исследователи называют среди причин возникновения наркотической зависимости проблемы личностного характера [2, 23,]. Установлено, что большинство подростков-наркоманов испытывают эмоциональные и поведенческие проблемы [7, 68, 157], у них отмечаются низкая самооценка, высокий уровень неуверенности в себе и неудовлетворенности собой [133, 151]]. Личностные проблемы могут привести к проблемным формам поведения как варианту эмоционально-поведенческой защитной реакции [139].

С особенностями личности подростков тесно связана мотивация злоупотребления психоактивными веществами [2, 50]. В то же время имеются публикации [116], в которых влияние подростковой группы оценивается как несущественное, а ведущее значение придается личной мотивации. Но даже такой личный мотив, как желание "попробовать" наркотик, и наличие возможности его употреблять, положительное отношение к наркотизации возникают под влиянием группы [10, 24, 42]. Анализ личностной мотивации употребления наркотиков представляет существенный интерес. С одной стороны, выявление причинности вообще более сложная проблема, чем описание клинических проявлений наркомании [144], с другой стороны – выяснение данного вопроса немыслимо без полного взаимопонимания врача и пациента. Исследование мотивов наркотизации может базироваться лишь на информации, сообщенной самим подростком, а сведения такого рода ненадежны.

С.А. Кулаков и С.Б.Вайсов отмечают, что опийная зависимость определяется рядом факторов: потребностью в контейнировании агрессии, желанием удовлетворить стремление к симбиотическим отношениям с материнской фигурой; желанием ослабить депрессивное состояние [75] .

По мнению А.Г.Фесенко, С.А.Прокофьевой-Акоповой, такие показатели психических эмоциональных состояний, как тревожность, агрессивность и депрессивность способствуют развитию девиантного поведения у подростков [157].

Низкая самооценка девиантных подростков, по данным Э.В.Турта, является результатом длительного накопления опыта неудач, негативных реакций и отвержений со стороны окружающих (родители, учителя и т.д.) и заставляет их вступать на асоциальный путь развития, в стремлении повысить самооценку. Тот же автор отмечает, что большинство подростков-девиантов воспитываются в неблагополучных семьях, в которых один или оба родителя страдают алкоголизмом, ведут аморальный образ жизни и т.д. [151].

Многие исследователи, Г.Крайг, И.Ю.Кулагина, А.Е.Личко, В.С.Мухина, Х.Ремшмидт, В.В.Шабалина и др., отмечают, что главной характеристикой подросткового возраста является амбивалентность. Физиологическое развитие организма вынуждает подростка психологически приспособливаться не только к телесным изменениям (рост, пропорции, наружные признаки полового созревания, функциональные и морфологические изменения различных систем и органов), но и к динамике отношений в референтной группе сверстников, изменениям в статусно-ролевых позициях [73, 74, 86, 103, 135, 167].

А.Ю.Кулагина отмечает, что одной из ярких особенностей подросткового возраста является личностная нестабильность. Она проявляется прежде всего в частых сменах настроения, аффективной

«взрывчатости», т.е. эмоциональной лабильности, связанной с процессом полового созревания, физиологическими перестройками в организме [74].

Но личностная нестабильность – это больше, чем колебания эмоционального фона. Л.С.Выготский отмечает, что в структуре личности подростка нет ничего устойчивого, окончательного, неподвижного, для подростка характерна нравственная неустойчивость [31].

В младшем школьном и подростковом возрасте, по данным В.В.Ковалева, развивается конвенциональная мораль, при которой у ребенка еще нет истинной нравственности и нормы морали остаются для него чем-то внешним. Этим нормам, правилам поведения большинство подростков следуют для того, чтобы оправдать ожидания значимых для них людей, сохранить с ними хорошие отношения, получить их одобрение. Ориентация на оправдание ожиданий, одобрение или на авторитет и определяет неустойчивость поведения подростков, их зависимость от внешних влияний. Поскольку подростки ищут для себя референтные группы среди сверстников и нуждаются в близких друзьях, часто мнение последних становится определяющим. Иногда под влиянием приятеля или группы дети совершают поступки, на которые самостоятельно не решились бы и о которых позже могут жалеть [64, 65].

О личностной нестабильности подростка судят и по реальному проявлению у него совершенно разных качеств, часто противоположных, по противоречивости его характера и устремлений. В подростковом возрасте у одного и того же ребенка стремление быть признанным и уважаемым другими сочетается с показной независимостью и бравированием своими недостатками, застенчивость – с развязностью, сентиментальность – с черствостью, чувственное фантазирование – с сухим мудрствованием. Подросток хочет быть таким же, как все, и пытается выделиться, отличаться любой ценой; борется с авторитетами, общепринятыми правилами и идеалами и обожествляет случайных кумиров [73].

С противоречивостью подростков, считает И.Ю. Кулагина, их склонностью впадать в крайности, с часто встречающейся у них неустойчивостью поведения, его зависимостью от внешних влияний связано появление именно в этот возрастной период серьезных социальных проблем, часто называемых подростковыми. Это ранняя алкоголизация, токсикомания, делинквентное поведение, суициды [74].

По мнению С.В.Березина, существует ряд общих черт, свойственных подросткам, людям с нарушенной социальной адаптацией и людям, употребляющим наркотики и алкоголь: слабое развитие самоконтроля, самодисциплины; низкая стрессоустойчивость к внешним и внутренним факторам; неумение прогнозировать последствия действий и преодолевать трудности; эмоциональная неустойчивость; неумение найти выход из трудной ситуации [6].

Естественные особенности развития подростков, прежде всего противоречивость, расценивается взрослыми как личностные нарушения. При таком подходе учащиеся пополняют категорию «детей группы риска». В педагогической и социально-психологической практике к «группе риска» принято относить детей с отклоняющимся поведением. На сегодняшний день однозначное толкование термина «дети группы риска» отсутствует, однако, по данным Т.И.Шульги, В.Слот и Х. Спаниард, к этой категории можно отнести детей с психосоматическими заболеваниями, в частности логоневрозами; акцентуированных и психопатизированных детей; детей из неблагополучных в социальном отношении семей; детей из экологически неблагополучных зон [171].

Дети «группы риска» характеризуются той или иной степенью той или иной степенью социально-психологической дезадаптации (от незначительных нарушений адаптации до полной дезадаптированности личности).

По мнению А.А.Налчаджяна, социально-психологическая дезадаптация личности выражается, с одной стороны, в неспособности ее адаптации к собственным потребностям и притязаниям, с другой стороны, личность, частично или полностью дезадаптированная, не в состоянии выполнить требования и ожидания социального окружения и соответствовать собственной социальной роли. Одним из признаков социально-психической дезадаптации автор называет длительное переживание личностью «внутренних и внешних конфликтов без нахождения психических механизмов и форм поведения, необходимых для их разрешения». Тот же автор выделяет девиантный тип адаптации. Девиантная адаптация, по А.А.Налчаджяну, обеспечивает удовлетворение потребностей личности в данной группе или социальной среде, в то время, как ожидания остальных участников социального процесса не оправдываются таким поведением [130].

К.Е.Лисецкий, Е.В.Литягина отмечают, что возникновение аддиктивного поведения в подростковом возрасте можно рассматривать как одну из форм адаптации личности к окружающей среде [78].

Аддиктивное поведение наряду с беспризорностью, бродяжничеством и делинквентным поведением относят к отклоняющемуся, или девиантному поведению.

Девиантное поведение определяется как поступки/действия индивида, не соответствующие ожиданиям и нормам, которые фактически сложились или официально установлены в данном обществе [128].

В большинстве зарубежных исследований мотивация при наркомании отождествляется с влиянием микросоциальных факторов, характерологических особенностей подростка, т.е. речь идет о внешней мотивации. Так, Х. Шандрон-Тозэт, Дж.Жерар и соавт. [188], Дж.В. Корниш, С.П.О'Брайн [191], А.Коккеви, Дж.Лиापпас, В.Буковала [193], С.Дэйв,

Дж.Грэй [195], Л.Галимберти, М.Цибин, П.Пагнин [199], М.С.Голд [201] считают основным причинным фактором подростковой наркомании социальную дезадаптацию. Неблагополучная семья, психические отклонения, делинквентное поведение рассматриваются этими авторами как причины наркомании. А.Бандура [4] среди ее причин называет нежелание и неспособность приспособиться к требованиям общества. Многие исследователи отмечают, что для изучения причинности подростковых наркоманий следует использовать комплексный подход, включающий социальные, юридические, моральные и психологические аспекты, при этом отводя ведущую роль социальным (семейным) [6, 28, 33, 41, 144, 145, 177, 194, 207].

Очевидно, что в каждом отдельном случае наркомании ведущую роль играют различные мотивационные факторы. М.С.Голд [201] выделяет три типа мотивации: позитивная (для получения наслаждения), негативная (защита от тоски), нейтральная (для приспособления к окружающим, по привычке). М.Фарэл [197] указывает на такие мотивы, как тяга к приключениям, стремление повысить настроение и улучшить самочувствие, удовлетворение любопытства, удовлетворение "эстетических запросов", следование моде, "улучшение восприятия учебного материала". Н.Ф.Сквайерс, Н.Дж. Бичин, Б.Дж.Шлехт [180] называют пять моделей злоупотребления лекарственными препаратами: экспериментальная, социально-развлекательная, ситуационная, интенсифицирующая, компульсивная. Нетрудно заметить, что все приведенные классификации имеют много общих черт.

В отечественной литературе проблема мотивации в наркологии разрабатывалась, в частности, В.Ю.Завьяловым, которым была предложена классификация мотивационных факторов при алкоголизме [55,56].

Первая группа (триада) мотивов образуется из социально-психологических факторов: 1) традиционные, социально обусловленные,

распространенные в той или иной культуре мотивы; 2) субмиссивные мотивы, отражающие подчинение давлению других людей или референтной группы; 3) псевдокультурный тип мотивов, свидетельствующих о стремлении подростка приспособиться к "наркоманическим ценностям" подростковой группы.

Вторая триада отражает потребность в изменении собственного состояния: 1) гедонистические мотивы – стремление испытать чувство эйфории; 2) атарактические мотивы – стремление нейтрализовать негативные эмоциональные переживания; 3) мотивы гиперактивации поведения – стремление к стимуляции, выходу из апатического состояния, стремление на короткий период улучшить свою интеллектуальную и физическую работоспособность.

Третья триада отражает патологическую мотивацию, связанную с наличием абстинентного синдрома и патологического влечения к наркотику: 1) мотив купирования абстиненции – стремление избавиться от тягостных проявлений абстиненции с помощью приема очередной дозы наркотика; 2) мотив зависимости (аддиктивный мотив) – фиксация в сознании патологического влечения к наркотику; 3) мотив самоповреждения – стремление употребить наркотик "назло себе и другим" для того, чтобы ускорить наступление социальных осложнений ("пусть меня лучше заберут в ЛТП") либо соматических осложнений и даже смерти ("пусть лучше я умру от передозировки").

Н.Е.Буторина, Е.Д.Дедков [24] предлагают иную систему мотивов влечения к алкоголю у взрослых: 1) редукция напряжения; 2) изменение аффективного фона; 3) получение удовлетворения; 4) повышение самооценки и самоуважения; 5) компенсация; 6) коммуникация; 7) следствие научения и подражания; 8) средство межличностной защиты – манипулирование.

Отдельно рассматривается комплекс мотивов прекращения принятия наркотических веществ, воздержание от их приема.

Анализ литературных источников [2, 6, 10, 39, 55, 56, 116] позволяет определить ведущие мотивы и факторы, способствующие первому знакомству с наркотиками и токсическими веществами. Это: 1) желание удовлетворить любопытство; 2) стремление испытать чувство принадлежности к определенной группе; 3) давление группы; 4) попытка выразить свою независимость, а иногда враждебное отношение к окружающим; 5) стремление достичь подъема настроения (гедонистический мотив); 6) потребность добиться полного покоя и расслабления; 7) попытка уйти от чего-то гнетущего (антистрессовый мотив). Все эти мотивы являются составной частью психологических реакций, свойственных подростковому возрасту.

Мотивация воздержания имеет существенное значение как в случаях инициальной мотивации аддиктивного поведения, так и при сформировавшейся зависимости [10]. Здесь встречаются культурные и субкультурные запреты, "сухие законы", т.е. запреты на алкоголь и наркотики в некоторых подростковых и молодежных неформальных группировках и пр.

Микросоциальные факторы возникновения наркозависимости следует рассматривать в комплексе с особенностями личности подростков, опираясь на научные положения Д. О. Леонтьева, Б. Ф. Ломова, А.В.Петровского, С. Л. Рубинштейна и др. о единстве внешних влияний социальной окружающей среды и внутренних особенностей личности в детерминации ее поведения [77, 88, 118, 119, 142]. Это предопределяет необходимость применения интегративного подхода, отражающий системный и структурно-иерархический характер изучения факторов наркотизации, с позиций которого разработана психологическая модель причинной обусловленности возникновения наркозависимости в подростковом возрасте (табл.1). При

разработке данной модели использована классификация факторов и причин наркотизации, предложенная К. С. Лисецким и Е. В. Литягиной, которую мы модифицировали и дополнили.

Таблица 1

Психологическая модель ведущих факторов возникновения наркозависимости у подростков

Ведущие факторы возникновения подростковой наркозависимости				
Объективные		Субъективные		
Макросоциальные факторы	Микросоциальные факторы	Индивидуально-биологические	Индивидуально-психологические	Личностно-психологические
экономическое благополучие; -социальное благополучие; -противоречия	-частые изменения места жительства; негармоничное воспитание в семье;	-генетическая предрасположенность; -органические поражения мозга; -нарушения	- акцентуации характера. -нарушения когнитивной сферы; -нарушения в эмоционально-	- измененная мотивация; - низкая самооценка; -изменения проявления маскулинности

в законодательстве; -доступность алкоголя и наркотиков; -реклама.	-алкогольно- наркотические традиции семьи; -реакции группирования со сверстниками.	темпа соматосексуал ьного развития.	волевой сфере (тревожность, агрессивность депрессивные тенденции);	фемининности; -неадекватное отношения к собственному заболеванию.
--	---	--	--	---

Представленная психологическая модель стала основой для проведения эмпирического исследования и создания патогенетически ориентированных мероприятий психокоррекции личности подростка-наркомана и профилактики подростковой наркомании.

1.4. Психологическая коррекция личности подростков, страдающих наркозависимостью, и психопрофилактика наркомании у подростков

Основные модели психотерапии в 1970-е годы классифицировали следующим образом [20, 29]: 1) лечебный метод воздействия на психическое и физическое состояние организма (медицинская модель); 2) метод, который приводит в действие процесс научения (психологическая модель); 3) модель манипулирования, которому придается значение инструмента, используемого с целью общественного контроля (социологическая модель); 4) метод, использующий комплекс явлений, которые происходят в ходе взаимодействия между людьми (философская модель). Эта классификация в определенной мере сохраняет свое значение и в настоящее время.

С.В. Березин, говоря об основных подходах к определению риска формирования и коррекции девиантного поведения у детей и подростков, выделяет следующие подходы [6].

Наркологический подход рассматривает в качестве основных признаков риска формирования зависимых форм поведения (алкоголизм, наркомания, табакокурение, токсикомания) злоупотребление психоактивными веществами и наследственную отягощенность наркологическими и психическими заболеваниями.

Педагогический подход объясняет риск формирования девиантного поведения вредными привычками, педагогической запущенностью, воспитанием в социально-неблагополучных семьях.

Правоохранительный подход в качестве основных признаков риска рассматривает определенные формы поведения (азартные игры, самовольные уходы из семьи, уклонение от учебы, участие в асоциальных детских и подростковых группах).

Психиатрический подход основное значение придает психическим нарушениям (неврозы, психопатии, депрессии, органические патологии мозга).

Психологический подход изучает факторы и условия формирования девиантного поведения у детей и подростков.

Исходя из современных представлений о зависимости от наркотических веществ, Ю.В.Валентик [25] считает целесообразным разделять методы лечения больных с такой зависимостью на три основные группы, различающиеся по характеру психотерапевтического воздействия: методы манипулятивной стратегии; методы, развивающие личность; синтетические методы.

Методы манипулятивного характера адресованы главным образом к патологическим процессам. К ним можно отнести большинство суггестивных методов, поведенческую психотерапию и др. Личность рассматривается как объект воздействия, цель которого – изменение поведения.

Методы, развивающие личность, адресованы главным образом к нормативно-компенсаторным процессам. Терапия достаточно продолжительна и трудоемка: результаты достигаются относительно медленно, но они более устойчивы. Личность рассматривается при этом как субъект воздействия, цель которого – личностный рост. Взаимоотношения психотерапевта и клиента характеризуются партнерством.

В Украине и России традиционно для коррекции наркологических заболеваний широко применялись и применяются методы суггестивной и гипносуггестивной психотерапии. Их разрабатывали такие выдающиеся психиатры и психотерапевты, как В.М.Бехтерев [9], К.И.Платонов [120], И.М.Виш [29], А.П.Слободяник [149], П.И.Буль [20], В.Е.Рожнов [137, 138], и активно применяют в наше время Н.В.Дьячук [51, 52], В.В.Кондрашов [69] и др.

Основные проблемы, которые решаются при лечении наркологических больных с помощью гипнотерапии, – формирование новых, здоровых установок, повышение самооценки и уверенности в своих силах и возможностях, разрушение нежелательных и негативных стереотипов поведения в связи с употреблением наркотиков.

В современных условиях среди методов суггестивной терапии все большую популярность в мире приобретает предложенный М.Эриксоном [174] терапевтический метод, основанный на особой методике введения больных в транс с помощью специальных метафор и приемов, обеспечивающих "присоединение" терапевта к больному и обратную связь. На этом же принципе основана методика нейролингвистического

программирования [5, 35, 36, 37, 45, 47, 48, 49, 96, 176], обеспечивающая доступ к различным модальностям опыта пациента и оказывающая антинаркотический терапевтический эффект за счет внутриличностной конфронтации пациента с той частью его собственной личности, которая ответственна за аддиктивное поведение.

Широко используются в психотерапии бихевиористские подходы, особенно в последние 10 лет [153, 154]. Бихевиористская психотерапия касается в основном поведения пациента (поведенческая психотерапия) и в меньшей степени – его внутреннего мира. Терапевт занимается обучением пациентов таким способам поведения, которые исключают дискомфорт, неадекватную реакцию или болезнь.

Р.Дилтс [47, 48, 49] выделяет несколько основных уровней организации психики: уровень окружения, поведения, способностей, убеждений, Я-концепции и миссии. По мнению Р.Дилтса, проблемы у пациентов могут быть сформулированы на каком-либо из этих уровней, и врач может справиться с ними, только опираясь на следующий, более высокий уровень организации психики.

Если рассматривать проблему формирования наркозависимости, опираясь на данную концепцию, то первоначально проблема возникает на уровне окружения. В микросоциальном окружении подростка или юноши существуют люди, употребляющие наркотики, и возможен свободный доступ к наркотическим веществам. Однако это условие необходимое, но недостаточное. У части лиц с уровня окружения проблема перерастает в уровень поведения – начинается эпизодическое употребление наркотика, усвоение норм и ценностей наркоманической микросреды. При переходе к первой стадии наркомании проблема захватывает уровень способностей – формируется своеобразная способность получать физическое и психологическое удовлетворение от введения в свой организм наркотических

веществ, при этом оттесняются на второй план многие другие способности, присущие данной личности.

Типичным примером попытки коррекции "снизу вверх" является создание и внедрение метадоновой программы [81, 110]. При этом, по данным многочисленных исследований, пациенты, страдающие наркозависимостью, получая на специальных пунктах метадон, прекращают тесное взаимодействие с другими наркозависимыми лицами, сбытчиками наркотика и содержателями притонов. Они не вынуждены добывать деньги на наркотики антисоциальными способами и при этом не испытывают абстинентного синдрома. При приеме метадона не отмечается эйфории, а также снижения уровня способностей и нарушения психических функций, характерных для периода абстиненции. Это создает возможность многие годы вести нормальный образ жизни, не употребляя героина. Проведение контролируемой заместительной терапии способствует выявлению и постановке на учет наркозависимых больных, их детоксикации (в связи со значительно меньшей – в 4 раза – токсичностью метадона), профилактике СПИДа, вирусного гепатита и ряда других заболеваний (метадон принимается в таблетированной форме). Кроме того, терапия метадоном способствует предупреждению развития наркоманического синдрома у беременных женщин, страдающих наркозависимостью, и их будущих детей; значительному снижению (согласно статистическим данным – до 70%) криминальной активности наркозависимых пациентов.

Однако поскольку при использовании заместительной терапии не производится коррекция сложившихся у пациентов убеждений и образа Я, их социализация реально происходит медленно, и существует большой риск возврата к употреблению героина или поиску других наркотиков.

Общества анонимных алкоголиков и анонимных наркоманов производят коррекцию имеющегося конфликта "сверху вниз". На первых ступенях подтверждается и подкрепляется образ Я: "Я – наркоман", что

обеспечивает качественное присоединение к патологической системе убеждений и создает у некоторых больных уверенность в том, что их понимают и принимают такими, какие они есть. В ходе дальнейшего продвижения по программе "12 шагов" происходит восстановление связей с семейным и дружеским окружением, получается подкрепление от сообщества анонимных наркоманов на регулярных собраниях [66, 75].

Существует значительное количество методов психотерапии, предназначенных прежде всего для лечения эмоциональных расстройств и нарушений межличностного взаимодействия, отмечающихся при наркозависимости [131].

Индивидуальная психотерапия преследует цель преобразования поведения и мироощущения пациента в том направлении, которое он считает для себя желательным. Часть методов направлена на рациональное осознание своих проблем и поиск путей их решения. Так, например, Ф.Фанч [153] предлагает методику преобразующего процессинга – деятельности, в ходе которой психотерапевт поощряет пациента изменить свои отношения с миром. Для этого терапевт выясняет, как пациент представляет себе и структурирует мир, и изменяет его представления на лучшие для него (полезные для адаптации в социуме и способствующие сохранению целостности личности).

Гештальт-терапия [114, 115] направлена не только на изменение мышления пациента, но и на его взаимодействие со своими эмоциями. Ключевой категорией гештальт-терапии является осознание – знание своего Я. Важные и значимые события занимают центральное место в сознании, образуя гештальт (фигуру), а менее важная информация создает фон. Это одновременно и эмоциональный, и умственный процесс, характеризующийся высокой динамичностью, непредсказуемостью содержания, многообразием форм проявления. Гештальт-терапия приемлема для пациентов с достаточно высоким уровнем интеллекта и стремлением к самостоятельному изменению

своего отношения к миру. К сожалению, у наркологических больных такой уровень интеллекта и мотивации встречается не часто.

В ряде психотерапевтических методик используется работа не столько с сознанием, сколько с неосознаваемой психической сферой больного. Прежде всего, это трансовые техники, к которым относится эриксоновский гипноз [174]. При использовании данной техники терапевт сочиняет историю, трансовую дорожку, которая содержит в себе разрешение актуальных проблем пациента, и, введя пациента в измененное состояние сознания, помогает усвоению данной истории. Эта технология позволяет избежать сопротивления пациента, не требует от него активности в осознании своих проблем и позволяет быстро достичь желаемых изменений в поведении.

Нередко в ходе индивидуальной психотерапии используется сочетание элементов рационального консультирования [1, 153], нейролингвистического программирования [5, 35, 36, 37, 45, 47, 48, 49, 96, 176], эриксоновского гипноза [174] и других подходов [22, 68, 90, 91, 109, 150, 152] в зависимости от структуры личности больного, особенностей его психологических проблем, мотивации к изменению зависимого поведения.

Групповая психотерапия в наркологии используется главным образом в группах анонимных наркоманов, созданных по структуре сообществ анонимных алкоголиков и придерживающихся тех же принципов [66, 75, 156]. Кроме того, существует опыт групповой психотерапии, направленной на повышение творческого потенциала личности, увеличение степени интеграции эмоций, разума и тела.

Следует отметить, что эффективность психотерапевтических факторов зависит от группы в целом, и на первый план в определенные периоды существования группы могут выходить различные факторы. Приведем краткий обзор этих факторов, определяющих успешность терапии [155].

Заметим при этом, что приводимый перечень является условным, поскольку зачастую указанные факторы довольно трудно выделить в чистом виде.

Групповая сплоченность (принятие) – необходимое условие для групповой терапии, она является основанием для всех остальных терапевтических факторов. Группа становится сплоченной, когда все ее члены испытывают чувство принадлежности к группе, принятия ее солидарности и лояльности; когда пациенты оказывают друг другу поддержку; когда группа расценивается как источник заботы о ее членах.

Инсайт и обучение на межличностных взаимодействиях. Клинические наблюдения свидетельствуют о том, что человек действует в группе так же, как и в жизни. Пациенты приходят в группу со стабильными паттернами поведения, уже давно доказавшими свою проблемность. Инсайт и обучение на межличностных взаимодействиях проходят несколько стадий. Однако не всегда эти два фактора сопутствуют друг другу. Так, клиент может прийти к пониманию чего-то важного в себе, включая поведение, фантазии, ожидания, стремления, неосознаваемые побуждения. Точно так же клиент может получить пользу от попыток установить конструктивные и адаптивные отношения в группе без достижения инсайта, затрагивающего суть его проблемы [131].

Универсальность как довольно мощный механизм работает во время первых сессий. Перед приходом в группу клиент обычно воспринимает себя как уникальный объект, обремененный проблемами, которые также уникальны. После первых занятий это восприятие сменяется моделью "Мы все в одной лодке". Клиенты чувствуют облегчение от осознания того, что они не являются особенными в данном отношении.

Надежда. Всем формам психотерапии свойственно вселять надежды в пациента, которые начинают лечение, ожидая помощи и решения своих проблем. Этот терапевтический фактор действует в течение всего лечения,

если пациент видит, что состояние других членов группы улучшается, и что группа может и ему быть полезна.

Альтруизм является одной из уникальных черт групповой терапии, поскольку групповая форма предполагает взаимную помощь и поддержку пациентов. Часто у пациента возникает возможность быть полезным другому члену группы, и он чувствует при этом свою значимость. Альтруизм косвенно приводит к уменьшению чрезмерной сосредоточенности пациента на самом себе и к увеличению его чувствительности по отношению к другим людям.

Введение – объяснение пациентам сути их проблем, связанных с употреблением наркотиков, и представлений о процессе лечения.

Заместительное обучение. Член группы имеет несколько доступных моделей для обучения, и в этом состоит одно из преимуществ групповой терапии. Более того, у каждого пациента есть качество, которому другой хотел бы подражать.

Катарсис и самораскрытие служат для преодоления чувств гнева, тревоги, депрессии, вины, стыда, для раскрытия прежде всего тайной информации, зачастую постыдной и болезненной. Катарсис сам по себе имеет ограниченное значение, хотя пациент интеллектуально осознает эмоционально-заряженные переживания и возможность действовать иначе с приобретением понимания этого опыта.

Существует ряд методов телесно-ориентированной терапии. Центральным тезисом биоэнергетической теории является положение о том, что тело и "ум" представляют собой единое целостное образование. Основатель биоэнергетического подхода Александр Лоуэн [90, 91] проводит грань между биоэнергетической и психоаналитической традиционной терапией. Во-первых, исследование пациента (в биоэнергетике) является целостным. Врач анализирует не только психологическую проблему

пациента, как и каждый аналитик, но и физическое выражение этой проблемы в том виде, в каком она проявляется в структуре тела и движениях пациента. Во-вторых, все техники телесно-ориентированной терапии ориентированы на высвобождение физического напряжения, которое проявляется в хронически контрактированных и спастичных мышцах. В-третьих, помимо анализа на вербальном уровне, проводится работа и на физическом, причем гораздо глубже, чем это делается при использовании традиционных техник.

Основные приемы биоэнергетической техники представляют собой различные по форме и стилю манипуляции с мышечными фасциями, дыхательные гимнастики, физические упражнения [30].

Целью мобилизации энергии тела является возвращение людей к их первичной природе, к состоянию "искреннего удовольствия". Двигательные упражнения, эмоционально и контактно подкрепленные, вызывают сильное физическое и аффективное высвобождение хронического напряжения и, по мнению терапевтов, применяющих телесно-ориентированную терапию, ведут к глубинным личностным изменениям реципиентов.

Второе направление в психофизическом подходе можно определить как динамическое, движенческое, направленное на восстановление естественной грации и свободы движения. Создатели динамических моделей терапии подчеркивали функциональное единство телесных форм поведения человека и психики. В отличие от основоположников психоаналитического направления в телесной терапии, имеющих медицинское, психиатрическое образование, создатели терапии движением пришли из иных областей профессиональной деятельности: М.Александрер был актером [130], М.Фельденкрайз – физиком и занимался борьбой дзюдо [156]. Возможно, поэтому акцент в движенческой терапии ставится не столько на аналитических исследованиях связи телесных проявлений с содержанием бессознательного и его сопротивлением, сколько на проживании осознанного

действенного опыта, включающего все функциональные возможности организма. Динамическая терапия привнесла более предметный, телесно-ориентированный характер в работу с личностными проблемами человека.

Таким образом, существует широкий арсенал методов лечения наркомании, однако, как свидетельствует мировая практика, применение их не дает возможности достигнуть должного эффекта. Возможно, это в значительной степени объясняется отсутствием системы терапевтических воздействий, охватывающей все аспекты данной патологии.

Именно в связи с низкой эффективностью фармакотерапии и других методов лечения несовершеннолетних наркоманов, которую отмечают многие авторы [13, 22, 30], очень много внимания в современной наркологии уделяется психопрофилактике и реабилитационным программам.

Согласно классификации ВОЗ профилактику принято разделять на первичную, вторичную и третичную [105, 148].

Первичная профилактика направлена на предупреждение возникновения болезней. В подростковой наркологии она включает меры борьбы со злоупотреблением алкоголем, наркотиками и другими токсическими веществами – по сути, меры предупреждения и борьбу с аддиктивным поведением у подростков.

Вторичная профилактика включает мероприятия, предназначенные для того, чтобы задержать, ограничить развитие болезни. В подростковой наркологии сюда относят на столько раннюю диагностику и своевременное лечение, сколько совокупность мер для предотвращения рецидивов после лечения раннего алкоголизма, наркоманий и токсикоманий, в том числе проведение специального противорецидивного лечения.

Третичная профилактика имеет целью предотвращение инвалидности, главным образом, путем применения реабилитационных мер. В подростковой наркологии третичная профилактика охватывает

ограниченную, но весьма трудную область – тяжелые, далеко зашедшие случаи наркомании после неоднократных рецидивов вслед за безуспешным лечением.

Эта классификация считается общепринятой, однако, Е.В. Литягина и К.С.Лисецкий [81] отмечают, что она умаляет значение первичной профилактики, которая только и является истинной. Первичная профилактика разделяется на радикальную, включающую изменение социально-культурных условий жизни населения (пропаганда здорового образа жизни, спорт, санитарное просвещение и т.п.), а также запрещающие и контролирующие меры, и раннюю, под которой подразумевается выявление злоупотребления без зависимости и предупреждение ее развития.

Вторичную и третичную профилактику те же авторы называют условной, так как она направлена на выявление уже возникших ранних стадий болезни (запоздалая профилактика), на предотвращение рецидивов (поздняя профилактика) и принудительное лечение далеко зашедших хронических случаев (терминальная профилактика).

Предложено также деление профилактики на первичную, вторичную и третичную в зависимости от поля деятельности [148]. К первичной профилактике относят все, что адресуется всему населению (от системы запретов и наказаний до санитарного просвещения); вторичная профилактика направлена на выявление группы риска, а третичная обращена уже к тем, кто злоупотребляет. Медицинская пропаганда как часть профилактической программы считается необходимой, предлагается проводить подобную в раннем возрасте, когда авторитет родителей и школы еще достаточно высок [137]. Предлагаются различные программы занятости, которые призваны противостоять увлечению подростков психоактивными веществами [136].

Но следует учитывать, и это отмечается в ряде работ, что сообщаемая информация о наркотиках может не только удерживать подростков от их приема, но в случае неправильного ее использования и преподнесения – и способствовать распространению наркомании, превращаясь в своеобразную "рекламу". Широкое недифференцированное санитарное просвещение на некоторых из подростков может оказать такое неблагоприятное воздействие, побуждая испробовать действие наркотиков на себе. Поэтому чрезвычайно важно правильное построение профилактических программ, позволяющее избежать таких последствий их осуществления [36, 81, 136, 124, 148].

Г.М.Энтин [173] предлагает информировать подростков лишь о том, что встречается в данном регионе и раскрывать только вред для здоровья, лишение перспектив в спорте и выборе престижных профессий. Однако эффективности такого подхода препятствует падение субъективной цены здоровья и саморазрушающее поведение. Проведенный опрос нескольких тысяч учащихся старших классов школ, профессионально-технических училищ и техникумов показал, что лишь 5 – 10% подростков проявляют устойчивый интерес к спорту и ценят успехи в этой области, в то время как современной музыкой увлекаются 50 – 60% [39], а это вовсе не ставит каких-либо преград аддиктивному поведению.

Одной из необходимых предпосылок успешного санитарного просвещения является наличие достоверных сведений об информировании подростковой и молодежной части популяции в области наркологических проблем. Подобные исследования в нашей стране весьма немногочисленны.

В.В.Гульдман с соавт. [40] предложил оригинальный проективный метод для исследования информированности подростков в этой области в виде незаконченных рассказов о наркотиках. Было установлено, что для 14-летних подростков, никогда не употреблявших токсических веществ, главными источниками информации в этой области являются телевидение и фильмы. Поэтому они лучше знают об опиатах, чем об ингалянтах, циклодоле и

транквилизаторах, которыми злоупотребляют их сверстники. Среди них же бытует представление, что "наркоманом можно стать с одного раза". Их сверстники, склонные к злоупотреблению токсическими веществами, получают сведения о них в основном от своих приятелей или же обладают собственным опытом. Они лучше знают об ингалянтах и других дурманящих веществах, которыми пользуются в их компаниях, чем об опиатах. Представления о развитии зависимости у них более реальные.

Поскольку, как уже указывалось, информация о наркотиках может вызвать нездоровый интерес к ним и способствовать распространению их потребления, высказывается мнение, что санитарное просвещение в данной области должно быть ограничено группами высокого риска [183].

Выделяют три группы риска по генезу предрасполагающего к возникновению зависимости фактора: биологическая (например, наличие пре- и перинатальной патологии в анамнезе), психологическая (например, психический инфантилизм) и социальная (например, подростки из асоциальных семей). Эти группы выделяются именно с целью дифференцированной психопрофилактики [66].

В целом анализ публикаций по изучаемой проблеме свидетельствует о том, что, несмотря на обширную литературу, посвященную различным аспектам наркомании, формирование ее у подростков изучено недостаточно. В большинстве имеющихся работ рассматриваются те или иные частные вопросы развития подростковой наркомании, ее лечения и профилактики. Недостаточно исследованы особенности личности и поведения подростков, мотивы потребления ими психоактивных веществ, практически не изучены половое развитие и сексуальное поведение подростков-наркоманов. Особенно серьезным пробелом в разработке изучаемой проблемы является отсутствие системного подхода к исследованию всех факторов, участвующих в генезе наркотической зависимости. Это, на наш взгляд, определяет недостаточную эффективность ее коррекции и психопрофилактики, которая

также проводится в основном без учета многофакторной обусловленности наркомании, в том числе у подростков.

Выводы к первой главе

1. Анализ особенностей психофизического развития подростков (гормональные изменения, реакции группирования со сверстниками, психологический негативизм и т.п.) и высокая распространенность наркозависимости в этом возрасте, недостаточная изученность психологических факторов, инициирующих развитие подростковой наркомании, позволяют прийти к заключению об актуальности исследования причин возникновения подростковой наркомании.

2. Принимая во внимание, что наркомания, поражает главным образом подростков, приводит к искривлению индивидуальных траекторий развития личности у наркозависимых молодых людей, а также предопределяет нарушение поведения и коммуникативного функционирования юношества в социуме на первых этапах самостоятельной жизни, целесообразным представляется исследование личностных особенностей, акцентуаций характера, мотиваций и мотивов употребления наркотических средств, а также выявление особенностей психосексуального развития и полоролевого поведения у наркозависимых подростков.

3. Проведение психологической коррекции и психопрофилактики наркомании у подростков представляет собой чрезвычайно важную и актуальную для социума проблему, однако методологические подходы к их проведению недостаточно разработаны, эффективность применения психореабилитационных методик не удовлетворяет специалистов медико-психолого-педагогического профиля, что позволяет указать на необходимость их дальнейшего усовершенствования и актуальность

разработки комплексных программ для индивидуальной и групповой коррекции и психопрофилактики наркозависимости у подростков.

Теоретический анализ результатов, представленных в разделе, опубликован в следующих публикациях автора:

1. Кривоногова О.В. Тревожные состояния и психологические защитные механизмы в подростковом возрасте/ О.В.Кривоногова, В.С.Битенский // Наука і освіта.. – 2000. – №1-2. – С.5-6.

2. Кривоногова О.В. Особенности личности и межличностных отношений женщин, злоупотребляющих наркотическими средствами/ О.В.Кривоногова, В.С.Битенский, П.И.Горячев // Вісник Харківського університету. Серія психологія. – 2000. – №498. – С.9-13.

РАЗДЕЛ 2. ИЗУЧЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ, СПОСОБСТВУЮЩИХ ВОЗНИКНОВЕНИЮ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИИ У ПОДРОСТКОВ

2.1. Методика и процедура констатирующей части исследования

Задачей эмпирического исследования выступало изучение основных микросоциальных, индивидуально-биологических, индивидуально-психологических и личностно-психологических факторов возникновения опийной наркомании у подростков на основании созданной модели причинной обусловленности возникновения наркозависимости в подростковом возрасте.

Исходя из целей эмпирического исследования были поставлены следующие задачи:

1. Разработать общую методику исследования основных психологических факторов возникновения наркомании у подростков.
2. Изучить особенности семьи и семейного воспитания как объективный микросоциальный фактор возникновения наркозависимости в подростковом возрасте.
3. Изучить некоторые индивидуально-биологические факторы возникновения опийной наркозависимости у подростков.
4. Исследовать основные индивидуально-психологические факторы возникновения опийной зависимости у подростков: акцентуации характера, особенности эмоционально-волевой и когнитивной сфер.
5. Исследовать личностно-психологические факторы возникновения наркозависимости у подростков: особенности мотивации, особенности полоролевой идентичности, особенности самооценки, особенности отношения к собственной наркозависимости.

6. Разработать и провести систему психокоррекционной работы с наркозависимыми подростками.

7. Разработать программу психопрофилактической работы с подростками по предупреждению наркозависимости.

Нами было проведено всестороннее комплексное обследование находившихся под наблюдением подростков, включавшее психоанамнез, изучение социальных, психологических и социально-психологических аспектов психического и физического здоровья подростков, их соматосексуального и психосексуального развития.

Психодиагностические методики были направлены на выявление личностных особенностей обследуемых, типа их отношения к зависимости, мотивов употребления наркотических веществ.

Для изучения микросоциальных факторов в инициировании наркозависимости были выбраны следующие методики.

Стиль воспитания определялся по результатам устного интервью с подростками, а также по результатам письменного анкетирования. Из социологических характеристик нами были изучены тип семьи обследованных подростков, сведения о родителях, их доходе, роде занятий, наличие у них вредных привычек, характер отношений между родителями, состав семьи, в том числе количество детей.

Отношение родителей к заболеванию ребенка определялось с помощью опросника, разработанного В.С.Подкорытовым с соавт. [121].

Для оценки индивидуально-биологических характеристик применяли полоролевою шкалу Дюр-Молль Сонди для определения маскулинности/фемининности на биогенном уровне [208].

Акцентуации характера изучали с помощью разработанного Н.Я.Ивановым, А.К.Личко патохарактерологического диагностического опросника (ПДО), позволяющего определить 12 типов акцентуаций [62].

Изменение структуры психоэмоционального состояния испытуемых определяли по результатам выполнения теста Люшера цветового выбора [46] (8-цветный вариант по последовательности расстановки и предпочтения цветов). Применение теста Люшера в процессе диагностики, лечения и последующей психологической реабилитации позволило следить за динамикой эмоциональных и мотивационных изменений в состоянии больных, а также выявить отдельные устойчивые черты личности. При интерпретации результатов учитывались символические значения цветов (особенно предпочитаемых и отвергаемых), показатели интенсивности уровня тревоги, наличие внутриличностного конфликта.

Особенности когнитивной сферы изучались с помощью методик, позволяющих определить особенности объема, концентрации, распределения внимания. С этой целью применялись методики «Таблицы Шульте-Горбова» и «Корректирующая проба» [21].

Особенности эмоционально-волевой сферы исследовали с помощью проективных методик "Дом. Дерево. Человек" [18].

Личностно-психологические факторы возникновения наркозависимости у подростков исследовали с позиций общеизвестных в психологии концепций деятельности [104], отношений [88], общения [196, 197] и персонализации [118, 119, 166].

Для выявления и анализа основных мотивов употребления наркотических веществ использовали опросник К.В.Аймедова [2]. Данный опросник позволяет выделить группу мотивов употребления наркотических веществ, характерную для каждого испытуемого. В соответствии с этим методом, все мотивы употребления наркотиков делятся, на три группы (триады).

I группа-триада состоит из социально-психологических мотивов, и включает: 1) социально-коммуникативные, отражающие мотивы

употребления, связанные с общением с группой - деятельность, направленная на создание новых знакомств, встречи, развлечения и др.; 2) субмиссивные мотивы, отражающие прием наркотических веществ в результате давления со стороны; 3) социально-интегративные мотивы, свидетельствующие о желании с помощью употребления психоактивных веществ внедриться в референтную группу, приобщиться к тем или иным ценностям групповой субкультуры.

II триада содержит мотивы, связанные, в основном, с желанием изменить собственное состояние: 1) гедонистические - стремление испытать ощущение эйфории или стимулировать физическое и психическое состояние; 2) мотивы переключения аффекта - желание нейтрализовать негативные эмоциональные переживания; 3) мотивы гипермотивационного напряжения - стремление усилить с целью фиксации позитивные психические ощущения.

III триада - собственно патологические мотивы, констатирующие болезненное влечение: 1) мотив восстановления витальной активности - стремление восстановить общий жизненный (физический и психический) тонус в период “предвестников” начала абстиненции (получение эйфории невозможно в связи с высокой толерантностью и сложностью дальнейшего увеличения принимаемой дозы); 2) мотив зависимости - фиксация в сознании обсессивного влечения к наркотику (соответствует психической зависимости); 3) мотив компульсивного влечения - неодолимое стремление употреблять наркотик (соответствует физической зависимости); один из компонентов - стремление купировать абстинентные явления.

Отношение подростков-наркоманов к болезни изучали с помощью Ленинградского опросника Бехтеревского института (ЛОБИ) [100], позволяющего определить 13 основных типов отношения испытуемых к болезни.

Для выявления самооценки эмоционального состояния, а также особенностей «Я-образа» использовали методику "Личностный дифференциал" [126], модифицированную нами для больных наркоманией подростков.

Для определения маскулинных и фемининных черт личности, степени выраженности маскулинной и фемининной Я-концепции подростков, страдающих опийной наркоманией, использовали полоролевою шкалу А.Б.Хелбрума [202].

Все полученные в результате психологических и социологических исследований данные обработаны по таблицам процентов и их ошибок, результаты психодиагностических исследований – с помощью корреляционного анализа с применением критериев Фишера, критерия Стьюдента, критерия Спирмена. Статистическая обработка первичных данных проводилась с помощью пакета программного обеспечения SPSS 13,0 for Windows.

Работа выполнена на базе Одесской областной клинической психиатрической больницы №1, средней общеобразовательной школы I-III ступеней №11 г.Одессы.

2.2. Состояние и распространенность опийной наркомании у подростков

Подростковый возраст, по мнению многих исследователей, считается фактором, способствующим развитию химической зависимости [6, 10, 24, 83, 84, 85, 86, 125 и др.]. Именно подростки являются наиболее уязвимой в этом отношении возрастной группой, поскольку специфика данного периода онтогенеза создает психологические предпосылки генезиса

наркозависимости и способствует употреблению психоактивных веществ, что можно связать с наличием типичных "возрастных кризисов", выраженностью реакции эмансипации, группирования со сверстниками, протеста, наличием у подростков чувства отчуждения, поиска "собственного Я", недостаточной способностью к планированию своего поведения, пассивностью, снижением уровня социальной адаптации до полной асоциальности, склонностью подростков к депрессии, риску, отсутствием социально приемлемых ценностных ориентаций, независимостью, неконформностью.

В подростковом возрасте, в период полового созревания, поведение в значительной степени определяется характерными для этого возраста реакциями эмансипации, группирования со сверстниками, увлечениями (хобби), имитациями и формирующимся сексуальным влечением [135].

Под нашим наблюдением находились 160 подростков мужского пола в возрасте от 15 до 18 лет. 100 из них, страдающих опийной наркоманией, составили основную группу, 60 подростков, никогда не употреблявших наркотики, были обследованы в качестве контрольной группы. 98 обследованных были учащимися средней школы и 32 – учащимися техникумов и профессионально-технических училищ. Кроме того, под наблюдением находились 80 подростков (62 мальчика и 18 девочек), учеников 6 – 11 классов, не употреблявших наркотических средств, с которыми проводилась психопрофилактическая работа.

Распределение испытуемых по возрасту представлено в табл. 2.1.

Таблица 2.1

Распределение обследованных по возрасту

Группа	Возрастные группы, лет
--------	------------------------

обследованных	15 – 16		17 – 18	
	абс.ч.	в %	абс.ч.	в %
Основная, n=100	58	58±5	42	42±5
Контрольная, n=60	60	100 - 2	-	-

Мы исходили из возрастных периодизаций Г.Крайг и Х. Ремшмидта, в которых к подросткам относятся лица 12 – 18 лет.

Из данных, представленных в табл. 2.1, видно, что в обеих обследованных группах несколько больше было подростков более младшего возраста.

Таблица 2.2

**Распределение обследованных по возрасту
первого употребления наркотика**

Возраст, лет	Количество обследованных, n=100	
	абс.ч.	в %
9 – 10	2	2±2

11 – 14	43	43±5
15 – 17	55	55±5

Практически все подростки основной группы, как следует из данных табл.2.2, начали употребление психоактивных веществ в возрасте от 11 до 17 лет, но двое впервые приобщились к ним в 9 и 10 лет.

В основном (93±5%) подростки начали принимать наркотики в 7 – 11 классах школы, чаще всего – в 11 классе (табл.2.3).

Таблица 2.3

**Распределение подростков по школьному возрасту
первой пробы наркотических средств**

Класс школы	Количество обследованных, n=100	
	абс.ч.	в %
До 3	2	2±2
4 – 6	5	5±2
7 – 8	29	29±4
9 – 11	64	64±6

В подавляющем большинстве случаев (89±3%) потребление психоактивных веществ начиналось в форме поисковой полинаркотизации (поискового аддиктивного поведения).

Этап первых проб можно расценивать как проявление болезни. Обычно это была одна из форм девиантного поведения, значительно реже

благополучный подросток "по совету" приятелей принимал психоактивное вещество "из любопытства". Характерной мотивировкой при этом, например при приеме психостимулирующих веществ, была необходимость быстро подготовиться к экзаменам, что соответствует "стимулирующему мотиву".

Первым наркотиком, к которому прибегали подростки, чаще являлся гашиш (59 человек, $59\pm 5\%$). Этому способствует распространение гашиша в южном регионе Украины, его репутация как "безобидного" наркотика и относительно низкая стоимость на "черном рынке". Обычно подростки употребляли самодельный наркотик с относительно низким содержанием основного действующего вещества. Курили гашиш исключительно в группе.

Для первых проб характерно сочетание курения гашиша и употребления спиртных напитков. Как правило, первые пробы не приводят к состоянию эйфории, однако и чувство страха, вегетативные проявления возникают нечасто. Какой-либо ритм употребления гашиша отсутствует, единственным его условием, как правило, является наличие наркотика и места, где можно "пустить по кругу косяк". Характерно, что даже те подростки, у которых собственно курение гашиша вызвало отрицательную реакцию, не отказываются от наркотика в дальнейшем и легко адаптируются к общему настроению группы.

Препараты опия (приготовленные кустарным способом) сравнительно редко – в $41\pm 5\%$ случаев – были первым наркотиком, с которым познакомились подростки. Обычно это происходило под влиянием "опытного" друга-наркомана. Он убеждал подростка, что единственный "стоящий препарат" – это то, что делается из мака, а все остальное – баловство, никакого "кайфа" от употребления гашиша и таблеток не бывает. Наряду с побочными явлениями, связанными с передозировкой или низким качеством наркотика (по выражению подростков "проросший мак"), основное значение подобный дебют имеет для прогрессивности наркомании в силу значительно большей наркогенности опийных веществ.

Таблица 2.4

**Распределение обследованных по длительности
употребления опиоидов**

Длительность употребления	Количество обследованных, n=100	
	абс.ч.	в %
До 0,5 года	33	33±5
0,5 – 1 год	45	45±5
1 – 2 года	13	13±4
2 – 3 "	9	9±3

Длительность употребления собственно опиоидных препаратов иллюстрируется данными табл.2.4, из которых видно, что чаще всего (78±5%) она составляла до 1 года.

Через тот или иной промежуток времени, чаще всего от 1 мес до года, все подростки перешли на потребление опиоидов в форме внутривенных инъекций.

Среди обследованных подростков у 22±4% имела место первая стадия наркомании, у остальных 78±4% были выявлены признаки второй ее стадии.

На первой стадии опиной наркозависимости происходит превращение приёма наркотического средства в регулярный. Растёт толерантность, то есть переносимость наркотика, и наркоман вынужден

увеличивать его приём для получения желанного эффекта. Постепенно изменяется содержание переживаний: уменьшается специфическое приятное чувство, но уменьшается и сонливость, а возбуждение становится устойчивее. Подросток испытывает выраженный душевный комфорт под действием наркотика и заметный дискомфорт вне такового. Как правило, на первой стадии ещё нет осознания собственной зависимости от наркотика, а потому нет и самостоятельных попыток прекратить его употребление. Заметных осложнений со стороны здоровья ещё нет. Признаком первой стадии наркомании является также ухудшение отношения к людям, которые не употребляют наркотики и не имеют отношения к их распространению, сужение круга интересов.

На второй стадии опийной зависимости достигается индивидуальный предел переносимости наркотика, поэтому нет заметного роста доз, а потребление вполне регулярно. Действие наркотика всё больше теряет специфические черты и сводится сначала к возбуждению, а позже - к умеренной тонизации. Выраженность душевного комфорта в состоянии наркотизации постепенно уменьшается, а чувство дискомфорта вне наркотизации растёт. При этом основные психические функции осуществляются заметно лучше под действием наркотика, нежели без него. На второй стадии наркомании наркозависимый подросток, как правило, вполне осознаёт свою зависимость от наркотического средства и предпринимает попытки избавиться от неё. Имеет место выраженная физическая зависимость от наркотика, которая проявляется в том, что наркоман чувствует себя удовлетворительно или хорошо лишь под действием наркотика. При этом даже не очень продолжительное воздержание от наркотика будит с трудом сдерживаемое влечение к нему. Воздержание от наркотика на протяжении суток или даже менее того оборачивается абстинентным синдромом. На второй стадии наркомании абстинентный синдром наиболее ярок. Имеют место осложнения, специфичные для употребляемого наркотика, а общее состояние здоровья ухудшается во всех

случаях: больные худеют, бледнеют, теряют работоспособность, начинают чаще болеть. Отношения с окружающими людьми ухудшаются и подчинены следующим стереотипам: все, кто не наркоман, - чужие; родственники - источник средств для получения наркотиков; моральные и юридические законы не принимаются в расчёт.

Начальные этапы употребления психоактивных веществ формируются в основном на фоне типичной для подростковой среды поведенческой реакции группирования. Среди мест их употребления подростки в большинстве случаев называют места сбора компаний (табл.2. 5).

Таблица 2.5

Места употребления наркотических средств

Места употребления наркотика	Количество обследованных, n=100	
	абс.ч.	в %
Места сбора компаний	61	61±5
Дискотеки, клубы, бары	28	28±4
Места уединения	4	4±2
Другие места	7	7±3

Своеобразие формирования этапов злоупотребления психоактивными веществами у подростков заключается в том, что уже при первых пробах у них отмечается возникновение очень сильной зависимости между собранием референтной наркоманической группы и "безумным" (по их словам)

влечением к наркотику. При этом подросток, находясь вне группы, не испытывает никакого желания принять наркотическое вещество. При обследовании подростки очень красочно описывали нарастание непреодолимого желания принять наркотик по мере приближения к месту сбора группы: к конкретной улице, дому, квартире, при виде знакомых лиц, обстановки, музыки и т.п. Они сравнивали это состояние с состоянием эйфории, которое возникает, когда они появляются в своей компании при виде приятелей в состоянии наркотического опьянения, шприца, наркотика, т.е. с так называемым "контактным кайфом". Но в отличие от наркотизации в рамках групповой психической зависимости, "контактный кайф" возникает у больных наркоманией, а потому сопровождается не только условнорефлекторным влечением к наркотику, но и эйфорией.

2.3. Микросоциальные факторы возникновения опийной наркомании у подростков

Среди микросоциальных факторов наиболее существенным является воспитание в семье. Самый простой психологический механизм — копирование стереотипов поведения наркоманов родителей их детьми. Негативную роль в этом отношении играет и алкоголизм родителей: в таких случаях дети подражают асоциальным паттернам поведения. Употреблению наркотиков способствует также воспитание в неполной семье, воспитание по стилю "скрытой гипопротекции", отсутствие интереса родителей к делам ребенка при удовлетворении его материальных потребностей, эмоциональная холодность родителей. Злоупотребление психоактивными веществами коррелирует с применением к детям физического насилия со стороны родителей. Всех членов таких семей характеризует зависимость,

компульсивность, низкая самооценка. На ранних этапах формирования наркомании прослеживается взаимосвязь между конфликтами в семье и употреблением наркотиков.

Учитывая значимость микросоциальных факторов в развитии у подростков аддиктивного поведения, в том числе употребления наркотических веществ, мы изучили социологические характеристики родительских семей обследованных подростков и взаимоотношения членов семьи. Результаты этих исследований представлены в приводимых ниже таблицах.

Таблица 2.6

Характеристика родительских семей обследованных

Показатель	Группы обследованных			
	основная, n=100		контрольная, n=60	
	абс. ч.	в %	абс. ч.	в %
Полная семья	72	72±4	58	97±2
Неполная семья (без отца)	22	22±4	2	3±2
Подросток-сирота	6	6±2	—	—

Социальное положение родителей				
служащие	<u>52</u>	<u>72±5</u>	<u>38</u>	<u>66±6</u>
	77	82±4	46	77±6
рабочие	<u>14</u>	<u>19±5</u>	<u>20</u>	<u>34±6</u>
	9	10±3	3	5±3
военнослужащие	<u>6</u>	<u>8±3</u>	—	—
	-	-		
мать-домохозяйка	8	8±3	11	—
Доход семьи				
высокий	24	24±4	9	15±5
средний	71	71±4	41	68±6
низкий	5	5±2	10	17±5
Количество детей в семье				
1 ребенок	23	23±4	20	33±6
2 или 3 детей	77	77±4	40	67±6

Примечание. В числителе — количество отцов, в знаменателе — количество матерей.

Из табл. 2.6 видно, что большинство обследованных подростков-наркоманов росли в полной семье. Сироты воспитывались в семье бабушки и

дедушки. Родители чаще всего были служащими. Материальное положение семей в основном было хорошим – лишь у $5\pm 2\%$ доход был низким. В семьях в большинстве случаев было по двое или трое детей, причем сиблинги подростков-наркоманов не употребляли наркотиков.

Исследовался также уровень конфликтности в семьях обследованных подростков, который иллюстрируется цифрами, приведенными в табл.2.7 и 2.8.

Таблица 2.7

**Характер взаимоотношений между родителями
обследованных**

Конфликты между родителями	Группы обследованных			
	основная, n=72		контрольная, n=58	
	абс. ч.	в %	абс. ч.	в %
Происходят постоянно	17	24 ± 5	4	7 ± 3
Возникают время от времени	45	63 ± 6	50	86 ± 5
Никогда не происходят	10	14 ± 4	6	10 ± 4

Постоянные конфликты между родителями, как видно из табл.2.7, в основной группе происходили в 3,5 раза чаще, чем в контрольной, но в целом чаще всего конфликты возникали время от времени.

Таблица 2.7

Анализ взаимоотношений подростков с родителями

Характер взаимоотношений	Группы обследованных			
	основная		контрольная	
	абс. ч.	в %	абс. ч.	в %
Отношения с отцом	n=72		n=58	
полное взаимопонимание	16	22±5	10	17±5
время от времени бывают конфликты	42	58±6	44	76±6
полное отсутствие взаимопонимания	14	19±5	4	7±3
Отношения с матерью	n=94		n=60	
полное взаимопонимание	19	20±4	11	18±5
время от времени бывают конфликты	63	67±5	44	73±6
полное отсутствие взаимопонимания	12	13±4	5	8±4

Из данных табл.2.8 следует, что часто в обследованных семьях время от времени возникали конфликты между родителями и детьми как в основной, так и в контрольной группе, а полное взаимопонимание и полное отсутствие взаимопонимания встречались примерно одинаково часто, но полное взаимопонимание с матерью у подростков-наркоманов отмечалось несколько чаще, чем с отцом.

Исследование типов воспитания обследованных подростков в семье позволило получить данные, представленные в табл.2.9.

Таблица 2.9

Особенности воспитания обследованных подростков

Тип воспитания	Группы обследованных			
	основная, n=100		контрольная, n=60	
	абс. ч.	в %	абс. ч.	в %
Гипопротекция	21	21±4	2	3±2
Доминирующая гиперпротекция	16	16±4	5	8±4
Потворствующая гиперпротекция ("кумир семьи")	20	20±4	3	5±3
Эмоциональное отвержение ("Золушка")	23	23±4	—	—
Воспитание в условиях жестоких взаимоотношений	17	17±4	—	-
Повышенная моральная ответственность	3	3±2	2	3±2
Гармоничное	—	—	48	80±5

Как мы видим, наиболее часто встречающимися типами воспитания (44±5%) были эмоциональное отвержение и гипопротекция (21±4).

Данные таблицы представим в виде диаграммы (рис.2.1).

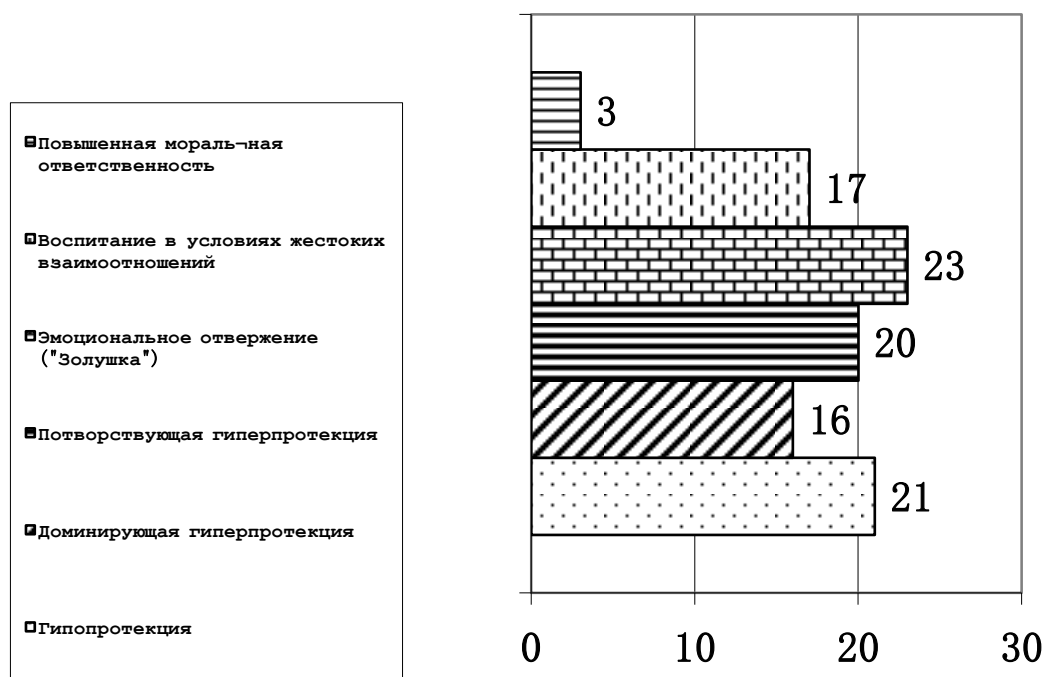


Рисунок 2.1. Распределение испытуемых основной группы по типу родительского воспитания (к-во в %)

При воспитании по типу эмоционального отвержения дети постоянно ощущали, что ими тяготятся, что они служат обузой для родителей, что без них им жилось бы легче, свободнее. При этом родители, как правило, не заботились о том, чтобы скрыть от ребенка такое отношение.

Гипопротекция проявлялась в ряде случаев полной безнадзорностью, но чаще недостатком внимания и контроля за поведением подростка, заботы и руководства, истинного интереса родителей к его делам, волнениям, увлечениям. В духовной жизни подросток был полностью предоставлен самому себе, а в тех немногих случаях, когда контроль за поведением и всей жизнью подростка как будто осуществлялся, он был крайне формальным (скрытая гипопротекция).

На третьем месте по частоте была потворствующая гиперпротекция, или воспитание по типу "кумира семьи". Оно проявлялось в чрезмерном покровительстве, в стремлении освободить подростка от малейших трудностей, что сопровождалось непрерывным восхищением его мнимыми талантами и преувеличением действительных способностей. При гиперпротекции ребенок растет в атмосфере похвал и безудержного обожания. Это культивирует эгоцентрическое желание всегда быть в центре внимания окружающих, слышать разговоры о себе и с легкостью, без особого труда получать все желаемое.

Воспитание в условиях жестоких взаимоотношений нередко сочеталось с крайней степенью эмоционального отвержения. Жестокое отношение к ребенку проявлялось в суровых расправах за мелкие проступки, и особенно – в том, что на нем "срывали зло" на других. Жестокость, как правило, касалась не только самого ребенка, подростка, ею была проникнута вся атмосфера в семье, хотя это могло быть и скрыто от посторонних взоров. Для таких отношений характерно безразличие членов семьи друг к другу, забота только о самом себе, полное пренебрежение интересами и тревогами других членов семьи. В семье с жестокими взаимоотношениями каждый может рассчитывать только на самого себя, не ожидая ни помощи, ни поддержки, ни участия.

Доминирующая гиперпротекция, встречавшаяся почти так же часто, как и воспитание в условиях жестоких взаимоотношений, выражалась в чрезмерной опеке, мелочном контроле за каждым шагом, каждой мыслью подростка, в постоянных запретах и неусыпном наблюдении, иногда вплоть до постыдной для подростка слежки. Такой надзор и непрерывные запрещения, невозможность принимать собственные решения создают у подростка впечатление, что ему "все нельзя", а его сверстникам "все можно". Гиперпротекция не дает возможности с ранних лет учиться на собственном опыте разумно пользоваться свободой, быть самостоятельным.

Наиболее редким типом воспитания было воспитание в условиях повышенной моральной ответственности. В этих случаях родители возлагали большие надежды на будущее своего ребенка, на его успехи, часто рассчитывая, что он воплотит в жизнь их собственные несбывшиеся мечты. Подростки чувствовали, что от них ждут слишком многого, и это приводило к формированию неудовлетворенности собой и неуверенности в себе.

Гармоничного воспитания не получил никто из подростков основной группы, тогда как в контрольной группе такое воспитание получило большинство детей (разница между группами достоверна, $p < 0,001$).

И подростки, страдающие наркоманией, и их здоровые братья и сестры в семьях воспитывались в основном одинаково.

Восприятие каждым из родителей заболевания ребенка имеет немаловажное значение для семейной адаптации. При этом нельзя не учитывать, что от правильного реагирования родителей на состояние подростка, злоупотребляющего психоактивными веществами, от согласованности реагирования матери и отца во многом зависят психологический комфорт и адаптация ребенка в семье, а возможно, и в коллективе сверстников, а также результаты коррекции. В литературе члены семей, имеющих в своем составе наркозависимого, называются созависимыми [42, 54, 107, 135 и др.]. Традиционно созависимость в семье принимается как зависимость супруга, детей или родителей от члена семьи, пристрастившегося в наркотикам или алкоголю. Механизм развития феномена созависимости описан, в частности, Е.В.Емельяновой [54], и состоит в следующем. Созависимость начинает проявляться как зависимость эмоционального состояния от того, как себя ведет «проблемный» член семьи и в каком он состоянии. Близкие зависимых вынуждены жить в обстановке, способствующей постоянно нарастающему стрессу. Невозможность контролировать ситуацию, пребывание в постоянном страхе, чувство вины, стыда, бессилия, а так же хронически присутствующий финансовый кризис –

все это является причинами, обуславливающими изменения личностных характеристик в результате ситуации стресса. Для человека, постоянно находящегося рядом с наркозависимым, характерно одновременное восприятие себя в качестве жертвы, преследователя и спасателя. В то же время, по данным литературы [139, 155, 167] именно спасатели в семье воспитывают беспомощных потребителей. Для родителей наркозависимых характерно желание защитить, обелить ребенка. При этом они считают, что совершают благое дело и охраняют эмоциональное благополучие людей. Совершая все эти благодеяния родители-спасатели преследуют единственную, часто не осознаваемую цель – контролировать, управлять, осуществлять гиперпротекцию и чувствовать свою значимость. Такие родители лишают своих детей веры в свои силы, грубо попирают их психологические границы, навязывают им свою систему ценностей и таким образом делают их зависимыми. Родители-спасатели нуждаются в несчастных беспомощных жертвах, которыми становятся их дети, потому что без них невозможно осуществить свою потребность во власти, контроле и ожидании благодарности, т. е. подтверждением своей значимости. Жертва – обязательный член в системе созависимых отношений. В качестве жертвы выступает наркозависимый член семьи - подросток. Жертва беспомощна, несчастна и безответственна. Жертва остается несчастной, зависимой, неудовлетворенной, несмотря на усилия родителей-спасателей, ведь стать успешной - значит взять на себя ответственность за ошибки и неудачи. Это свойство жертвы приводит к тому, что спасатель после бесплодных попыток образумить безответственного опекаемого, сам начинает чувствовать себя жертвой, а подопечного воспринимает как источник неприятностей, то есть, как преследователя. Такое преобразование отмечается многими исследователями проблемы взаимоотношений в созависимых семьях [54, 155, 167 и др.], описываются ситуации, когда родители, ранее жертвовавшие всем для спасения ребенка, страдающего химической зависимостью, внезапно перекалывают всю ответственность за наркозависимость на самого

подростка. В такой ситуации спасатель, обернувшись жертвой, начинает тайно или явно мстить спасаемому. На данном этапе родитель унижает подростка, подвергает другим карательным воздействиям. На этом витке отношений спасатель превращается в преследователя. Наказанный спасаемый становится еще более неудовлетворенным, чем ранее и сигнализирует об этом спасателю, который, насытившись гневом, вновь готов вернуться к исходной роли. Таким образом, меняя роли, спасатель в любой из них находится «над» спасаемым, даже когда чувствует себя жертвой. Он не хочет позволить спасаемому стать успешным и лишится своей власти над ним, потеряв вместе с ней и смысл своего существования. По такому принципу строятся отношения между зависимым и созависимым членами семьи. В данном случае для изменения создавшейся ситуации необходимо изменение поведения как самого зависимого, так и созависимого члена данного типа семьи.

Для изучения психоэмоционального реагирования родителей на проблему наркотической зависимости их детей мы использовали методику, разработанную В.С.Подкорытовым [121]. Учитывали шесть выделенных автором типов восприятия: игнорирующее, поверхностное, демонстративно-героическое, стыдливо-катастрофическое, самообвинительное, адекватное.

Таблица 2.10

Отношение родителей к заболеванию детей

Восприятие	Отношение матери, n=94		Отношение отца, n=72	
	абс. ч.	в %	абс. ч.	в %
Игнорирующее	9	10±3	41	57±6

Поверхностное	9	10±3	4	6±3
Демонстративно-героическое	27	29±5	9	12±4
Стыдливо-катастрофическое	36	38±5	14	19±5
Самообвинительное	11	12±3	3	4±2
Адекватное	2	2±2	1	1±1

Существует разница между восприятием болезни ребенка со стороны матерей и отцов. Для матерей наиболее характерным является стыдливо-катастрофический либо демонстративно-героический тип реагирования на наркозависимость ребенка. Отцов характеризует игнорирующий тип восприятия заболевания ребенка.

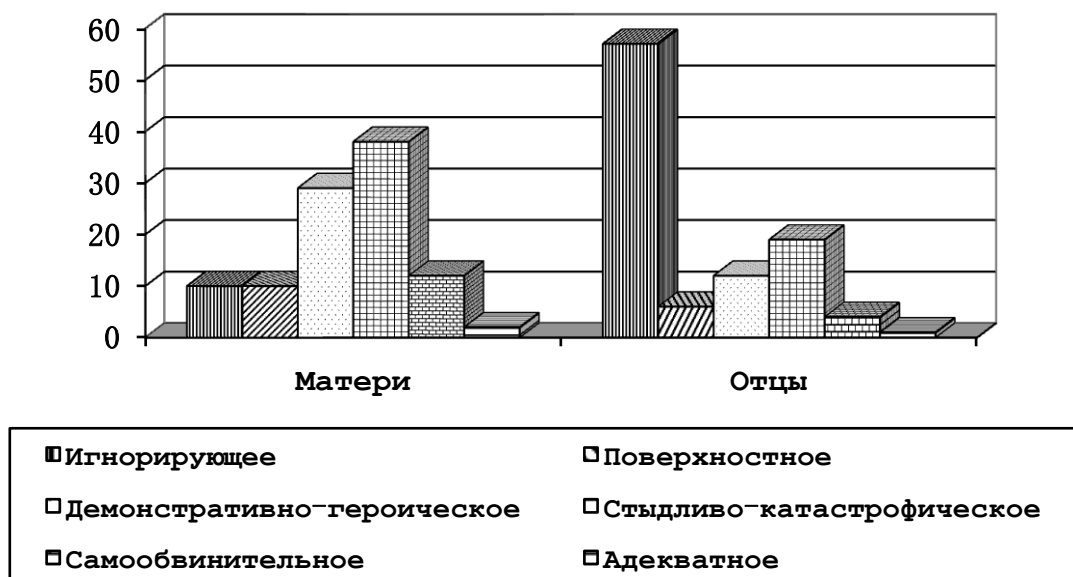


Рисунок 2.2 Особенности отношения родителей к наркотической зависимости ребенка (к-во в %).

Как следует из рисунка, между группами отцов и матерей существовала определенная разница в отношении к наркозависимости собственного ребенка.

При стыдливо-катастрофическом типе восприятия болезни, характерного в большей степени для группы матерей, родители воспринимали наркотическую зависимость ребенка как непоправимую катастрофу, не верили в возможность его выздоровления, осознанно или неосознанно обвиняли его в неблагополучии семьи и практически не предпринимали никаких усилий для лечения подростка.

Демонстративно-героический тип реагирования встречался в основном у матерей подростков и выражался в том, что наркозависимость и связанные с ней трудности воспринимались как незаслуженный удар судьбы, результат внешних обстоятельств, общей "несправедливости". Как правило, в некомпетентности, недостаточном внимании обвинялись окружающие, медицинские и социальные работники.

При самообвинительном типе реагирования родители воспринимали заболевание своего ребенка чрезмерно обостренно, объясняли его собственными ошибками в воспитании, плохим отношением к ребенку, считали себя виновными в любом ухудшении состояния и поведения ребенка-наркомана, тяжело переживали свою родительскую несостоятельность и всячески оправдывали самого подростка. К лечению ребенка в этих случаях привлекалось множество все новых специалистов.

При игнорирующем восприятии болезни, которым характеризовалась группа отцов наркозависимых подростков, родители не считали детей больными, отрицали серьезность положения, объясняя увлечение ребенка наркотиками данью моде и стараясь оправдать проявления болезни в собственных глазах и глазах окружающих.

При поверхностном восприятии состояния подростка родители не считали, что потребление наркотических средств является серьезным заболеванием, не понимали своей ответственности за состояние ребенка и его дальнейшую судьбу, не признавали необходимости оказывать помощь в его лечении.

Адекватное отношение родителей к заболеванию ребенка, страдающего наркоманией, характеризовалось правильным пониманием причин, условий развития и проявлений этого заболевания, ответственным отношением к лечению, стремлением создать в семье благоприятный психологический климат. В этих случаях, которые, к сожалению, были не правилом, а исключением, родители прибегали к помощи специалиста на ранних стадиях развития заболевания, что существенно увеличивало шанс избавления подростка от последствий потребления психоактивных веществ.

Таким образом, проведенное исследование показало, что страдающие опийной наркоманией подростки росли большей частью в полных семьях, чаще всего в семьях служащих со средним доходом, но довольно часто – у $24 \pm 4\%$ семей доход был высокий, низкий доход имели лишь 5 семей. Во взаимоотношениях подростков с родителями чаще всего время от времени возникали конфликты, а конфликты между родителями были обычным явлением – возникали постоянно или время от времени в $87 \pm 5\%$ семей.

Микросоциальные факторы возникновения наркозависимости следует рассматривать в комплексе с особенностями личности подростков, опираясь на научные положения о единстве внешних влияний социальной окружающей среды и внутренних особенностей личности в детерминации ее поведения [31, 77, 88, 89, 104, 105]. Это предопределяет необходимость применения интегративного подхода, который отображает системный и структурно-иерархический характер изучения факторов наркотизации, с позиций которого разработана психологическая модель причинной обусловленности возникновения наркозависимости в подростковом возрасте.

2.4. Индивидуально-биологические факторы в возникновении подростковой наркозависимости

При определении характера и течения полового развития обследуемых подростков мы исходили из того факта, что сексуальность человека – это не только биологический инстинкт, но и сложное биофизиологическое и психосоциокультурное явление, важная сфера общественной, семейной и личной жизни [26, 27, 71, 93].

Как известно, половое развитие начинается уже в эмбриональном периоде, продолжается до наступления половой зрелости и происходит в двух тесно связанных между собой направлениях – соматосексуальном и психосексуальном. Существуют критические, наиболее уязвимые для отрицательных воздействий периоды полового развития: это 6 – 32-я неделя внутриутробной жизни; 2 – 4 года; 7 – 8 лет; 12 – 15 лет; 16 лет – 24 года; 51 год – 60 лет. В период эмбрионального развития патогенное влияние на индивидуальное половое развитие могут оказывать эндогенные, преимущественно тератогенные факторы (например, при приеме матерью гормональных препаратов, нейролептиков), в последующие периоды на него воздействуют экзогенные факторы, прежде всего социогенные и психогенные.

Периодичность соматосексуального развития (развития внутренних и наружных половых органов) проявляется в последовательном появлении вторичных признаков пола, формирующих облик зрелых мужчины и женщины. Средние возрастные показатели параметров полового развития мальчиков: 10–11 лет – начало роста яичек и полового члена; 11–13 лет – рост волос на лобке, появление активности предстательной железы; 13–14 – быстрый рост яичек и полового члена, уплотнение околососковой области;

14–15 – рост волос в подмышечных впадинах, появление пушка на верхней губе, начало изменения голоса; 15–16 – появление зрелых спермиев; 16–17 – рост волос на лице и туловище, мужской тип оволосения лобка; 20–21 год – остановка роста скелета [93].

Свою периодичность имеет и психосексуальное развитие. На I его этапе – парапубертатном (1 год – 7 лет) формируется половое самосознание, на II – препубертатном (7 – 13 лет) происходит формирование стереотипа полоролевого поведения, на III – пубертатном (12 – 18 лет) формируется психосексуальная ориентация, причем пубертатное развитие проходит три стадии – формирования платонического, эротического и сексуального либидо.

На каждом этапе психосексуального развития влияние негативных факторов может приводить к соответствующим данному этапу нарушениям: изменению его темпа и сроков (ретардации и преждевременному развитию), нарушению полового самосознания, стереотипа полоролевого поведения и психосексуальной ориентации.

Исследование соматосексуального и психосексуального развития у обследованных мы проводили в соответствии с концепцией психосексуального дизонтогенеза [26, 27, 71, 93].

Для оценки характера течения полового, в частности, соматосексуального развития мальчиков в период пубертатного развития использовали квантификационную шкалу параметров полового развития [93].

Результаты изучения темпов соматосексуального и психосексуального развития находившихся под нашим наблюдением подростков обобщены в табл.2.19.

Таблица 2.11

Характеристика темпов полового развития

обследованных подростков

Группа подростков	Половое развитие					
Основная, n=100 Контрольная, n=60	Соматосексуальное развитие					
	замедленное		ускоренное		нормальное	
	абс. ч.	в %	абс. ч.	в %	абс. ч.	в %
	23	23±4	19	19±4	58	58±5
	12	20±5	8	13±4	40	67±6
	Психосексуальное развитие					
	ретардация		преждевременное		нормальное	
	абс. ч.	в %	абс. ч.	в %	абс. ч.	в %
	34	34±5	21	21±4	45	45±5
	—	—	—	—	60	100-2

Из представленных в таблице данных следует, что соматосексуальное развитие у большинства подростков и основной, и контрольной группы было своевременным, тем не менее довольно часто (в основной группе у 42±4, в контрольной – у 33±6% обследованных) темп его был нарушен, чаще оно было замедленным.

У подростков с задержанным темпом полового созревания имело место позднее пробуждение полового влечения, первое семяизвержение наступало в возрасте около 17 лет, чаще всего при ночных поллюциях, значительно реже при мастурбации и в единичных случаях – при половом акте. У обследованных отмечалось лобковое оволосение по женскому типу с достаточно четкой горизонтальной верхней границей, у 1/4 больных отмечался переходный тип оволосения лобка. Имелись также несомненные признаки задержки оволосения лица, запоздалый рост усов и бороды. Средняя величина трохантерного индекса (отношения роста к длине ног) составляла 1,89 – 1,91.

Ускоренный темп соматосексуального развития у подростков характеризовался ранним (9-10 лет) пробуждением полового влечения, ранним (10-11 лет) сроком первого семяизвержения и развитием вторичных половых признаков. У этих подростков отмечалось раннее оволосение лобка по мужскому типу; трохантерный индекс был в пределах 1,96 – 1,98.

Иными были данные о темпе психосексуального развития обследованных. Он был нарушенным более чем у половины подростков-наркоманов, причем чаще имела место его ретардация, и нормальным – у всех подростков контрольной группы. Ретардация психосексуального развития была обусловлена либо изолированным влиянием одного из патогенных факторов, либо сочетанным воздействием психогенных и социогенных факторов.

Половое самосознание было правильным у всех обследованных. Ни у кого из них не обнаруживались также гомосексуальные тенденции.

Проведенный нами сопоставительный анализ особенностей сомато- и психосексуального развития подростков позволил выявить наличие у них асинхроний полового развития (таблица 2.12).

Как следует из данных таблицы, асинхронии имели место у $44 \pm 5\%$ подростков-наркоманов. Вдвое чаще они были сочетанными, т.е. обусловленными воздействием психогенных, социогенных и соматогенных факторов. Сложные асинхронии у обследованных не встречались.

Таблица 2.12

Асинхронии полового развития подростков

Группа подростков	Типы асинхроний			
	простые		сочетанные	
	абс. ч.	в %	абс. ч.	в %
Основная, n=100	11	11 ± 3	33	33 ± 5
Контрольная, n=60	12	20 ± 5	—	—

У подростков контрольной группы асинхрония полового развития отмечалась вдвое реже, чем у подростков-наркоманов, причем она была только простой.

У подростков с простой асинхронией полового развития начало роста яичек и полового члена относилось к 13-14 годам, в этом же возрасте начинался и рост волос на лобке (сначала по женскому типу). В 14-15 лет отмечался относительно быстрый рост яичек и полового члена, появлялось

уплотнение околососковой области. Начало роста волос под мышками и появление пушка на верхней губе относилось у 34 ($34\pm 5\%$) обследованных к 16-17 годам.

Таким образом, у подростков с простой асинхронией полового развития отмечалось отставание в темпах появления вторичных признаков пола в среднем на 1-2 года по сравнению со сверстниками. Аналогичная задержка наблюдается у этих лиц и в темпах психосексуального развития. Интерес к лицам противоположного пола у них появлялся в 15 лет, первое семяизвержение происходило приблизительно в том же возрасте или не происходило вообще.

У подростков с сочетанной асинхронией полового развития отмечалась задержка появления вторичных половых признаков на 4-5 лет по сравнению с нормально развивающимися подростками. Так, у 23 из этих подростков, что составило $23\pm 4\%$ из всех подростков-наркоманов, до 18 лет не было роста волос на лице. Появление растительности на лобке отмечалось у 14 мальчиков в 14-15, а у 9 – в 16 лет. Мужской тип оволосения лобка был всего у 7 ($7\pm 3\%$ из всех обследованных), по женскому с четкой горизонтальной верхней границей – у 9, и у 7 был так называемый переходный тип лобкового оволосения. Средняя величина трохантерного индекса у обследованных с сочетанной асинхронией составляла $1,87\pm 0,009$.

Анализ данных, свидетельствующих о наличии сексуальных отклонений у подростков с сочетанной асинхронией позволил установить, что у 19 из них либидо полностью не пробудилось, остановившись в своем развитии на уровне платонического или эротического, у 11 сексуальное либидо хотя и пробудилось, но с опозданием – в среднем в возрасте 17,7 года. У 17 обследованных возраст появления первой эякуляции составлял 16-17 лет, в большинстве случаев при поллюциях, значительно реже при мастурбации и в единичных случаях – при половом акте.

Около половины подростков с сочетанной асинхронией полового развития – 16 человек никогда не мастурбировали, а у остальных имели место единичные мастурбаторные манипуляции, которые феноменологически можно отнести к разряду фрустрационных псевдомастурбаций, не заканчивающихся ни эякуляцией, ни оргазмом.

Для выявления маскулинности/фемининности на биогенном уровне мы использовали полоролевою шкалу Дюр-Молль Сонди [208].

2.5. Индивидуально-психологические факторы в возникновении опийной наркозависимости у подростков

Акцентуации характера подростков были изучены нами с помощью патохарактерологического диагностического опросника (ПДО) [62]. Полученные в этом исследовании результаты иллюстрируются данными табл.2.13.

Таблица 2.13

Акцентуации характера обследованных подростков

Тип акцентуации	Группы обследованных			
	основная, n=100		контрольная, n=60	
	абс. ч.	в %	абс. ч.	в %

Эпилептоидный	22	22±4	7	12±4
Астеноневротический	2	2±2	5	8±4
Циклоидный	—	—	8	13±4
Лабильный	1	1±1	5	8±4
Истероидный	8	8±3	7	12±4
Психастенический	2	2±2	5	8±4
Шизоидный	5	5±2	4	7±3
Сенситивный	3	3±2	5	8±4
Гипертимный	28	28±4	6	10±4
Конформный	5	5±2	3	5±3
Паранойяльный	—	—	1	2±2
Неустойчивый	24	24±4	4	7±3

Из представленных данных видно прежде всего, что у всех обследованных подростков с опийной наркоманией имели место явно выраженные акцентуации характера, чаще всего гипертимного, неустойчивого и эпилептоидного типов. Паранойяльный и циклоидный типы среди обследованных нами подростков-наркоманов не встречались, но в единичных случаях отмечались в контрольной группе. Остальные типы акцентуаций, как следует из таблицы, наблюдались довольно редко, несколько чаще среди них истероидный тип. Подростки с гипертимной акцентуацией отличались почти всегда хорошим, даже слегка повышенным настроением, высоким жизненным тонусом, энергией, неудержимой активностью, постоянным стремлением к лидерству, притом неформальному.

Хорошее чувство нового сочеталось у них с неустойчивостью интересов, а большая общительность – с неразборчивостью в выборе знакомств. Они легко осваивались в незнакомой обстановке, но плохо переносили одиночество, размеренный режим, строго регламентированный образ жизни, дисциплину, однообразную обстановку, монотонный и требующий аккуратности труд, вынужденное безделье. Эти подростки склонны к переоценке своих возможностей и к чрезмерно оптимистическим планам на будущее. Стремление окружающих подавить их активность и лидерские тенденции нередко ведет к бурным, но коротким вспышкам раздражения. Самооценка у них нередко довольно высокая, но часто они стараются показать себя более конформными, чем есть на самом деле.

Главной чертой подростков с неустойчивым типом акцентуации характера было нежелание трудиться, ни работать, ни учиться, постоянная сильная тяга к развлечениям, удовольствиям, праздности. При строгом и непрерывном контроле они нехотя подчинялись, но всегда искали случай отлынивать от любого труда. Полное безволие таких подростков обнаруживается, когда дело касается исполнения обязанностей, достижения целей, которые ставят перед ними родные и общество. С постоянным желанием развлекаться связаны делинквентность поведения и ранняя алкоголизация подростков. Они тянутся к уличным компаниям, причем из-за трусости и недостаточной инициативности оказываются там в подчиненном положении. Контакты их всегда поверхностны. Романтическая влюбленность им несвойственна. К своему будущему они равнодушны, планов не строят, живут сегодняшним днем, от любых трудностей и неприятностей стараются убежать и не думать о них. Слабоволие и трусость этих подростков позволяют удерживать их в условиях строгого дисциплинарного режима, а безнадзорность быстро оказывает пагубное действие. Самооценка их обычно неверна – они легко приписывают себе гипертимные и конформные черты.

Основной чертой подростков с эпилептоидным типом акцентуации характера является склонность к злобно-тоскливому настроению с постепенно накапливающим раздражением и поиском объекта, на котором можно было бы сорвать зло. С такими состояниями обычно связана аффективная взрывчатость. Аффекты у подростков с эпилептоидной акцентуацией не только сильны, но и продолжительны. Большим напряжением отличается инстинктивная жизнь. Влюбленность почти всегда окрашена ревностью. Алкогольное опьянение часто протекает тяжело – с гневом и агрессией. Лидерство проявляется стремлением властвовать над сверстниками. Эти подростки неплохо адаптируются в условиях строгого дисциплинарного режима, где проявляют показную исполнительность, стараются подольститься к начальству и завладеть положением, дающим власть над другими подростками.

Инертность, тугоподвижность, вязкость подростков-эпилептоидов накладывают отпечаток на всю их психическую сферу – от моторики и эмоций до мышления и личностных ценностей. Мелочная аккуратность, скрупулезность, дотошное соблюдение всех правил, даже в ущерб делу, раздражающий окружающих педантизм обычно служат у них компенсацией собственной инертности. Самооценка этих подростков в основном однобокая: они считают своими достоинствами приверженность к порядку и аккуратности, нелюбовь к пустым мечтаниям и предпочтение жить реальной жизнью; в остальном обычно представляют себя гораздо более конформными, чем есть на самом деле.

У подростков с истероидным типом акцентуации характера главными чертами были беспредельный эгоцентризм, ненасытная жажда внимания к своей особе, восхищения, удивления, почитания, сочувствия. Все остальные особенности связаны с этими чертами. Лживость и фантазирование целиком служат приукрашиванию своей особы. Внешние проявления эмоциональности на деле оборачиваются отсутствием глубоких чувств при

большой выразительности, театральности переживаний, склонности к рисовке и позерству. Неспособность к упорному труду сочетается с высокими притязаниями в отношении будущей профессии. Выдумывая, такие подростки легко вживаются в роль, искусной игрой вводят в заблуждение доверчивых людей. Среди сверстников претендуют на первенство или на исключительное положение. Пытаются возвыситься среди них рассказами о своих удачах и похождениях. Однако товарищи вскоре распознают их выдумки и ненадежность, поэтому они часто меняют компании. Самооценка истероидных подростков далека от объективности. Обычно представляют себя такими, какими в данный момент, как они считают, легче всего произвести впечатление.

При лабильном типе акцентуации характера его основой является крайняя изменчивость настроения. Оно меняется очень часто и чрезмерно круто даже от ничтожных, нередко незаметных для окружающих поводов. От настроения момента зависят и сон, и аппетит, и работоспособность, и общительность. Чувства и привязанности у таких подростков искренни и глубоки, особенно к тем лицам, которые сами проявляют к ним любовь, внимание и заботу. У них велика потребность в сопереживании, они тонко чувствуют отношение к себе окружающих даже при поверхностном контакте. Всякого рода эксцессов избегают. К лидерству не стремятся. Тяжело переносят утрату или эмоциональное отвержение со стороны знакомых лиц. Самооценка отличается искренностью и умением правильно подметить черты своего характера.

Для подростков с астеноневротическим типом акцентуации был характерен патологический уровень, он проявлялся развитием невроза в форме неврастения. У этих обследованных можно было отметить повышенную утомляемость, раздражительность и склонность к ипохондричности. Утомляемость особенно четко проявлялась при умственных занятиях и в обстановке соревнования. При утомлении

аффективные вспышки возникали по ничтожному поводу. Самооценка обычно отражала ипохондрические установки.

При сенситивном типе акцентуации характера мы наблюдали у своих пациентов такие черты как большая впечатлительность и чувство собственной неполноценности. В себе они находили множество недостатков, особенно в области морально-этических и волевых качеств. Замкнутость, робость и застенчивость в большей степени проявлялись при посторонних и в непривычной обстановке. С незнакомыми людьми для этих подростков были трудны даже самые поверхностные формальные контакты, но с теми, к кому привыкли, они были достаточно общительные и откровенны. Ни к алкоголизации, ни к делинквентному поведению склонности они не обнаруживали, но непосильной для них оказывалась ситуация, когда они становились объектом неблагожелательного внимания окружения, когда на их репутацию падала тень или они подвергались какому-либо несправедливому обвинению. Не в силах справиться со своими переживаниями по этим поводам, они прибегали к наркотизации. Самооценка этих подростков отличалась высоким уровнем объективности.

Главными чертами подростков с психастеническим типом акцентуации были нерешительность, склонность к рассуждениям, тревожная мнительность в виде опасений за будущее свое и своих близких, склонность к самоанализу и легкость возникновения навязчивостей. Черты характера в таких случаях обычно обнаруживаются в начальных классах школы – при первых требованиях, предъявляемых к чувству ответственности. Отвечать за себя и особенно за других – самая трудная задача для подростков с психастенической акцентуацией. Защитой от постоянной тревоги по поводу воображаемых неприятностей и несчастий им служат выдуманные приметы и ритуалы. Нерешительность особенно проявляется, когда надо сделать самостоятельный выбор. В самооценке отмечается тенденция находить у себя разные черты, часто им совершенно несвойственные.

Подростки с шизоидным типом акцентуации характера отличались замкнутостью и недостатком интуиции в процессе общения. Им было трудно устанавливать неформальные, эмоциональные контакты, и эта неспособность нередко тяжело переживалась ими. Быстрая истощаемость в контакте побуждала к еще большему уходу в себя. Недостаток интуиции проявлялся в неумении понять чужие переживания, распознать желания других, догадаться о невысказанном вслух. К этому добавлялась и неспособность к сопереживанию. Внутренний мир таких подростков почти всегда закрыт для других и заполнен увлечениями и фантазиями, которые предназначены только для услаждения самого себя, служат утешению честолюбия или носят эротический характер. Увлечения отличаются силой, постоянством и нередко необычностью, вычурностью. Богатые эротические фантазии сочетаются с внешней асексуальностью. Труднее всего переносятся ситуации, когда нужно быстро установить неформальные эмоциональные контакты, а также насильственное вторжение посторонних во внутренний мир подростка. Самооценка обычно неполная: четко констатируется замкнутость, трудность контактов, непонимание окружающих, другие особенности подмечаются хуже. В самооценке иногда подчеркивается неконформизм.

Для подростков с конформной акцентуацией характера были типичны чрезмерная конформность к привычному окружению, к своей среде. В своем поведении они руководствовались правилом "быть как все", стремились и думать, и поступать, и одеваться, и высказывать суждения только общепринятого характера. В хороших условиях такие подростки старательно учатся и работают, в дурной среде – со временем прочно усваивают обычаи, привычки, манеру поведения этого окружения и потому "за компанию" легко спиваются или начинают потреблять наркотические вещества. При своей конформности эти лица отличаются поразительной некритичностью и считают истиной все, что узнают из привычных источников информации. К тому же они очень консервативны, поскольку не могут быстро приспособиться к чему-то новому, с трудом осваиваются в непривычной

обстановке. Нелюбовь к новому проявляется и в неприязни к "чужим". С работой они успешно справляются только в том случае, если она не требует личной инициативы и очень плохо переносят ломку жизненного стереотипа, лишение привычного общества. Самооценка у обследованных нами подростков с конформной акцентуацией характера была довольно высокой.

Опрос родителей подростков, страдающих опийной формой наркомании, позволил определить характерные для них особенности поведения. Наиболее часто окружающие обращали внимание на необычную раздражительность, вспыльчивость подростков, их лживость, имеющую специфический характер. Подростки совершенно не заботятся о том, чтобы дать сколько-нибудь убедительную, связную версию своего отсутствия дома или в школе. Будучи разоблачены, не смущаются, тут же выдвигают иную версию, столь же неадекватную. В то же время возрастает требовательность подростков, они настаивают на приобретении дорогих вещей, выдаче им определенной суммы "карманных денег". Внешне эта форма поведения может напоминать обычные проявления реакции эмансипации, но настораживает то, что купленные вещи либо выданные деньги вскоре бесследно исчезают. Это касается даже тех вещей, которые долгое время были объектом мечтаний подростка, которыми он ранее дорожил. Если родители замечают исчезновение дорогой вещи, магнитофона, предмета одежды, подросток объясняет, что "одолжил" их другу, а друг не возвращает, и при этом не обнаруживает признаков огорчения в связи с потерей вещи.

Очень часто в поведении подростка появляются черты демонстративности. Выразительная жестикуляция, трагические интонации в голосе, превращение любого мелкого конфликта в "проблему жизни и смерти" настораживает родителей. И без того низкая успеваемость в школе становится совершенно неудовлетворительной, часты пропуски уроков без уважительной причины. Вместе с тем внешнее поведение в школе не вызывает особых подозрений учителей: подростки сидят тихо, уроков не

срывают, но излагаемого материала не усваивают. Невнимательность, иногда необычная сонливость на уроках хотя и замечаются педагогами, но не становятся поводом для обращения к наркологу. Обычно присутствие таких подростков на уроках просто игнорируется учителем.

Существенное значение имеет то обстоятельство, что указанные поведенческие нарушения носят избирательный характер: они проявляются в основном в отношении сверстников и родителей, в меньшей степени – в отношении педагогов. Со сверстниками, употребляющими психоактивные вещества, они более сдержанны, драки между подростками-наркоманами встречаются реже, чем в обычных делинквентных группах. Как явствует из вышеизложенного, в этих случаях нарастающий микросоциальный конфликт, возникающий в результате необходимости постоянно скрывать от взрослых свою наркотизацию, вызывает обострение акцентуированных характерологических черт с соответствующими формами поведения.

Для диагностики эмоциональной сферы, выявления функционального состояния испытуемого и устойчивых черт его личности в качестве инструмента исследования использовался восьмицветовой тест Люшера.

Значения показателей, полученных при использовании теста Люшера [201], указывают на негативное состояние испытуемых в момент обследования. Стандартное отклонение от аутогенной нормы (СО) – показатель, характеризующий степень общего психофизиологического напряжения, достигает высоких значений ($CO=20,6\pm1,65$ балла при норме 12-14 баллов), что является признаком истощения психофизиологических ресурсов. Среди негативных эмоциональных компонентов состояния наиболее выражены тревога и психическое утомление (соответственно - $0,6\pm0,93$ и $-5,41\pm0,74$). Вегетативный коэффициент (ВК) указывает на преобладание у обследуемых парасимпатической активности – признак истощения функций вегетативной нервной системы ($BK=0,54\pm0,1$).

Данные, касающиеся порядка выбора цветов испытуемыми основной и контрольной групп представлены в таблице 2.14.

Таблица 2.14

Распределение испытуемых по частоте выбора цветов

	1	2	3	4	5	6	7	0
Основная группа (абс./%)	8/ 8±3	10/ 10±3	3/ 3±2	16/ 4±2	12/ 12±3	10/ 10±3	32/ 32±5	9/ 9±3
Контрольная группа (абс./%)	6/ 10±4	4/ 7±3	20/ 33±6	12/ 20±5	2/ 3±2	8/ 13±4	6/ 10±4	2/ 3±2

Примечание. Условные обозначения: 1-синий; 2 – зеленый, 3 – красный; 4 – желтый; 5 – фиолетовый; 6 – коричневый; 7 – черный; 0 - серый

Испытуемые в контрольной группе, в отличие от наркозависимых, выбирали красный цвет на первых два места (33±6). Красный цвет в позиции явного предпочтения свидетельствует об активной жизненной позиции, стремлении к успеху, стремлении к полноте бытия, лидерских чертах, творческом начале. В группе подростков, страдающих опийной наркозависимостью, красный цвет находился в отвергаемой позиции. Отвержение красного выявляет физиологическое и нервное истощение, снижение сексуального влечения, потребность в защите от возбуждающих факторов.

В группе страдающих наркоманией предпочтение отдавалось черному цвету. Данное цветовое предпочтение отмечалось у 32±5 обследованных

основной группы. Это свидетельствует о весьма негативном состоянии, ощущении враждебности окружающих, желании отгородиться от среды, негативизме, агрессивно-деструктивной импульсивности. В контрольной группе черный цвет находился в позиции антипатии.

Для определения особенностей личности испытуемых, страдающих опийной наркозависимостью, была использована проективная методика «Дом.Дерево.Человек» (ДДЧ) [18].

Анализ производился по симптомокомплексам «Агрессивность», «Враждебность», «Конфликтность», «Негативизм», «Тревожность», «Уход от реальности».

Характерное для личности чувство враждебности в методике «Дом.Дерево.Человек» проявляется в виде следующих образов: отсутствие окон; дверь - замочная скважина; очень большое дерево; дерево с краю листа; обратный профиль дерева, человека; ветки двух измерений, как пальцы; глаза - пустые глазницы; длинные острые пальцы; оскал, видны зубы; агрессивная позиция человека; задняя стена дома изображена с другой стороны; необычно; двери с огромным замком; окна без стекол; отсутствие окон на первом этаже дома; волосы не заштрихованы, не закрашены, обрамляют голову; руки скрещены на груди; пальцы крупные, похожие на гвозди (шпы); карикатурное изображение; зубчатые неровные линии; фигура бабы-яги (к женщинам); крона дерева в виде клубка.

Образы ДДЧ, свидетельствующие об агрессивности как черте личности: разные постройки; ноздри слишком подчеркнуты; зубы четко нарисованы; руки сильные; рука как боксерская перчатка; пальцы отделены; большие пальцы; пальцев больше пяти; пальцы длинные; оружие; мало гнутых линий, много острых углов; линии с нажимом; штриховка от себя; закрытая густая листва; штриховка ствола.

Склонность к конфликтности выражается в следующих образах: ограничения пространства; перспектива снизу (взгляд червя); перерисовывание объекта; отказ рисовать какой-либо объект; дерево, как два дерева; явное несоответствие качества одного из рисунков; противоречивость рисунка и высказывания; подчеркнутая талия; отсутствие трубы на крыше.

О негативизме свидетельствует наличие в рисунках испытуемых следующих образов: разные постройки боковая стена, изображенная в одномерной перспективе; маленькие уши; уши слишком подчеркнуты; пальцы сжаты в кулак; кулаки прижаты к телу; кулаки далеко от тела; ноги непропорционально длинные; ноги широко расставлены.

Тревожность проявляется в следующих образах: стена с акцентированным контуром основы; стена боковой контур слишком тонок и неадекватен; карниз крыши, его акцентирование ярким контуром или продлеванием за стены; штриховки; слабый нажим карандаша.

О слабом контакте индивида с реальностью свидетельствуют характерные образы: водосточные трубы; отсутствие основы стены; стена с акцентированным вертикальным измерением; двери боковые (одна или несколько); первый этаж нарисован в конце; крыша, жирный контур, несвойственный рисунку; окна отсутствуют на нижнем, но имеются на верхнем этаже; крыша, тонкий контур края; крыша, толстый контур края.

Частота встречаемости образов по характеристикам «Агрессивность», «Враждебность», «Конфликтность», «Негативизм», «Тревожность», «Уход от реальности» отражена в таблице 2.15..

Таблица 2.15

Основные характеристики испытуемых по результатам теста «ДДЧ»

	Основная группа, n=100	Контрольная группа, n=60
--	---------------------------	--------------------------

	абс. ч.	в %	абс. ч.	в %
Враждебность	52	52±5	12	20±5
Агрессивность	61	61±5	16	27±5
Конфликтность	47	47±5	10	17±5
Негативизм	32	32±5	16	27±5
Тревожность	36	36±5	12	20±5
Уход от реальности	41	41±5	16	27±5

В рисунках большинства подростков основной группы отмечались образы, отражающие агрессивные (61±5% испытуемых) и враждебные (52±5%) тенденции. В контрольной группе агрессивность отмечалась у 27±5% испытуемых, а враждебность - в 17±5% случаев. Достаточно часто в основной группе встречались конфликтность (47±5%) и стремление к уходу от реальности (41±5%). В контрольной группе аналогичные тенденции встречались соответственно в 17±5% и в 27±5% случаев. Несколько реже в группе наркозависимых подростков встречались негативизм (32±5%) и тревожность (36±5%). В группе здоровых подростков негативизм отмечался у 27±5%, тревожность – у 20±5% обследованных.

Также при выполнении данной методики у наркозависимых имели место незавершенность рисунка, примитивные контуры в изображении объекта и малое количество второстепенных деталей, что свидетельствует об общей астении. Достаточно часто встречались резкие повторные штрихи, с каждым нажимом карандаша, что говорит об аффективной напряженности в момент обследования. Дерево, как правило, изображалось без листвы, с малым количеством ветвей, голыми корнями, со склоненным вниз стволом, что отражает состояние депрессии. Человеческая фигура часто была фрагментарной, иногда рисовалось только лицо, причем с закрытыми глазами. Дом изображался "без земли", нередко без окон и дверей и практически всегда без каких-либо деталей. Интересно, что в нескольких

случаях, несмотря на тщательную инструкцию, подростки-наркоманы рисовали панельный многоэтажный дом и отстаивали свой выбор.

По алгоритмам оценки теста наиболее характерными (частота более 90%) являлись следующие особенности: погруженность в себя, чувство отвергнутости, желание отойти от окружения, скрытность, недоверчивость, эмоциональная лабильность, зависимость от времени суток, компенсация депрессии возбуждением. Среди других характеристик, полученных при интерпретации теста, были выявлены амбивалентное желание покровительства и независимости, жизнь настоящим моментом, грубость, черствость, плохая ориентировка во времени, повышенная субъективная чувствительность к давлению среды, субъективное ощущение недостижимости целей (до 60%); сохранение самообладания инфантильным способом, желание сохранить «то, что имеешь», нехватка психологической теплоты дома (до 50%); желание быть замеченным, значимым для близких, сложности в межличностном общении, импульсивность, «объективное» признание того, что собственные поступки вышли из-под контроля (до 40%); трудность раскрытия своих переживаний перед другими (до 30%), реже – переживание интеллектуальной недостаточности (до 15%).

Было проведено исследование когнитивной сферы подростков с применением методик «Корректирующая проба», «Таблицы Шульте-Горбова» для определения качеств внимания [21].

В результате исследования были выявлены достоверные отличия в характеристиках качеств внимания в обследованных группах подростков. В группе наркозависимых подростков отмечались нарушения, характеризующиеся сужением объема внимания, снижением его распределения и концентрации. При выполнении психологических методик испытуемые с опийной наркозависимостью жаловались на сложности с сосредоточением, часто отвлекались. При выполнении «Корректирующей пробы» испытуемые подростки-наркоманы часто допускали пропуски

знаков, что свидетельствует о сниженной продуктивности деятельности. Время, которое испытуемые основной группы тратили на выполнение психологических методик в два раза превышало время, потраченное испытуемыми контрольной группы, что свидетельствует о трудностях с распределением и переключением внимания, сужении объема внимания у подростков, страдающих опийной формой наркомании. Также при выполнении психологических методик у испытуемых наркоманов отмечалась крайняя утомляемость, истощаемость психических процессов, что может свидетельствовать о наличии «органического патопсихологического симптомокомплекса».

Таким образом после проведения исследования индивидуально-психологических факторов возникновения наркозависимости, было выявлено, что для подростков-наркоманов характерными являются акцентуации характера гипертимного, эпилептоидного и неустойчивого типов. Также у наркозависимых подростков отмечаются нарушения в эмоционально-волевой сфере: тревожность, агрессивность, депрессивные тенденции. Также в группе наркозависимых отмечаются нарушения в когнитивной сфере: сужение объема, снижение концентрации и распределения внимания

2.6. Личностно-психологические факторы в возникновении наркозависимости у подростков

Изучению психологических особенностей личности наркозависимых в последние годы посвящено достаточно большое количество исследований [2, 12, 79, 84, 85 и др.].

Наблюдение за больными наркоманией показало, что злоупотребление психоактивными веществами обусловлено наличием ряда мотивов, среди

которых можно выделить доминирующий на данном этапе развития болезни. При изучении мотивов наркотизации у подростков с опийной формой наркомании мы использовали принятые в современных исследованиях методы устного интервьюирования и письменного анкетирования. Для изучения ведущих мотивов, которые привели к употреблению наркотических веществ у находившихся под наблюдением подростков, была применена хорошо зарекомендовавшая себя методика К.В.Аймедова для больных наркоманией [2].

Автором данной методики были выделены типы мотивации потребления психоактивных веществ, в частности, опиатов:

І - группа социально-психологических мотивов, включающие:

- 1) социально-коммуникативные, отражающие мотивы употребления, связанные с общением с группой - деятельность, направленная на создание новых знакомств, встречи, развлечения и др.;
- 2) субмиссивные мотивы, отражающие прием наркотических веществ в результате давления со стороны;
- 3) социально-интегративные мотивы, свидетельствующие о желании с помощью употребления психоактивных веществ внедриться в референтную группу, приобщиться к тем или иным ценностям групповой субкультуры.

ІІ - мотивы, связанные, в основном, с желанием изменить собственное состояние:

- 1) гедонистические - стремление испытать ощущение эйфории или стимулировать физическое и психическое состояние;
- 2) мотивы переключения аффекта - желание нейтрализовать негативные эмоциональные переживания;
- 3) мотивы гипермотивационного напряжения - стремление усилить с целью фиксации позитивные психические ощущения.

ІІІ - собственно патологические мотивы, констатирующие болезненное влечение:

- 1) мотив восстановления витальной активности - стремление восстановить общий жизненный (физический и психический) тонус в период “предвестников” начала абстиненции (получение эйфории невозможно в связи с высокой толерантностью и сложностью дальнейшего увеличения принимаемой дозы);
- 2) мотив зависимости - фиксация в сознании обсессивного влечения к наркотику (соответствует психической

зависимости); 3) мотив компульсивного влечения - неодолимое стремление употреблять наркотик (соответствует физической зависимости); один из компонентов - стремление купировать абстинентные явления.

В результате обследования подростков по приведенной методике были получены данные, представленные в табл.2.16.

Таблица 2.16

Характеристика мотивов наркотизации

обследованными подростками

Мотивы приема наркотического средства	Подростки с I стадией наркозависимости (n=22)		Подростки со II стадией наркозависимости (n=78)	
	Абсолютное количество	%	Абсолютное количество	%
Социально- коммуникативные	2	9±6	2	2±2
Субмиссивные	4	18±8	10	13±4
Социально- интегративные	3	14±8	5	6±3

Гедонистические	5	23±9	8	10±3
Мотивы переключения аффекта	3	14±8	6	8±3
Мотивы гипермотивационног о напряжения	5	23±9	11	14±4
Патологические мотивы				
мотив восстановления витальной активности	-	-	10	13±4
зависимости	-	-	8	10±3
компульсивного влечения	-	-	18	23±5

Как видно из данных таблицы, у большинства подростков с I стадией наркомании самыми частыми мотивами наркотизации были гедонистические, мотивы переключения аффекта и мотивы гипермотивационного напряжения, т.е. мотивы, связанные с желанием изменить собственное состояние. Ими руководствовались 58±5% опрошенных.

Патологические мотивы употребления наркотиков, а именно мотив восстановления витальной активности, мотив зависимости и мотив компульсивного влечения, называли только подростки со II стадией опийной наркомании.

В целом, таким образом, исследование показало наличие у подростков-наркоманов явно выраженных акцентуаций характера, чаще всего гипертимного, эпилептоидного и неустойчивого типа.

Среди личностных особенностей обращают на себя внимание истощение психофизиологических ресурсов и функций вегетативной нервной системы, неспособность оценить собственное состояние, противоречивое восприятие своего Я. При этом имеющиеся глубинные аффективные и личностные нарушения сохраняются и после купирования аффективных и других психических расстройств абстинентного периода. Тип отношения к своей болезни у подростков-наркоманов чаще всего анозогностический.

Мотивами наркотизации служат у подростков с I стадией наркозависимости в большинстве случаев гедонистические, мотивы переключения аффекта и мотивы гипермотивационного напряжения, т.е. побуждения, связанные со стремлением изменить собственное состояние. Мотивы триады, отражающей патологическое влечение к наркотику, а именно мотив восстановления витальной активности, мотив зависимости и мотив компульсивного влечения, характерны для подростков со II стадией опийной наркомании.

Для определения самооценки испытуемых мы применяли тест «Личностный дифференциал». Испытуемые оценивали выраженность у себя пар качеств: обаятельный – непривлекательный; слабый – сильный; разговорчивый – молчаливый; безответственный – добросовестный; упрямый – уступчивый; замкнутый – открытый; добрый – эгоистичный; зависимый – независимый; деятельный – пассивный; черствый – отзывчивый; решительный – нерешительный; вялый – энергичный; справедливый – несправедливый; расслабленный – напряженный; суетливый – спокойный; враждебный – дружелюбный; уверенный – неуверенный; нелюдимый – общительный; честный – неискренний; несамостоятельный –

самостоятельный; раздражительный - невозмутимый. Подсчет результатов проводился по трем факторам. Первый фактор - Оценка (О). Результаты по данному фактору свидетельствуют об уровне самоуважения. Высокие значения этого фактора говорят о том, что испытуемый принимает себя как личность, склонен осознавать себя как носителя позитивных, социально желательных характеристик, в определенном смысле удовлетворен собой. Низкие значения фактора О указывают на критическое отношение человека к самому себе, его неудовлетворенность собственным поведением, уровнем достижений, особенностями личности, на недостаточный уровень принятия самого себя. Особо низкие значения этого фактора в самооценках свидетельствуют о возможных невротических или иных проблемах, связанных с ощущением малой ценности своей личности.

Фактор Силы (С) в самооценках свидетельствует о развитии волевых сторон личности, как они осознаются самим испытуемым. Его высокие значения говорят об уверенности в себе, независимости, склонности рассчитывать на собственные силы в трудных ситуациях. Низкие значения свидетельствуют о недостаточном самоконтроле, неспособности держаться принятой линии поведения, зависимости от внешних обстоятельств и оценок. Особо низкие оценки свидетельствуют и указывают на астенизацию и тревожность. Во взаимных оценках фактор (С) выявляет отношения доминирования-подчинения, как они воспринимаются субъектом оценки.

Фактор Активности (А) в самооценках интерпретируется как свидетельство экстравертированности личности. Положительные (+) значения указывают на высокую активность, общительность, импульсивность; отрицательные (-) — на интровертированность, определенную пассивность, спокойные эмоциональные реакции.

По методике «Личностный дифференциал» [205] обследование наркозависимых проводилось в два этапа.

На первом этапе подростки заполняли бланки личностного дифференциала, согласно оценке понятий «Я такой, каким являюсь в настоящее время» («Я»); «Я – идеальный, или каким бы мне хотелось быть» («Я – идеальный»). На втором этапе (на следующие сутки) повторно оценивались понятия «Я такой, каким являюсь в настоящее время», а также понятие «Я в состоянии наркотизации».

Таблица 2.17

Средние значения оценки понятия «Я-реальный»

Группы	Факторы					
	О	Станд. отклонение	А	Станд. отклонение	С	Станд. отклонение
Основная (n=100)	1,12	5,02	0,30	5,28	0,340	4,72
Контрольная (n=60)	8,00	4,26	9,37	4,16	10,40	3,79

Из таблицы следует, что самооценка испытуемых основной группы наркозависимых подростков значительно снижена, по сравнению с контрольной группой, причем снижение наблюдается по трем группам факторов: «Оценка», «Активность», «Сила».

Свое состояние в момент обследования, страдающие наркозависимостью, оценивали значительно хуже, чем подростки контрольной группы. Среднее значение фактора «оценка» (отражающего самооценку состояния) у наркоманов практически было равно нулю, что говорит о неспособности адекватно оценить собственное состояние, а также о противоречивом или конфликтном восприятии своего Я. Показатели активности и силы также имели значение, близкое к нулю, что свидетельствует о снижении продуктивности, недостаточном самоконтроле,

неспособности держаться принятой линии поведения, зависимости от внешних обстоятельств и оценок, о тревожности, пассивности, интравертированности обследованных.

Таблица 2.18

Средние значения оценки понятия «Я-идеальный»

Группы	Факторы					
	О	Станд. отклонение	А	Станд. отклонение	С	Станд. отклонени е
Основная (n=100)	13,65	3,71	14,08	3,52	13,63	2,62
Контрольная (n=60)	12,76	2,58	12,37	2,81	12,67	2,20

Оценка «Я-идеального» по факторам «Оценка», «Активность», «Сила» в обеих группах подростков практически не отличалась.

Таблица 2.19

Средние значения оценки «Я в состоянии наркотизации»

Группы	Факторы					
	О	Станд. отклонение	А	Станд. отклонение	С	Станд. отклонени е
Основная (n=100)	13,84	3,47	14,09	3,17	13,44	2,46

Оценки обследованных наркоманов по понятию «Я в состоянии наркотизации» приобретали высокие значения по трем факторам «Оценка», «Активность», «Сила».

Данный факт свидетельствует о переоценке собственных способностей и возможностей в состоянии наркотизации. В сочетании с достаточно низкими показателями по категории «Я реальный», высокие показатели по категориям «Я-идеальный» и «Я в состоянии наркотизации» свидетельствуют о том, что употребление психоактивных веществ выступает в качестве своеобразного патологического компенсаторного механизма, позволяющего личности с заниженной самооценкой самоутвердиться и адаптироваться в социуме.

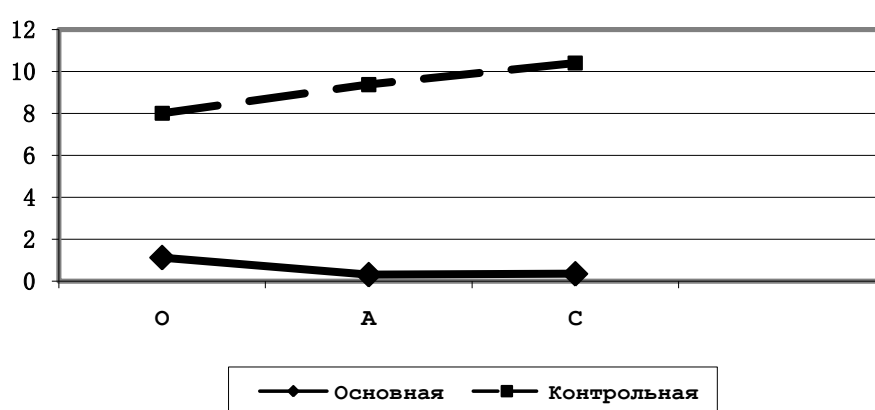


Рисунок 2.3. График средних значений в отношении понятия «Я-реальный» в основной и контрольной группах.

Показатели «Я реальный» в группах испытуемых значительно отличались (достоверность различий $p < 0,001$ по каждому из факторов). В группе наркозависимых значения по факторам «Оценка», «Активность», «Сила» приближались к нулю, что свидетельствует о низком уровне самооценки, снижении активности, тревожности, астенизации, пассивности.

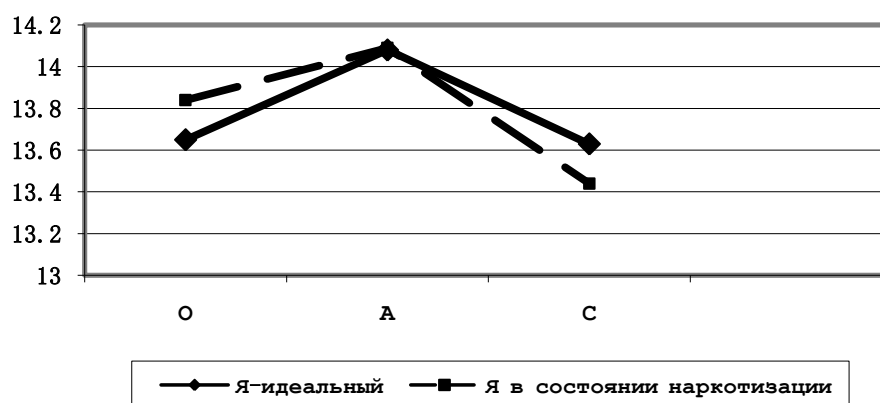


Рисунок 2.4. Графики средних значений в отношении понятий «Я - идеальный» и «Я в состоянии наркотизации» в группе наркозависимых подростков.

Показатели по понятию «Я – в состоянии наркотизации» и «Я – идеальный» достоверно не различались. Обращает на себя внимание и узкий диапазон различий показателей у наркозависимых, что отражает субъективную трудность для них адекватной оценки своего состояния.

Для подростков контрольной группы была характерна незначительная дистанция в определении понятий «Я-реальный» и «Я-идеальный», тогда как при наркомании понятия отличались полярно.

Типы отношения к болезни зависимых подростков исследовались с помощью опросника ЛОБИ [200]. Полученные данные представлены в табл.2.17

Таблица 2.20

**Отношение обследованных подростков
к наркозависимости**

Тип реагирования на болезнь	Количество обследованных, n=100	
	абс. ч.	в %

Апатический	14	14±4
Неврастенический	6	6±2
Сенситивный	6	6±2
Эгоцентрический	16	16±4
Эйфорический	21	21±4
Анозогнозический	37	37±5

Следует отметить, что из предусмотренных методикой 13 типов отношения к болезни у обследованных подростков были выявлены только шесть: тревожный, ипохондрический, меланхолический, обсессивно-фобический, эропатический и паранойяльный типы, так же как и гармоничный, у них не встречались.

Из приведенных в табл. 2.4.2 данных следует, что чаще всего наблюдался анозогнозический тип реагирования на болезнь. Подростки с этим типом активно отбрасывали мысль о болезни, о возможных ее последствиях, отрицали очевидные проявления болезни, приписывая их случайным обстоятельствам или другим несерьезным заболеваниям; они отказывались от обследования и лечения, уверяя, что обойдутся "своими средствами".

На втором месте по частоте был эйфорический тип реагирования на болезнь, который характеризовался необоснованно повышенным настроением, нередко наигранным, пренебрежением, легкомысленным отношением к болезни и лечению. Эти подростки считали, что "само все обойдется", и стремились "получать от жизни все", с легкостью нарушая режим, хотя это могло неблагоприятно сказаться на течении болезни.

Подростки с эгоцентрическим типом отношения к болезни всячески выставляли напоказ близким и окружающим свои страдания и переживания с целью полностью завладеть их вниманием. Они требовали исключительной заботы о себе – все должны были забыть и бросить все и заботиться только о больном. Разговоры окружающих быстро переводились "на себя". Если кто-то другой также требовал внимания и заботы, такие подростки видели в них "конкурентов" и относились к ним неприязненно. Все их поведение было проникнуто желанием показать свое особое положение, свою исключительность как больного.

При апатическом типе отношения к болезни наблюдалось полное безразличие пациентов к своей судьбе, к исходу болезни, к результатам лечения. Они пассивно подчинялись процедурам и всему процессу лечения при настойчивом побуждении со стороны. Характерной была утрата интереса ко всему, что волновало или интересовало их раньше.

У подростков с неврастеническим типом отношения к болезни отмечалось поведение по типу "раздражительной слабости". Вспышки раздражения, как правило, возникали у них при болях, при неприятных ощущениях, при неудачах лечения, неблагоприятных данных обследования. Свое раздражение они нередко изливали на первого попавшегося, а затем эти вспышки нередко завершались раскаянием и слезами. Для этих подростков были характерны непереносимость болевых ощущений, нетерпеливость, неспособность ждать облегчения, и в последующем – раскаяние в своей несдержанности.

Подростки с сенситивным типом реагирования на болезнь проявляли чрезмерную озабоченность возможным неблагоприятным впечатлением, которое могут произвести на окружающих сведения об их болезни. Они опасались, что окружающие станут избегать их, считать неполноценными, пренебрежительно или с опаской относиться к ним, распространять сплетни или неблагоприятные объяснения причин и природы их заболевания. Больше

всего эти подростки боялись, что из-за своей болезни они станут обузой для близких и вызовут у них неблагоприятное отношение к себе.

Полученные нами данные позволяют сделать вывод, что, с одной стороны, у обследованных подростков имеются предрасполагающие к наркотизации характерологические и личностные черты, с другой – наркомания влечет за собой усугубление этих черт, индивидуально-психологические нарушения и расстройство аффективно-личностной сферы.

ACL-шкала А.Б.Хелбрума включает две субшкалы, каждая из которых представляет собой набор прилагательных, характеризующих маскулинность как инструментальность (деловитость, целеустремленность, напористость, агрессивность, склонность к соперничеству, недостаточная межличностная чувствительность) и фемининность как экспрессивность (эмоциональность, межличностная чувствительность и коммуникативная компетентность).

В современной психологической литературе выделяют несколько моделей маскулинности – фемининности [71]. В соответствии с дихотомической моделью индивид не может одновременно иметь черты маскулинности и фемининности. Континуально-альтернативная модель предполагает, что и маскулинные, и фемининные черты могут наблюдаться у одного человека, но подчиняются следующему закону: чем более выражены первые, тем менее – вторые, т.е. маскулинность и фемининность в сумме дают некоторую константу. С 1970-х годов значительное распространение получила полоролевая андрогинная модель, в соответствии с которой образования маскулинности и фемининности независимы друг от друга. Это означает, что существует не два, как в предыдущих моделях, а четыре полоролевых типа: андрогинный (высокие показатели маскулинности и фемининности), маскулинный (высокие показатели маскулинности и низкие фемининности), фемининный (высокие показатели фемининности и низкие маскулинности) и недифференцированный в полоролевом отношении тип (низкие показатели как маскулинности, так и фемининности).

Были приведены многочисленные доказательства этого [71]. Так, в полоролевом опроснике С.Бем [71] корреляция между показателями маскулинности и фемининности находится в пределах нуля (-0,14 до +0,11). С.М. Цитренбаум с соавт. [189] отмечает, что корреляция между полоролевыми шкалами Калифорнийского психологического опросника не достигает значимого уровня. Связь между маскулинностью и фемининностью, измеренная Personal Attributes Questionnaire [71], также не достигает значимого уровня. При этом не только не подтвердилась высокая негативная корреляция маскулинности и фемининности (как должно было бы быть в случае альтернативно-континуальной модели), но, напротив, выявилась слабая, не достигающая значимого уровня позитивная корреляция этих шкал ($r=+0,14$ для женщин и $r=+0,47$ для мужчин). А.Б.Хелбрума [202], обследовавший с помощью полоролевой ACL-шкалы 471 мужчину и 668 женщин, установил, что между маскулинностью и фемининностью существует низкая отрицательная связь. Его данные свидетельствуют также о том, что по мере роста показателей по шкале маскулинности, значения по шкале фемининности падают. Однако у женщин это постепенное, а у мужчин – быстрое снижение фемининности. Высокие негативные корреляции маскулинных и фемининных параметров, характерные для континуально-альтернативной полоролевой модели, наблюдаются лишь на полюсах маскулинности и фемининности.

Таким образом, анализ показал, что на крайних полюсах выраженности показателей маскулинности и фемининности между ними существуют отношения взаимоисключения, а при средней выраженности этих показателей возникают отношения взаимонезависимости. Иначе говоря, континуально-альтернативная модель валидна только для крайней выраженности маскулинности и фемининности, а при средней их выраженности эта модель ортогональна, когда маскулинность и фемининность взаимонезависимы.

ACL-шкала ориентирована на андрогинную полоролевою модель, согласно которой индивид может быть одновременно как высокомаскулинным, так и высокофемининным. При этом, по данным А.С.Кочаряна [71], возможен особый тип соотношения показателей маскулинности и фемининности – позитивная связь между ними. Такой тип взаимосвязи параметров характерен для девочек допубертатного возраста.

Таким образом, у взрослых людей обоего пола зрелой следует считать андрогинную модель организации полоролевой сферы, континуально-адьюнктивную и континуально-альтернативную модели – незрелыми.

Наша задача состояла в том, чтобы оценить, во-первых, выраженность маскулинности и фемининности, во-вторых, полоролевою модель у подростков, страдающих опийной наркоманией. Обследуемые оценивали в 5-балльной шкале лайкертовского типа выраженность в себе качеств, представленных в маскулинной и фемининной субшкалах.

Результаты, полученные при использовании ACL-шкалы А.Б.Хелбрума [202] и представленные в табл.2.21, свидетельствуют о том, что самые высокие показатели на уровне Я-концепции отмечались в группах подростков с шизоидной, эпилептоидной и гипертимной акцентуацией, причем различие по этому показателю между указанными группами было недостоверно ($t=0,91$; $p>0,05$).

Наиболее низкие показатели маскулинности отмечались в самооценке подростков с астеноневротической, сенситивной и конформной акцентуацией, соответственно они были достоверно ниже, чем у подростков с лабильной ($t=6,4$; $p<0,01$ и $t=7,16$; $p<0,01$), истероидной ($t=8,5$; $p<0,01$ и $t=10,1$; $p<0,01$), психастенической, шизоидной ($t=4,55$; $p<0,01$ и $t=5,1$; $p<0,01$) и неустойчивой ($t=1,81$; $p<0,05$ и $t=1,81$; $p<0,05$) акцентуациями.

Полученные показатели маскулинности в группах подростков-наркоманов с разными типами акцентуации можно ранжировать в следующей последовательности: И=Э; И=Ш; Э=Ш>Н=А.

Гипермаскулинность при эпилептоидной акцентуации проявлялась в агрессивности, упрямстве, низкой межличностной чувствительности, наличии садистических элементов в социальном и сексуальном поведении, стремлении властвовать, доминировать. При гипертимной акцентуации гипермаскулинность проявлялась в активности, которая часто была "фасадной". Высокий уровень маскулинности при шизоидной акцентуации выражался в независимости, самодостаточности, холодности контактов. Все эти три группы обследованных отличались более высоким уровнем самоуважения, чем подростки с остальными типами акцентуации. Этого следовало ожидать, поскольку известно, что маскулинность в большей степени определяет самоуважение, чем фемининность.

Высокая фемининность и низкая маскулинность на уровне Я-концепции отмечалась у подростков с истероидным, психастеническим, астеноневротическим и сенситивным типами акцентуации. Различия этих групп по указанному показателю были статистически незначимы ($t=0,66$; $p>0,05$). Самые низкие показатели фемининности отмечались у подростков с эпилептоидной, шизоидной и гипертимной акцентуацией.

Уровни фемининности в анализируемых группах подростков могут быть представлены формулой Ш=Г=Э=Л=П=К=Н=И=А=С>АС.

Расположение указанных групп в полоролевом признаковом пространстве маскулинности и фемининности показано на рис.5.1.

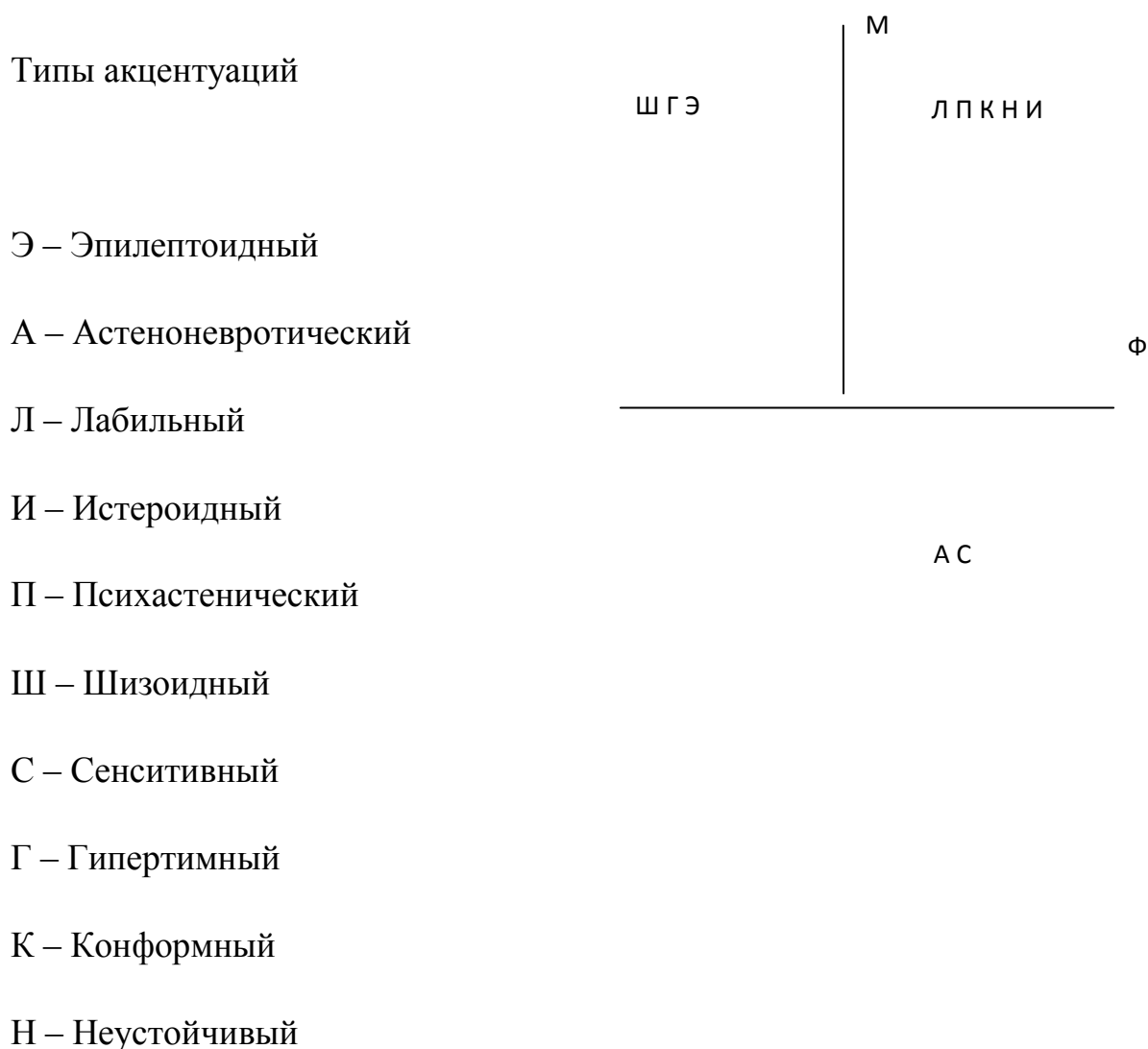


Рис. 2.5 Расположение групп подростков с разными типами акцентуации в пространстве признаков маскулинность (М) – фемининность (Ф).

Как видно из рисунка, при эпилептоидной, лабильной, истероидной, психастенической, шизоидной, конформной, неустойчивой акцентуации у подростков отмечаются высокие уровни и маскулинности, и фемининности в полоролевой Я-концепции. При сенситивном и астеноневротическом типах

акцентуации наблюдается повышение фемининности и снижение маскулинности, при гипертимной имеет место повышение маскулинной Я-концепции.

Результаты обследования подростков-наркоманов с помощью второй полоролевой шкалы – психосексуальной пропорции Дюр-Моль Сонди [210] приведены в табл.2.22.

Из данных таблицы следует, что подростки с гипертимной и эпилептоидной акцентуацией характера обнаруживают гипермаскулинность, у обследованных с шизоидной акцентуацией коэффициент маскулинности близок к нормативному, предложенному Л.Сонди. Гипомаскулинными являются подростки с неустойчивой, астеноневротической, лабильной, истероидной, психастенической и конформной акцентуацией.

Учитывая маскулинность подростков с истероидной акцентуацией, выявленную при исследовании по ACL-шкале, можно говорить о межуровневой полоролевой несогласованности (дискордантности) при этом типе акцентуации. Несовпадение выраженности маскулинности на социогенном и биогенном уровнях позволяет предположить наличие у подростков-наркоманов внутриличностного конфликта и в связи с этим – противоречивости социальных установок и ожиданий в отношении потенциального полового партнера. Кроме того, даже на уровне Я-концепции у всех обследованных имелись достаточно высокие уровни фемининности. Очевидно, фемининная Я-концепция, как и маскулинная, может определять поведение подростков, страдающих опийной наркоманией, и их фиктивные убеждения.

Особенности полоролевого поведения подростков-наркоманов по сравнению с группой здоровых подростков иллюстрируются данными, представленными в табл.2.23

Таблица 2.23

Полоролевое поведение обследованных подростков

Группа подростков	Гипер-маскулинное поведение		Фемининное поведение		Маскулинное поведение	
	абс. ч.	в %	абс. ч.	в %	абс. ч.	в %
Основная, n=100	48	48±5	21	21±4	31	31±5
Контрольная, n=30	—	—	—	—	60	100-2

Как мы видим, полоролевое поведение было нарушено у большинства – 69 (69±5%) обследованных основной группы, причем гиперролевое поведение встречалось более чем вдвое чаще, чем трансформация. В контрольной группе полоролевое поведение было нормативным – маскулинным у всех подростков (различие с основной группой было достоверным – $p<0,1$).

Всестороннее обследование 100 подростков в возрасте от 15 до 18 лет, страдающих опийной наркоманией, позволило нам сделать следующее заключение.

Большинство подростков-наркоманов ($72\pm4\%$) жили в полных семьях со средним или высоким доходом, но среди всех семей $87\pm5\%$ отличались конфликтностью. Это обстоятельство, на наш взгляд, свидетельствует о том, что способствует девиантному поведению подростков не столько состав семьи, сколько неблагоприятная обстановка в ней, отсутствие взаимопонимания между детьми и родителями.

Полученные нами данные показали также, что существенная роль в генезе наркотической зависимости принадлежит отношению родителей к потреблению подростком психоактивных веществ. Адекватное отношение родителей к наркозависимости подростков встречается в единичных случаях. Чаще всего у матерей отмечается стыдливо-катастрофическое и демонстративно-героическое, у отцов – игнорирующее отношение к заболеванию ребенка. Родители в большинстве случаев стараются утаить от окружающих болезнь подростка, обелить его, перенести вину на других. При этом, как правило, имеет место и неправильное воспитание в семье. Особенно способствуют аддиктивному поведению такие, наиболее часто встречающиеся, типы воспитания, как эмоциональное отвержение и гипопротекция. Никто из подростков-наркоманов не получил гармоничного воспитания, что было связано в основном с нарушением межличностных отношений родителей. Неправильное воспитание не только способствовало употреблению наркотических веществ, но и препятствовало успешной социальной адаптации подростков.

Соматосексуальное развитие больше чем у половины ($58\pm5\%$) подростков-наркоманов протекает нормально, у остальных – замедленно, а психосексуальное в большинстве случаев нарушено, причем чаще всего имеет место его ретардация, запоздалое развитие сексуальности. При этом у

значительной части пациентов – более чем у 1/3 – отмечаются асинхронии полового развития, большей частью сочетанные, обусловленные воздействием психогенных, социогенных и соматогенных факторов.

У всех подростков-наркоманов имеются явные акцентуации характера, которые следует считать фактором риска развития девиантного поведения. Чаще всего (у $74\pm 4\%$) отмечаются гипертимный, неустойчивый и эпилептоидный типы акцентуации, реже ($18\pm 4\%$) встречаются истероидный, конформный, шизоидный и в единичных случаях – лабильный, психастенический, астеноневротический, сенситивный типы акцентуации характера.

Также отмечаются нарушения в когнитивной сфере (снижение концентрации и распределения внимания, сужение его объема) и в эмоционально-волевой сфере (тревожность, агрессивность, негативизм, депрессивные тенденции).

Ведущими мотивами употребления наркотиков подростками являются гедонистические, мотивы переключения аффекта и мотивы гипермотивационного напряжения. При II стадии наркомании наркотизация часто происходит вследствие стремления восстановить витальную активность, имеющейся зависимости и компульсивного влечения.

Характерным для подростков-наркоманов является анозогнозический тип отношения к своей болезни, особенно для тех, у кого наблюдается I стадия наркомании. Они не считают себя больными, зависимыми, уверены в том, что смогут сами и без особых усилий прекратить инъекции наркотика. Но и среди больных со II стадией опийной наркомании только около 1/3 признают наличие у себя патологического влечения к наркотику, которое они не могут преодолеть.

Полученные нами данные позволяют сделать вывод, что, с одной стороны, у обследованных подростков имеются предрасполагающие к

наркотизации характерологические и личностные черты, с другой – наркомания влечет за собой усугубление этих черт, индивидуально-психологические нарушения и расстройство аффективно-личностной сферы.

Половое самосознание подростков правильное, нарушений психосексуальной ориентации мы в обследованной группе также не наблюдали. В то же время полоролевое поведение подростков, страдающих опийной наркоманией, у значительного большинства из них (69 ± 55) нарушено, причем гипермаскулинное поведение отмечается более чем вдвое чаще, чем трансформация – фемининное поведение.

Искажения полоролевого поведения обследованных нами больных на уровне Я-концепции и на биогенном уровне во многом зависели от присущих им акцентуаций характера. Так, на биогенном уровне лица с гипертимной и эпилептоидной акцентуацией были гипермаскулинными, а с астеноневротической, лабильной, психастенической и конформной, напротив, были гипомаскулинными. На социогенном уровне у подростков с гипертимной акцентуацией имело место повышение маскулинности, а с астеноневротической и сенситивной – снижение маскулинности и повышение фемининности. У подростков с истероидным типом акцентуации выявлялась межуровневая полоролевая несогласованность (дискордантность) – высокая маскулинность на социогенном и низкая – на биогенном уровне. Это позволяет предположить у этих подростков наличие внутриличностного конфликта и в связи с этим противоречивость социальных установок и ожиданий в отношении потенциального полового партнера. В целом фемининная и маскулинная Я-концепция во многом определяет поведение страдающих наркоманией подростков и их фиктивные убеждения.

Интегративный характер и сложный генез формирования у подростков опийной зависимости диктуют необходимость системного подхода к ее психокоррекции и психопрофилактике. При этом, по нашему убеждению, следует исходить из общих принципов коррекции, принятых в

современной медицинской психологии — системности, дифференцированности, последовательности, этапности, и учитывать те рассмотренные нами выше патогенные факторы, которые играли причинную, патопластическую или способствующую развитию наркомании роль в каждом конкретном случае.

На основании результатов проведенного исследования нами была разработана система психокоррекции, апробированная у 100 находившихся под наблюдением подростков с опийной наркоманией, и система психопрофилактики, осуществленная среди 80 здоровых подростков. При этом мы руководствовались изложенными выше принципами и использовали адекватные для имеющейся патологии или ее предупреждения методы из современного арсенала психологической коррекции.

Выводы по второй главе

1. Проведение исследований относительно микросоциальных характеристик семьи и особенностей воспитания подростков в родительских семьях, а также оценка отношения родителей к наркозависимости детей позволяют заключить, что семьи наркозависимых подростков, по сравнению с семьями, в которых дети не употребляют наркотических средств, имеют высокий уровень конфликтности (независимо от состава семьи), воспитание в этих семьях проходит по типу гипопротекции и эмоционального отвержения, а отношение родителей к употреблению подростками наркотиков является в целом неадекватным.
2. Изучение особенностей соматосексуального и психосексуального развития в качестве индивидуально-биологических факторов возникновения наркозависимости, позволило прийти к выводу, что при наличии

нормативного уровня соматосексуального развития, подросткам-наркоманам были присущи ретардация и преждевременное психосексуальное развитие.

3. Сопоставительный анализ акцентуаций характера у здоровых и наркозависимых подростков позволяет сделать вывод, что на индивидуально-психологическом уровне подростков-наркоманов отличают такие основные типы акцентуации, как гипертимный, эпилептоидный и неустойчивый. Также у подростков, страдающих опийной формой наркозависимости, отмечаются нарушения в области когнитивной сферы в виде сужения объема внимания, снижения его концентрации и распределения. В то же время подростков-наркоманов характеризуют нарушения в эмоционально-волевой сфере: тревожность, агрессивность, депрессивные тенденции. Данные характеристики относятся к индивидуально-психологическим факторам в возникновении опийной наркозависимости у подростков.

4. На основании результатов исследований можно прийти к заключению, что ведущими мотивами употребления опиатов у обследованных подростков явились гедонистические, мотивы переключения аффекта и мотивы гипермотивационного напряжения, а при II стадии наркомании – выявлялось патологическое влечение к употреблению наркотика (мотив восстановления витальной активности, мотив зависимости и мотив компульсивного влечения). Также полученные нами данные свидетельствуют о заниженной самооценке, наличии внутриличностного конфликта, преобладании эйфорического и анозогнозического отношения к употреблению наркотиков, значительные отклонения в полоролевом поведении (гипермаскулинность). Данные факторы можно рассматривать в качестве личностно-психологических детерминант возникновения опийной наркозависимости в подростковом возрасте.

5. Предпринятое нами сопоставление типа акцентуации характера с особенностями проявления полоролевого поведения у подростков с опийной наркоманией позволяет заключить следующее: а) на биогенном уровне лица с гипертимной и эпилептоидной акцентуацией являются

гипермаскулинными, а с астеноневротической, конформной – гипомаскулинными; б) на социогенном уровне у подростков с гипертимной акцентуацией повышена маскулинность, а с астеноневротической и сенситивной – снижена маскулинность и повышена фемининность; при истероидной акцентуации имеет место межуровневая дискордантность, что свидетельствует о наличии межличностного конфликта и связанной с этим противоречивости социальных установок. Данное сопоставление свидетельствует об интегративном характере изменений, происходящих с личностью подростка в результате злоупотребления наркотическими средствами, а также о взаимной обусловленности факторов разных групп и их взаимном проникновении.

Анализ результатов, представленных в разделе, представлен в следующих публикациях автора:

3. Кривоногова О.В. Патопсихологические характеристики подростков – больных опийной наркоманией/ О.В.Кривоногова, В.С.Битенский, К.В.Аймедов // Вісник Харківського університету. Серія психологія. – 2002. – №550. – С.17-22.

4. Кривоногова О.В. Изменения полоролевого поведения подростков, страдающих опийной формой наркомании/ О.В. Кривоногова, Т.В. Дегтяренко// Наука і освіта.– 2009. – №8. – С.205-208.

5. Кривоногова О.В. Особенности полоролевого поведения подростков, страдающих опийной формой наркомании/ О.В.Кривоногова // Вісник Харківського університету. Серія психологія. – 2003. – №599. – С.179-182.

ГЛАВА 3. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ ПСИХОКОРРЕКЦИИ И ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ ОПИЙНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ПОДРОСТКОВ

3.1. Основные психологические факторы, способствующие подростковой наркомании

В пубертатный период, характеризующийся бурными нейроэндокринными сдвигами, становлением самосознания, переходом от опекаемого взрослыми детства к самостоятельности, появлением новых форм социального функционирования, изменением взаимоотношений между взрослеющим подростком и обществом, по существу формируется новая личность. Наибольшую актуальность в этот период приобретает проблема психической адаптации подростка к изменившимся и весьма усложнившимся для него условиям. Если при этом имеет место чрезмерное или длительное адаптационное напряжение, оказывающее влияние на физиологические и индивидуально-психологические характеристики личности, возникают микросоциальные и социальные конфликты. Такие состояния и являются состояниями риска развития "болезней" подросткового возраста, в том числе аддиктивного поведения.

Существенную роль в этом отношении играют микросоциальные факторы, в частности состав семьи, в которой растет подросток. Неполная семья, безотцовщина, по мнению многих авторов и в нашей стране, и за рубежом, является обстоятельством, способствующим делинквентности и аддиктивному поведению. Однако, по данным нашего исследования, большинство ($72\pm 4\%$) подростков, страдающих опийной наркоманией, жили в полных семьях со средним или высоким доходом, но отличающихся высоким уровнем конфликтности. Это обстоятельство, на наш взгляд, свидетельствует о том, что способствует девиантному поведению подростков не столько состав семьи, сколько неблагоприятная обстановка в ней, отсутствие взаимопонимания между детьми и родителями.

Полученные нами данные показали также, что существенная роль в генезе наркотической зависимости принадлежит отношению родителей к потреблению подростком психоактивных веществ. От согласованности реагирования матери и отца во многом зависит психологический комфорт ребенка, его адаптация в семье, а возможно, и в коллективе сверстников.

Адекватное отношение родителей к наркозависимости подростков встречается в единичных случаях. Чаще всего у матерей отмечается стыдливо-катастрофическое и демонстративно-героическое, у отцов – игнорирующее отношение к заболеванию ребенка. Родители в большинстве случаев стараются утаить от окружающих болезнь подростка, обелить его, перенести вину на других. При этом, как правило, имеет место и неправильное воспитание в семье. Особенно способствуют аддиктивному поведению такие, наиболее часто встречающиеся, типы воспитания, как эмоциональное отвержение и гипопротекция. Эмоциональное отвержение нарушает социализацию в семье, что приводит к искажению образа собственного Я, заниженной самооценке, нарушению мотивационной сферы, а при гипопротекции дети предоставлены самим себе и часто попадают в асоциальные группы. Никто из подростков-наркоманов не получил гармоничного воспитания, что было связано в основном с нарушением межличностных отношений родителей.

Неправильное воспитание не только способствует аддиктивному поведению и, в частности, употреблению наркотических веществ, но и снижает эффективность психологической коррекции подростковой наркомании и препятствует дальнейшей успешной социальной адаптации подростка.

На индивидуально-биологическом уровне у обследованных подростков отмечаются следующие особенности. Соматосексуальное развитие больше чем у половины ($58\pm 5\%$) подростков-наркоманов протекает нормально, у остальных – замедленно, а психосексуальное в большинстве

случаев нарушено, причем чаще всего имеет место его ретардация, запоздалое развитие сексуальности. При этом у значительной части пациентов – более чем у 1/3 – отмечаются асинхронии полового развития, большей частью сочетанные, обусловленные воздействием психогенных, социогенных и соматогенных факторов.

У всех подростков-наркоманов имеются явные акцентуации характера, которые следует считать фактором риска развития девиантного поведения, чаще всего (у $74\pm 4\%$) гипертимный, неустойчивый и эпилептоидный типы акцентуации.

У подростков, употребляющих опиаты, отмечаются нарушения интеллектуально-мнестической сферы – снижение способности к концентрации внимания, сужение его объема. Наблюдается повышенная истощаемость, высокая степень психофизиологического напряжения, свидетельствующая об истощении психофизиологических ресурсов. Даже после купирования аффективных и других психических расстройств абстинентного периода, несмотря на кажущееся благополучие, у подростков сохраняются глубинные эмоциональные и личностные нарушения.

В эмоционально-волевой сфере подростков, страдающих опийной наркозависимостью, отмечаются характерные особенности, а именно высокий уровень тревожности, агрессивности, депрессивные тенденции.

Существуют характерные особенности и в личностно-психологической сфере подростков-наркоманов. Ведущими мотивами употребления наркотиков подростками являются гедонистические, атарактические и мотивы гиперактивации, но чаще всего – почти у половины подростков – субмиссивные мотивы, отражающие давление со стороны. При II стадии наркомании наркотизация часто происходит вследствие стремления купировать явления абстиненции, имеющейся зависимости и компульсивного влечения.

Характерным для этих подростков является анозогнозический тип отношения к своей болезни, особенно для тех, у кого наблюдается I стадия наркомании. Они не считают себя больными, зависимыми, уверены в том, что смогут сами и без особых усилий прекратить инъекции наркотика. Но и среди больных со II стадией опийной наркомании только около 1/3 признают наличие у себя патологического влечения к наркотику, которое они не могут преодолеть. Остальные считают более значимыми мотивы, связанные с желанием изменить собственное состояние и социально-психологические мотивы.

Половое самосознание подростков правильное, нарушений психосексуальной ориентации мы в обследованной группе также не наблюдали. В то же время полоролевое поведение подростков, страдающих опийной наркоманией, у значительного большинства из них (69 ± 55) нарушено, причем гипермаскулинное поведение отмечается более чем вдвое чаще, чем трансформация – фемининное поведение.

Искажения полоролевого поведения обследованных нами больных на уровне Я-концепции и на биогенном уровне во многом зависели от присущих им акцентуаций характера. Так, на биогенном уровне лица с гипертимной и эпилептоидной акцентуацией были гипермаскулинными, а с астеноневротической, лабильной, психастенической и конформной, напротив, были гипомаскулинными. На социогенном уровне у подростков с гипертимной акцентуацией имело место повышение маскулинности, а с астеноневротической и сенситивной – снижение маскулинности и повышение фемининности. У пациентов с истероидным типом акцентуации выявлялась межуровневая полоролевая несогласованность (дискордантность) – высокая маскулинность на социогенном и низкая – на биогенном уровне. Это позволяет предположить у этих подростков наличие внутриличностного конфликта и в связи с этим противоречивость социальных установок и ожиданий в отношении потенциального полового партнера. В целом

фемининная и маскулинная Я-концепция во многом определяет поведение страдающих наркоманией подростков и их фиктивные убеждения.

3.2. Психокоррекция и психопрофилактика опийной зависимости подростков

Интегративный характер и сложный генез формирования у подростков опийной зависимости диктуют необходимость системного подхода к ее психокоррекции и психопрофилактике. При этом, по нашему убеждению, следует исходить из общих принципов коррекции, принятых в современной психологии – системности, дифференцированности, последовательности, этапности, и учитывать те рассмотренные нами выше патогенные факторы, которые играли причинную, патопластическую или способствующую развитию наркомании роль в каждом конкретном случае.

Нами была разработана и апробирована у находившихся под нашим наблюдением 100 подростков с опийной наркоманией и 80 здоровых подростков система психокоррекции, основанная на указанных принципах, и система психопрофилактики. При ее применении мы использовали описанные ниже методы из современного арсенала психологической коррекции.

Задачами первого этапа психокоррекции наркотической зависимости мы считаем преодоление анозогностического отношения к болезни, выработку у наркозависимого установки на лечение, осознания бесперспективности избранного им стиля жизни и определение валидных путей выхода из деструктивной ситуации.

Для реализации указанных задач наиболее целесообразной и эффективной оказалась индивидуальная форма психотерапии, которая была

желательна для всех подростков-наркоманов. Выбирая ее, мы исходили из того, что подростки отличаются своеобразной анозогнозией. Они часто готовы признать нарушение своего поведения и употребление токсических веществ, но считают, что «так все делают» и «могут сами все исправить», а согласие на лечение в стационаре расценивают как уступку милиции и родителям.

Психокоррекционные мероприятия мы разрабатывали с учетом личностных особенностей своих клиентов, их мотивации своего аддиктивного поведения и мотивов приема наркотических веществ. Иными словами, разрабатывая систему психокоррекции опийной наркомании, мы основывались на психологических механизмах аддиктивного поведения.

Для формирования установки на лечение мы считали целесообразным подход, при котором с врачами договаривались о том, что они не будут говорить с подростками о нарушениях поведения, возможных тяжелых последствиях употребления одурманивающих веществ, не будут касаться проблем диагноза, а попытаются смягчить ситуацию, дать подростку почувствовать доброжелательную заинтересованность в его судьбе.

Второй этап психокоррекции заключался в формировании устойчивой мотивации отказа от приема наркотиков, осознанной критики своего прошлого, реконструкции утраченного чувства собственного достоинства и осознания необходимости овладения новыми ролевыми позициями в обществе. С этой целью мы применяли групповую психотерапию в закрытых психотерапевтических группах.

Требования в отношении строгого соблюдения регламента занятий необходимо строить с учетом негативного отношения подростков к любым ограничениям. Следует учитывать также, что подростки-наркоманы практически не испытывают желания и потребности в работе в группе. Они не в состоянии переносить никаких замечаний, давления, ущемления их

желаний. Механизм индукции у них, как правило, отрицательный. Учитывая эти обстоятельства, мы избрали для реализации задач данного этапа психокоррекции в качестве основного метода мотивационную психотерапию.

Мотивация – механизм, определяющий возникновение, направление и способы осуществления конкретных форм деятельности, совокупная система процессов, отвечающих за побуждения и деятельность, механизм реализации уже имеющихся мотивов.

Мотивация может быть экстринсивной, обусловленной внешними условиями и обстоятельствами, как это наблюдается в норме, и интринсивной – связанной с личностными факторами: потребностями, установками, интересами, влечениями, такая мотивация имела место у подростков с наркозависимостью.

В социально обусловленном поведении человека в норме ведущую роль играет волевая регуляция, поведение обуславливается чувством долга, пониманием необходимости или целесообразности. У лиц с аддиктивным поведением мотивация «укороченная» за счет блокирования «внутреннего фильтра», характерная для импульсивных действий и поступков. Мотивационная психотерапия имеет целью нормализовать мотивацию, выработать у человека возможность волевой регуляции своего поведения, в данном случае аддиктивного. В ее задачи входит также воздействие на индивида с целью сформировать адекватный уровень притязаний, снизить ригидность личности, выработать конкретные правильные формы поведения, умение принимать на себя ответственность за свои действия.

Мотивационная психотерапия проводилась нами поэтапно по определенной программе с использованием разнообразных психотерапевтических методов – мотивационного интервьюирования, рациональной психотерапии, личностно ориентированной психотерапии, эмоционально-волевого тренинга, самовнушения.

Первый этап мотивационной психотерапии – диагностический – мы проводили с помощью мотивационного интервьюирования, исходя из следующих его основополагающих понятий. Отказ и сопротивление интервьюируемого представляет собой социально обусловленное поведение, но не характерную черту страдающего наркоманией. Поэтому, несмотря на отрицательную коммуникацию подростка (гнев, молчание), следует продолжать выражать ему уважение, эмпатию и оценивать уровень его побуждений в зависимости не только от того, что он сообщает проводящему коррекцию психологу, но и от изменений его поведения в процессе терапии. Нужно помнить, что согласие со взглядами психолога не раскрывает мотивации наркозависимого и, что еще более важно, несогласие с этими взглядами не указывает на дефекты мотивации.

Отношения с наркозависимым должны строиться на основе дружбы и сотрудничества. Особенно продуктивно использование позитивного подкрепления, способствующего появлению таких изменений в поведении пациента, как открытое обсуждение своих затруднений. Необходимо убеждать, но не принуждать, периодически побуждать, но никогда не вступать в спор. У подростков-наркоманов, как правило, наблюдается амбивалентное отношение к своему девиантному поведению, и уже на этапе интервьюирования следует нивелировать эту амбивалентность, чтобы пациент осознал разницу между тем, какой он есть, и каким хотел бы быть. Это будет способствовать появлению мотивации к изменениям.

Интервьюирование должно апеллировать к чувству самодостаточности пациента, давать ему надежду, что он может добиться адекватного изменения своего аддиктивного поведения. Обсуждая с подростком-наркоманом способы будущего лечения, можно предоставить ему возможность самому выбрать наиболее эффективные элементы психотерапии по своему усмотрению. Самостоятельный поиск средств изменения поведения увеличивает вероятность долгосрочного успеха. В то

же время следует убедить пациента, что он сам в ответе за то, будет ли успешной терапия и, следовательно, будет ли достигнута нормализация его социального функционирования.

Второй этап мотивационной психотерапии посвящен трансформации эгоистического отношения пациентов к своему девиантному поведению в эгодистоническое. На этом этапе необходимо выработать у подростка недовольство своим поведением и желание избавиться от него, сформировать позитивную установку на лечение. Это достигается с помощью рациональной психотерапии, убеждения больного в том, что ему можно помочь справиться с патологическим влечением к наркотику.

Третий этап мотивационной психотерапии – информационный. На этом этапе мы использовали рациональную, разъяснительную психотерапию в форме бесед. Рациональное психотерапевтическое воздействие осуществляли с помощью мотивированного убеждения в состоянии бодрствования, направленного на коррекцию представлений, понятий, суждений и умозаключений, измененных вследствие употребления наркотических средств.

Рациональную психотерапию проводили по П.Дюбуа – убеждение с доказательством ошибок в суждениях наркозависимых, эмоциональную психотерапию – по Дежерину [130], где главным способом воздействия является не убеждение, а эмоционально значимое доказательство ошибок. Использовали также разъяснительную психотерапию для пополнения дефицита информации; обучающую (дидактическую) психотерапию, направленную на обучение правильным формам поведения и действий.

Четвертый этап мотивационной психотерапии – формирование личностного стандарта, обуславливающего реалистичность требований к себе, к собственным возможностям для достижения каузальной атрибуции, повышения личной ответственности за результаты своей деятельности и своих поступков, повышения самооценки и выработки адекватного уровня

притязаний. На данном этапе проводили рациональную и личностно ориентированную психотерапию.

Этот метод психотерапии направлен на адекватное разрешение трудноразрешимого противоречия между потребностью быть таким и не таким, как все, при понимании того, что только те отличия личности будут приняты обществом, которые способствуют их совместной деятельности.

Личностно ориентированная психотерапия представляет собой систему мероприятий и состоит, в свою очередь, помимо диагностического, еще из пяти этапов.

На 1-м, структурном этапе выясняются причины и условия нарушения процесса персонализации, возникновения конфликтных ситуаций и их связь с имеющейся у наркотической зависимостью. 2-й этап представляет собой психологическую подготовку, направленную на повышение уровня знаний подростков в области общения, формирования личности и культуры межличностных отношений. На 3-м этапе осуществляется психогигиеническая подготовка, задачей которой является повышение уровня осведомленности наркозависимого о характере своего психического состояния.

Во время 4-го, реконструктивного этапа формируются новые морально-этические установки, тип реагирования, перспективы адекватного разрешения противоречий между подростком и обществом путем перестройки активности, направленности личности, самосознания, уровня притязаний в соответствии с реальными обстоятельствами жизни. Цель этого этапа – максимальное содействие персонализации наркозависимого. На 5-м этапе проводится поддерживающая психотерапия, которая имеет целью закрепление достигнутого уровня персонализации личности.

Мы проводили личностно ориентированную психотерапию в форме индивидуальных бесед с помощью разъяснения, убеждения, внушения. Курс ее состоял из 10-12 занятий продолжительностью от 30 мин до 1 часа.

Шестой этап мотивационной психотерапии – формирование у подростков новой, адекватной мотивации. На этом этапе также использовали рациональную психотерапию, но основным методом воздействия был эмоционально-волевой тренинг, который в свою очередь проводился в несколько этапов.

На 1-м, диагностическом этапе мы изучали личностные черты подростков-наркоманов для того, чтобы адаптировать используемые методы психической регуляции к их индивидуальным особенностям. На 2-м этапе проводили эмоционально-волевую подготовку. Она начиналась с обучения успокаивающим упражнениям, и после того как они были усвоены, зависимые переходили к мобилизующим упражнениям. После их усвоения подростки продолжали занятия самостоятельно (аутотренинг). Мобилизирующая часть эмоционально-волевой подготовки и составляла 3-й этап эмоционально-волевого тренинга.

Мобилизирующее самовнушение – это формирование установки на активное самосовершенствование. Формулы самовнушения следует подсказать подростку. Основные принципы самовнушения известны и заключаются в следующем.

1. Самовнушение должно иметь не отрицательное, а положительное содержание, поскольку оно более действенно.
2. Самовнушение следует проводить несколько раз в день, причем в одно и то же время – утреннее (при пробуждении, не вставая, в течение 5 – 10 мин) и вечернее (перед засыпанием лежа, также в течение 5 – 10 мин).
3. Самовнушение необходимо проводить постоянно, настойчиво, нужно верить в его эффективность, потенцировать в себе эту веру [9].

На 4-м этапе эмоционально-волевого тренинга самовнушение имеет целью выработку "внутреннего фильтра", препятствующего совершению импульсивных поступков и действий. При этом наркозависимый должен соблюдать определенную последовательность аутотренинга: предварительно представлять себе упражнение с его мысленным проговариванием, с применением слов-самоприказов; выполнять упражнения с использованием самоприказов; наконец, проводить отчет-самооценку тренировки.

Мы обучали подростков, страдающих опийной наркозависимостью, перед каждой тренировкой проводить индивидуальную настройку, чтобы обеспечить необходимое эмоциональное состояние. Благодаря этому система самовнушений становится привычной и помогает подростку руководить собой в любой ситуации. Полезно также, чтобы эмоционально-волевая подготовка включала и настройку на предполагаемую конкретную ситуацию.

В качестве примера упражнения, которое может применяться для обучения подростков навыкам самовнушения, может употребляться следующее.

Упражнение «Приятные воспоминания» (К.Фопель) [158].

Участники садятся и закрывают глаза.

Дается следующая инструкция:

Сядьте поудобнее и закройте глаза. Я хочу пригласить вас в путешествие в мир фантазии, которое подарит вам приятные чувства. Сделайте три глубоких вдоха и выдоха...

С каждым выдохом ты можешь чувствовать, что становишься все легче и легче... Постарайся почувствовать себя так, как будто ты паришь в воздухе... Делая сейчас новый глубокий вдох, постарайся почувствовать, как ты наполняешься ощущением легкости и света. Задержи на мгновение дыхание на вдохе... А теперь выдохни сильно одним движением весь воздух

вместе со всей когда-то накопившейся усталостью, напряжением, неприятными ощущениями. (15 секунд)

Ощути, как это здорово, когда ты чувствуешь себя в полной безопасности, когда тебе просто хорошо от того, что ты удобно сидишь и спокойно глубоко дышишь.

А сейчас представь себе солнце, посылающее свой теплый свет с безоблачного ясного неба на землю. Представь себе, что с каждым твоим вдохом ты вдыхаешь солнечное тепло, с каждым вдохом ты чувствуешь, как солнце наполняет всего тебя теплым светом, и ты становишься все легче и легче, все светлее и светлее.

Теперь ты легко можешь вспомнить то время, когда ты чувствовал себя счастливым. Постарайся вспомнить такой момент, когда ты был абсолютно счастлив... Вспомни такой день, когда ты пережил нечто, что хотел бы повторять вновь и вновь. Ты был счастлив и доволен. Представь себе все это событие во всех его деталях, так, будто оно происходит непосредственно сейчас.

Постарайся отметить, что ты переживаешь в этом счастливом воспоминании. Ты сейчас один или вместе с кем-то? Что ты при этом ощущаешь? Что ты видишь, что слышишь? Что ты делаешь в это время? А другие? (30 секунд.)

А теперь ты можешь вернуться снова к нам бодрым и отдохнувшим. Сохрани это воспоминание в своей памяти, чтобы освежать его в памяти всякий раз, когда ты этого пожелаешь.

Потянись, немного напряги и расслабь все свое тело и открой глаза. Возьми листок бумаги и нарисуй свое счастливое воспоминание или опиши его несколькими предложениями. Если ты будешь описывать его словами, то пиши так, как будто это происходит прямо сейчас, то есть пиши в настоящем времени. (10-15 минут.)

После этого участники показывают свои рисунки или зачитывают свои тексты.

Вопросы для обсуждения:

- Где ты находился в самый счастливый миг своей жизни?
- Что ты делал?
- Кто-нибудь был рядом с тобой?
- Что происходило с твоим телом. Когда ты вспоминал об этом мгновении?
- В своей обычной жизни ты чаще вспоминаешь о приятных или скорее о неприятных вещах?

5-й этап эмоционально-волевого тренинга имеет целью развитие волевых качеств. На этом этапе мы совместно с наркозависимым составляли психологическую модель – план воспитания черт характера, необходимых ему для нормальной жизни и деятельности, а 6-й этап был посвящен выработке и совершенствованию этих черт методом самовнушения.

Важнейшим условием эффективности эмоционально-волевого тренинга является его систематическое проведение. Умение руководить своим психическим состоянием необходимо постоянно совершенствовать. С каждым этапом аутотренинга самовоздействия усложняются. Одно из них – самовоспитание, направленное, с одной стороны, на потенцирование волевых, положительных качеств, с другой – на устранение отрицательных черт характера. Эта работа может проводиться по разработанной на 5-м этапе тренинга оптимальной психологической модели на основе вхождения в нее.

В целом мотивационная психотерапия представляет собой динамическую, гибкую систему, позволяющую использовать адекватные в

каждом конкретном случае психотерапевтические методы при сохранении системности корректирующих воздействий.

Параллельно с мотивационным тренингом мы использовали вспомогательные групповые формы психокоррекции, включающие проективный рисунок, психодраму (разыгрывание ролевых ситуаций), музыкотерапию (музыкальная релаксация, хореотерапия, вокалотерапия), сказкотерапию, библиотерапию.

Вспомогательные формы психокоррекции решают те же психокоррекционные задачи, что и тренинг.

Проективный рисунок, изображение собственных ощущений и переживаний с помощью краски и карандаша помогает подросткам избежать порою трудной для них вербализации личных проблем и их описания. Для воспроизведения своих ощущений и восприятий на листе бумаги участники группы могут пользоваться как конкретными, так и отвлеченными образами. После завершения процесса рисования изображенные чувства и отношение к ним затем обсуждаются в группе. Сначала психолог предлагает всей группе, исключая автора, понять смысл выраженных в рисунке чувств и рассказать об этом. Затем свои мысли о нарисованном высказывает автор рисунка.

Такая форма работы позволяет переключать участников группы с невербального уровня осмысления своих проблем на вербальный и помогает выявлять некоторую скрытую от них самих глубину собственных чувств. Применение арттерапии материализует переживания подростков, способствует их пониманию, переосмыслению и освобождению от них.

В качестве иллюстрации к описанию метода арт-терапии приведем пример упражнения с применением проективного рисунка.

Упражнение «Что я люблю делать?» (К.Фопель) [159].

Участники рисуют картину, на которой они делают то, что им больше всего нравится.

Вопросы для обсуждения:

- Где ты находишься?
- Кто рядом с тобой?
- Что ты чувствуешь?
- Кто еще в группе любит это делать?

Разыгрывание ролевых ситуаций, как показала практика, представляет для членов группы достаточно сложную задачу из-за их неумения вербализовывать и открыто обсуждать свои и чужие чувства, играть определенные роли, вновь переживать стрессовые ощущения. Поэтому такое разыгрывание проводится на последующих этапах тренинга. Разыгранные ролевые ситуации затем также обсуждаются и анализируются всеми участниками группы.

Например, с целью коррекции агрессивного поведения, в групповом занятии могут применяться следующие упражнения.

Упражнение «Датский бокс» (К.Фопель) [158].

Инструкция: Кто может рассказать мне о каком-нибудь своем хорошем споре? Как все происходило? Почему этот спор ты считаешь хорошим? О чем вы спорили?

Я хочу показать вам, как с помощью большого пальца руки вы можете провести хороший спор. Хорошим спор бывает до тех пор, пока мы следуем правилам ведения спора и радуемся тому, что и наш партнер выполняет правила. При этом мы не хотим никого обидеть.

Разбейтесь на пары и встаньте друг напротив друга на расстоянии вытянутой руки. Затем сожмите руку в кулак и прижмите его к кулаку своего

партнера так, чтобы ваш мизинец был прижат к его мизинцу, ваш безымянный — к его безымянному, ваш средний палец — к его среднему пальцу, ваш указательный — к его указательному. Стойте так, словно вы привязаны друг к другу. Тем более что это так и есть: во всяком споре спорящие всегда тем или иным образом зависят друг от друга. Итак, восемь пальцев прижаты друг к другу, а большие пальцы вступают в бой. Сначала они направлены вертикально вверх. Затем один из вас считает до трех, и на счет "три" начинается бокс. Побеждает тот, чей большой палец окажется сверху, прижав большой палец партнера к руке хотя бы на секунду. После этого вы можете начать следующий раунд. Все поняли суть игры?

Прощаясь со своим партнером, поклонитесь ему в благодарность за честное ведение борьбы.

Упражнение «Король» (К.Фопель) [159].

Инструкция: Кто из вас когда-нибудь мечтал стать королем? Какие преимущества получает тот, кто становится королем? А какие неприятности это приносит? Вы знаете, чем добрый король отличается от злого?

Я хочу предложить вам игру, в которой вы можете побыть королем. Не навсегда, конечно, а всего лишь минут на десять. Все остальные дети становятся слугами и должны делать все, что приказывает король. Естественно, король не имеет права отдавать такие приказы, которые могут обидеть или оскорбить других детей, но он может позволить себе многое. Он может приказать, например, чтобы его носили на руках, чтобы ему кланялись, чтобы подавали ему питье, чтобы слуги были у него "на посылках" и так далее. Кто хочет стать первым королем?

Пусть со временем каждый ребенок получит возможность побыть королем. Сразу же скажите детям, что наступит очередь каждого. Когда время правления короля закончится, соберите всю группу в круг и обсудите полученный в игре опыт.

Анализ упражнения:

— Как ты чувствовал себя, когда был королем?

— Что тебе больше всего понравилось в этой роли?

— Легко ли было тебе отдавать приказы окружающим?

Метод сказкотерапии в психокоррекционной работе проводился в двух направлениях. В начале и середине психокоррекционной работы использовались психотерапевтические сказки и притчи, рекомендованные для работы с наркозависимыми. Применение данного метода способствует преодолению анозогностического отношения к собственному состоянию.

При проведении музыкотерапии и библиотерапии под отрывки из классических музыкальных произведений психолог читает литературный текст с целью создания в сознании подростков представлений, связанных с созерцанием природы или направленных на восстановление приятных воспоминаний прошлого. Обязательное наполнение текста оптимистичным содержанием позволяет сформировать у членов группы позитивную установку и образы, вызывающие положительные, оптимистичные ощущения и настроения.

Коррекционное воздействие библиотерапии заключается, как известно, в восполнении недостатка собственных образов и представлений у испытуемых, замене травмирующих психику мыслей и чувств и одновременно направлении их по новому руслу, к новым целям. Кроме текста музыкальной разминки или 10 поэтических произведений, подросткам также предлагаются для чтения на занятии или дома специально подобранные афористически направленные отрывки из классических произведений философского содержания. Такая форма библиотерапии помогает подросткам упорядочить свои ощущения, переосмыслить собственное бытие, находить радость в мелочах повседневной жизни.

И музыкальные, и литературные тексты должны иметь одинаковый характер содержания и структуру – наличие тревоги, сильный протест, счастливое разрешение и умиротворение. Для прослушивания лучше

подбирать классические произведения отечественных и зарубежных композиторов.

На этапе музыкальной релаксации члены группы сидят или лежат в свободной позе с закрытыми глазами. После окончания звучания музыки мы проводим опрос членов группы для выяснения тех образов, которые возникли в их сознании при проведении этого этапа занятия. Не всегда предлагаемый психологом для воображения образ совпадает у членов группы с возникающими представлениями, и это также становится предметом дискуссионного обсуждения.

В процессе психокоррекции мы использовали также хореотерапию. Известно, что музыкально-ритмическая активация способствует оживлению психомоторики, улучшению поведенческих характеристик, помогает снять скованность движений у пассивных и инертных подростков, развивает их ритмическое и слуховое восприятие. У возбудимых лиц хореотерапия высвобождает скопившуюся агрессивность и раздражение, трансформируя их в двигательные упражнения. Таким образом, танец, свободное движение под музыку позволяют освежить ощущения, сделать их более яркими и стойкими, создают позитивный настрой подростков. Этот вид упражнений лучше использовать в конце занятий, для закрепления максимальной самоактуализации в движении, ощущения свободы и собственного совершенства. Целесообразно подбирать для хореотерапии небольшие отрывки из современных танцевальных мелодий, имеющих четкий ритм.

Важным этапом музыкальной терапии является и совместное пение – вокалотерапия. Пение а capella осуществляется также под руководством психолога, который на начальных этапах может быть и его инициатором. Обязательным условием пения является расположенный перед глазами участников текст песен. Вокалотерапия также способствует снятию у подростков внутреннего психологического дискомфорта, развитию чувства

свободы и самоактуализации. В то же время совместный процесс пения способствует развитию чувства сплоченности, поддержки и эмпатии.

На завершающем этапе психокоррекционной работы может использоваться комплекс лечебной физкультуры и упражнения на тренажерах. Спортивные упражнения помогают купировать остаточные болевые проявления, способствуют восстановлению ночного сна, в значительной мере снимают эмоциональное напряжение. При этом психокоррекционное воздействие во время проведения лечебной физкультуры позволяет формировать у подростков установки на совершенствование своих физических данных как альтернативу употреблению наркотиков.

Многомерная семейная психотерапия стратегически ориентированный на поведение метод психотерапии по месту жительства, когда употребление подростком психоактивных веществ рассматривается с учетом влияния макро- и микросоциальных факторов (индивид, члены семьи, ровесники и сообщество). Изменения поведения достигают различными путями, в различных контекстах и с помощью различных механизмов.

Модель многомерной семейной психотерапии предусматривает индивидуальные и семейные сеансы, на которых могут присутствовать и другие участники, т. е. не только члены семьи. Психотерапевт помогает организовать лечение, предлагая для обсуждения несколько основных тем, отдельно для родителей (например, чувство униженности и отсутствие методов влияния на своего ребенка), отдельно для подростков (например, ощущение отсутствия связи с родителями и гнев на них). Во время сеансов психотерапевт использует темы конфликта между родителями и ребенком как оценочные инструменты и как способ определения их реального содержания.

Во время индивидуальных сеансов подростку помогают приобрести навыки общения и решения проблем, чтобы он мог лучше справляться в

жизни с психотравмирующими факторами. Рабочие навыки и профессиональная подготовка также составляют часть лечения. В то же время сеансы с родителями предусматривают анализ стиля выполнения родительской роли и системы убеждений. Родителям помогают изучить собственный стиль выполнения родительских обязанностей, отличать влияние от контроля, а также совершенствовать свой стиль, чтобы положительно влиять на своего ребенка.

В конце психокоррекционной работы с родителями и близкими наркозависимых подростков для них были сформулированы следующие советы.

1. Старайтесь избавиться от непродуктивного чувства вины за поступки своего ребенка. Если он достаточно взрослый, чтобы не выполнять ваших требований, значит, может и должен отвечать за свое поведение. Вы все равно не сможете прожить его жизнь за него. Даже если вы найдете причины его порока в своих методах воспитания, - что вы можете сделать с этим сейчас. Лучше сконцентрируйтесь на чем-то более продуктивном, например, на поиски материалов о наркомании и самообучении, чтобы лучше понимать, что происходит с вашим ребенком и вашей семьей. Это будет полезнее для всех.

2. Отношения с наркоманом необходимо строить на твердых понятных ему правилах, не подверженных изменениям. Он точно должен знать, как вы отнесетесь к тому или иному его поступку и что предпримете в ответ. Если он совершил что-то предосудительное вам нужно следовать своим правилам и обещаниям до конца (только не забывайте похвалить его за хорошие дела и конструктивные решения - это поддержит его самоуважение, необходимое для выздоровления)

3. Вы должны быть исключительно правдивы с зависимым. Если он знает, что ему могут солгать, он не будет доверять вам и выполнять ваши условия.

4. Не стоит скрывать, что ваш ребенок – химически зависимый от родни и друзей. На это есть 2 причины. Во-первых, он может пользоваться неосведомленностью окружающих, чтобы выманивать деньги на покупку вещества. Во-вторых, такое ваше поведение он расценивает как неявное, но все же согласие, мириться с зависимостью

5. Если родители друзей вашего ребенка не будут знать о его проблеме у него будет больше шансов сделать химически зависимыми детей, пока еще не знакомых с психоактивными веществами. Стремительное распространение наркомании связано со всеобщим молчанием

6. Задумайтесь над следующим: если ребенок привык, что вы ликвидируете последствия его проступков, будет ли у него стимул изменить свою жизнь и отношение к наркотикам?

7. Старайтесь избегать скандалов с зависимым. Это не значит, что вы должны делать вид, что все идет нормально. Заявите о своем отношении к пороку и никогда ни при каких обстоятельствах не надо одобрять прием наркотиков. Тем более стимулировать его выдачей денег, излишней жалостью или раздражительностью. Как избегать? Просто не вмешивайтесь в бесконечные изматывающие пререкания по поводу образа жизни ребенка, его друзей и знакомых. Не следует, по возможности, изводить себя бесплодными переживаниями по поводу его поведения. Ваша главная задача сохранить здоровье и как можно большую часть материального благополучия на то время, когда все это действительно понадобится – например, когда у вас появится внук, или ребенок решил все-таки начать нормальную жизнь. Совершая подвиг самоотречения для зависимого вы только ухудшаете ситуацию

8. Не доверяйте ему деньги, вещи, документы

9. Если супруг или друг\подруга – зависимые, лучше всеми силами пытаться их развести. Здесь возможны 2 ситуации: если ваш ребенок не употребляет наркотики, то 80 шансов из 100, что он к ним приучится; если ваш ребенок тоже употребляет наркотики, то он никогда не прекратит этого,

пока живет с наркоманом. Даже если они решат лечиться одновременно, само общение с друг другом будет постоянно провоцировать их к возобновлению наркотизации. С другой стороны если они разойдутся, то хотя бы у одного из них появится шанс порвать с наркотиками.

10. Не стоит в резкой форме выражать свое отношение к наркоманам, среди них могут быть друзья вашего ребенка, не стоит сразу окружать ребенка чрезмерной заботой и вниманием. Он должен понять ваше отношение к его выбору и привыкнуть к тому, что носиться с ним никто не собирается. Не стоит ослаблять контроль над действиями ребенка, не давайте лишние карманные деньги, уберите ценные вещи. У него должны возникнуть трудности с приобретением наркотиков. Дайте понять, что по-прежнему любите его и готовы помочь. Зависимому можно помочь лишь в том случае, если он этого захочет. Никакое лечение не будет успешным, если вы насильно помещаете его в клинику. На любой стадии зависимости попытайтесь убедить ребенка обратиться за помощью к квалифицированному специалисту. Не пытайтесь сами решать эту проблему – вы потеряете время. Лечение зависимости – это не медикаментозная терапия, это длительный процесс. «Ломка» это только начало долгого пути. Если после лечения ваш ребенок вернется в прежнюю остановку, то он вернется к наркотикам.

В контексте семейной психотерапии в психотерапевтической подростковой группе целесообразно применять следующие упражнения.

Упражнение «Дружная семья» [159].

Цели: Это упражнение очень хорошо выполнять в начале учебной недели или в начале четверти, поскольку на каникулах или во время выходных семьи проводят обычно больше времени вместе. Дети могут обсудить все, что они любят делать всей семьей и показать окружающим, что они гордятся своей семьей, а такая гордость — одно из важных условий самоуважения ребенка.

Материалы: Каждому участнику - бумага и восковые мелки.

Инструкция: Нарисуй картинку, на которой будет изображено, как вы всей своей семьей делаете что-то, что вам всем очень нравится. Если твои родители из-за развода живут отдельно друг от друга, в разных **семьях**, то ты можешь нарисовать два рисунка.

Дети, умеющие писать, могут дополнить свой рисунок перечислением любимых занятий своей семьи. По завершении упражнения каждый ребенок представляет свой рисунок и зачитывает прилагаемый к нему список.

Анализ упражнения:

- Когда вы делаете что-нибудь все вместе, всей семьей?
- В каких случаях вы все вместе смеетесь?
- Делаете ли вы иногда всей семьей то, что тебе не нравится?
- Хочешь ли ты, чтобы твоя **семья** стала что-нибудь делать вместе?
- Что ты больше всего желаешь своей семье?
- Кто после развода родителей живет в твоей новой семье?
- Что при этом трудно? Что в этом хорошего?

Упражнение «Моя семья» [158].

Цели: Возможность время от времени рассказывать о своей семье является еще одним источником здорового самоуважения ребенка. В ходе этого упражнения дети могут позитивно прокомментировать принесенные ими фотографии членов своей семьи. Заранее попросите детей принести в школу соответствующие семейные фотографии. Дети, которые не могут принести фотографии в класс, рисуют членов своей семьи сами. Для начала Вы сами нарисуйте свою семью, чтобы дети, не принесшие фотографии, не чувствовали себя не в своей тарелке.

Материалы: У каждого ребенка должны быть фотографии или рисунки членов своей семьи. Также понадобится легкоснимаемый скотч и несколько больших листов упаковочной бумаги.

Инструкция: Сегодня мы расскажем друг другу о своих семьях. Сначала я представляю вам свою семью. (Нарисуйте сами свою семью и представьте всех ее членов классу.) Теперь давайте вместе наклеим ваши

фотографии и рисунки таким образом, чтобы каждая семья была пространственно отграничена от всех остальных.

Когда все рисунки и фотографии будут наклеены, Вы можете обсудить с детьми особенности их семей. Например: "Кто из вас единственный ребенок в семье?", "У кого дома живут еще и бабушки или дедушки?", "У кого из мальчиков есть брат?", "Кто живет в большой семье?", "Кто из вас живет в новой семье после развода родителей?", "Кто из вас живет только с одним из родителей?". И так далее. Подчеркните, что существуют самые разные формы семей. После этого Вы можете обсудить с детьми, какую особенную роль играет в семье каждый из ее членов. Задайте вопрос: "Почему ты важен для своей семьи?". Обсудите с ребенком, что он сам может сделать, чтобы членам его семьи стало жить еще лучше и приятнее?

Анализ упражнения:

— Почему для тебя так важна твоя семья?

— Как бы ты жил, если бы у тебя не было семьи?

— Где живут дети, у которых семьи нет?

В результате осуществления разработанной системы психокоррекции у всех подростков была достигнута полная ликвидация наркотической зависимости, т.е. непосредственный эффект коррекции составил 100%.

Критерием оценки терапевтической эффективности проведенной психокоррекционной работы был полный отказ от приема наркотических средств у подростков.

После курса психокоррекции подростки находились под нашим наблюдением в течение 2 лет и подвергались контрольному обследованию через один и через два года. Рецидив через год наступил у 7 человек ($7\pm 2\%$),

через 2 года – у трех ($3\pm 2\%$), и во всех случаях был связан с возвращением в прежнюю микросоциальную среду – наркоманическую группу.

В целом, таким образом, предложенная система психокоррекции дала возможность получить высокий и стойкий эффект – адекватно изменить стереотип аддиктивного поведения, нивелировать нарушения эмоционально-волевой и мотивационной сферы, улучшить социальную адаптацию подростков и ликвидировать опийную зависимость у $90\pm 3\%$ подростков.

Психопрофилактика аддиктивного поведения и развития наркотической зависимости подростков представляет собой сложную задачу, требующую, как и их коррекция, системного подхода и комплексного решения.

Системный характер психопрофилактики заключается в том, что она должна воздействовать на все факторы – макро- и микросоциальные, индивидуально-биологические, индивидуально-психологические, и личностно-психологические, негативный характер которых может стать причиной или способствовать формированию аддиктивного поведения и наркомании. Комплексность психопрофилактики предполагает проведение разносторонних корригирующих мероприятий – организационных, просветительных, воспитательных, психотерапевтических, применение обширного арсенала современных методов воздействия на личность и среду, в которой она функционирует. Это значит, что в психопрофилактической работе, направленной на предупреждение употребления наркотических средств, должны принимать участие и семья, и школа, и общественные институты.

Последовательность проведения психопрофилактики состоит в осуществлении прежде всего гармоничного воспитания, а затем просвещения детей, подростков и молодежи, дифференцированность – в дифференциации проводимых мероприятий в зависимости от возраста, интеллектуального

уровня, пола и других характеристик лиц, среди которых эти мероприятия осуществляются, преемственность – в проведении гармоничного воспитания и просвещения с детского возраста (в семье, в детских учреждениях), в подростковом и юношеском возрасте (в школе, других государственных и общественных институтах). Для успешного и последовательного проведения всех этапов психопрофилактики важна и достаточная их продолжительность: как правило, они должны проводиться до окончания формирования личности и завершения психосексуального развития.

Важнейшим условием успешного проведения системы психопрофилактики наркотической зависимости является скоординированность и согласованность работы различных социальных структур и институтов – учебных заведений, правоохранительных органов, органов здравоохранения, прессы, общественных и молодежных организаций – и, конечно, семьи, где прежде всего закладываются основы формирования личности и начинается воспитание ребенка.

Система психопрофилактики девиантного поведения и наркомании состоит из первичной, вторичной и третичной профилактики.

Задачи первичной психопрофилактики – предупреждение заострения характерологических черт и устранение факторов риска, которые могут привести к нарушению поведения, влекущему за собой в дальнейшем формирование аддиктивной мотивации, а следовательно, и возможности начала употребления психоактивных веществ.

Как показали проведенные нами исследования, к развитию наркомании приводит сочетание неблагоприятных социальных, психологических, социально-психологических и биологических факторов. В соответствии с этим достижение цели первичной психопрофилактики – формирование гармоничной личности – предполагает обеспечение выработки правильного поведенческого поведения и достаточно высокого

уровня социальной, психологической и социально-психологической адаптации человека. Важнейшей частью первичной психопрофилактики нарушений поведения являются, в частности, воспитание правильного полового поведения, основанного на принципах нравственности и морали, и сексуальное просвещение, базирующееся на научных знаниях.

Первичная психопрофилактика состоит из трех компонентов соответственно трехкомпонентной структуре межличностного взаимодействия: информационного, эмоционального и поведенческого. Первый компонент состоит в психовоспитании – воспитании у молодежи достаточно высокого уровня культуры общения и обеспечении правильной и достаточно полной информированности о наркомании и ВИЧ-инфекции. При этом, в частности, весьма эффективны такие мероприятия, как посещение анатомического музея, где подростки могут увидеть, какое пагубное влияние оказывает наркотизация на состояние внутренних органов и наглядно убедиться в разрушительном действии наркотиков на организм человека. Следует и в школе посвящать этой теме специальные занятия.

Эмоциональный компонент – формирование умения правильно разрешать конфликтные ситуации и адекватно на них реагировать. Поведенческий компонент заключается в оптимизации отношений подростков с родителями, сверстниками, в том числе представителями противоположного пола, а также их поведенческих реакций. Необходимо, в частности, научить подростков правильно вести себя в ситуации, когда его пытаются приобщить к употреблению наркотиков или настойчиво предлагают их "попробовать", т.е. в ситуации необходимости отказа.

Таким образом, первичная психопрофилактика должна проводиться в двух направлениях: обеспечении правильного общего развития подрастающего человека и обеспечении гармонии межличностных отношений.

Необходимое условие правильного развития – ликвидация психогенных и социогенных факторов, приводящих к формированию дисгармоничных характерологических и личностных черт (агрессивности, мнительности, замкнутости и т.п.). Для достижения этой цели необходимо проводить воспитательную работу с родителями и педагогами, направленную на повышение их знаний о типах воспитания, об особенностях психического и психосексуального развития детей и подростков, о возможных его нарушениях. Обучение родителей должны проводить квалифицированные специалисты: психологи, медицинские психологи, врачи (психотерапевты, психиатры), педагоги, социологи.

Важными аспектами психопрофилактики девиантного поведения является раннее выявление характерологических особенностей, нарушающих взаимоотношения с родителями и представителями противоположного пола, своевременное проведение коррекции, способствующей формированию правильных установок, и научение продуктивному общению, социально одобряемому поведению. При этом системный характер и последовательность проведения психопрофилактических мероприятий должны обеспечить не только ближайшую результативность, но и стойкость психопрофилактического эффекта.

Первый этап психопрофилактики начинается с ранних лет жизни ребенка, только при этом условии им будут усвоены морально-этические нормы личного и социального поведения.

Существенным условием правильного воспитания является предупреждение психотравматизации. Часто психотравмирующим ребенка фактором служит нарушение взаимоотношений между родителями, в особенности их развод, и здесь очень важно правильное поведение родителей. Ребенок ни в коем случае не должен быть свидетелем ссор между ними и тем более участвовать в них. В то же время, оберегая ребенка от психотравм, необходимо воспитывать у него умение противостоять

негативным влияниям, адекватно реагировать на стрессовые ситуации. Залогом этого является гармоничное воспитание ребенка.

Уже на первом этапе психопрофилактики следует, помимо обычных воспитательных мер, использовать семейную психологическую коррекцию и социально-психологический тренинг, направленный на нивелирование отрицательных характерологических черт ребенка или подростка, обучение его правильным формам реагирования в сложных ситуациях и формирование трудовых установок, и тренинг, имеющий целью формирование культуры общения.

Этот чрезвычайно важный – социальный аспект психопрофилактики девиантного поведения имеет свои особенности. Морально-этические нормы будущего полноправного члена общества должны закладываться в сознание ребенка как можно раньше, чтобы они формировались параллельно с познанием окружающего мира. Ребенок должен усвоить правильные понятия о добре и зле на самых первых этапах психического развития, отсюда начинается формирование социально позитивных моральных устоев. По мере взросления и расширения социальных связей подростка в его воспитании возрастает роль педагогов. В школе должны закрепляться уже привитые ребенку морально-этические принципы и установки. На них должно базироваться правовое воспитание.

В курсах обществоведения, циклах популярных лекций, которые могут читать представители правоохранительных органов, молодых людей следует знакомить с основами действующего законодательства, прививать им сознание необходимости неукоснительного соблюдения законов и правил, четко очерчивая грани законопослушного поведения. Разумеется, знание правовых норм и законов является условием необходимым, но не достаточным для безупречного социального поведения личности и не исключает совершения антиобщественных поступков. Поэтому правовое воспитание должно быть тесно связано с воспитанием морально-этическим,

чтобы получаемые молодыми людьми знания становились их убеждениями и мотивационной основой поведения.

Отечественный и мировой опыт свидетельствует о том, что к просвещению молодежи должен быть привлечен широкий круг специалистов разного профиля – врачи, педагоги, юристы, работники милиции и средств массовой информации.

Вторичная психопрофилактика девиантного поведения и наркомании представляет собой по существу психологическую коррекцию уже имеющихся нарушений. В соответствии с этим ее осуществляют с помощью методов и форм психокоррекции, описанных нами выше и адекватных выявленным нарушениям. Третичная психопрофилактика заключается в предупреждении рецидивов наркотизации и возобновления наркотической зависимости.

В заключение следует сказать, что разработанные нами рекомендации профилактического характера адресованы в первую очередь психологам, педагогическим коллективам и медицинским работникам, обслуживающим организованные контингенты подростков и юношей (учащиеся школ, ПТУ, техникумов), работникам Центров здоровья, врачам подростковых кабинетов поликлиник, подростковым врачам психиатрам-наркологам, а также различным социальным службам как созданным на волонтерской основе, так и действующим под эгидой государственных органов. Эти рекомендации могут быть сформулированы следующим образом.

При проведении санитарно-просветительной и разъяснительной работы с подростками и юношами необходимо учитывать роль и значение группы социально-психологических мотивов в формировании зависимого поведения, раннего приобщения к употреблению психоактивных веществ.

Следует использовать коррекцию основных (доминирующих) мотивов для создания новых форм общения, способствующих реализации социально-

психологических мотивов в конструктивно-созидательном и конкурентном (по отношению к приему психоактивных веществ) направлении.

Пропагандируя здоровый образ жизни, необходимо учитывать юношескую субкультуру и соответствующую мотивацию, значимую для создания психологически важной мотивации у юношей и подростков-лидеров, стойко воздерживающихся или отказавшихся от приема веществ, вызывающих зависимость.

Следует поощрять функционирование групп молодежи, имеющих наркофобную направленность мотивации (спортсмены, члены кружков и секций и т.п.).

Разработанные программы профилактики наркомании и реабилитации больных должны применяться в школах, техникумах, ПТУ и других учреждениях, работающих с подростково-юношеским контингентом с целью формирования доминанты мотивации по наркофобному типу.

Психопрофилактическая работа по предлагаемой программе была проведена нами среди 80 учащихся 6 – 11 классов, т.е. подростков в возрасте 12 – 17 лет, не употреблявших наркотических веществ. Занятия с ними, на протяжении 1,5 мес 2-3 раза в неделю, проводили в основном в форме бесед с использованием элементов психологического тренинга, беседы и лекции проводили также с их родителями и школьными педагогами. По окончании психопрофилактического курса на протяжении 2 лет катamnестических наблюдений один раз в полгода проводились контрольные встречи и беседы с подростками. За этот период не было отмечено ни одного случая наркотизации, что, как нам представляется, свидетельствует об эффективности проведенной психопрофилактической работы.

Методика психопрофилактической работы с подростками включала четыре обязательных элемента. Это предоставление детям психологической информации, развитие навыков ее использования, отработка

психогигиенических навыков в практике общения на уроке, их применение в повседневной жизни. Содержание психопрофилактических занятий подчинено следующей логике: через формирование навыков понимания своих чувств и чувств окружающих, эффективное общение и развернутую позитивную Я-концепцию создаются навыки продуктивного взаимодействия с людьми; продуктивное межличностное взаимодействие предполагает знание своих прав и принятие ответственности за собственные установки, решения; умение неагрессивно настаивать на своем; наличие навыков принятия решений преодоления стресса; совокупность перечисленных психогигиенических навыков обеспечивает здоровый стиль жизни, который подразумевает личное ответственное отношение к психоактивным веществам.

На первых этапах психопрофилактической работы мы знакомили подростков с основными понятиями, связанными с наркотической зависимостью. При проведении психопрофилактических бесед вводились следующие понятия: употребление/злоупотребление; причины злоупотребления; толерантность; зависимость; общедоступные психоактивные вещества; запрещенные законом наркотики; профилактика; лечение. Обсуждались проблемы: причины использования психоактивных веществ людьми; осознание факта давления сверстников и необходимости умения отказываться; реклама в средствах массовой информации; преодоление стресса.

Примеры психопрофилактических упражнений для группы подростков могут послужить следующие.

Упражнение «Табу» [155].

Ведущий ставит в центре круга небольшую шкатулку или коробочку, в которой лежит неизвестный предмет. "Там лежит то, что нельзя", - говорит ведущий. Затем он предлагает каждому как-то проявить себя в отношении этого предмета. Участники могут вставать или оставаться на месте, выражая

отношение мимикой или жестами; они могут подходить к шкатулке, брать ее в руки, заглядывать внутрь, - каждый поступает так, как считает это нужным. Даже если кто-то останется на месте, ничего не предпринимая, - это тоже будет способом реагирования на ситуацию. При выполнении упражнения важно помнить, что это упражнение действия, а не объяснений, поэтому, если кто-то будет пытаться просто рассказать словами о своей позиции, задача ведущего побудить его "показать" свое отношение.

Цель упражнения: помочь участникам понять, как они относятся к разного рода запретам и ограничениям. Нередко любопытство или желание изведать запретный плод или стремление продемонстрировать свою смелость руководят подростком в его поступках. Хорошо, когда он знает, какие чувства им управляют, это позволяет сделать осознанный выбор.

Упражнение «Тосты» [155].

Участникам группы предлагается придумать десять поводов для того, чтобы пригласить своего друга к выпивке.

Далее группа делится на пары и дается следующая инструкция: один участник последовательно зачитывает свои предложения, а его партнер должен отказаться, находя убедительные аргументы, этот вариант отказа первый участник записывает рядом с предложенным тостом; через 5-7 минут, когда аргументы первого участника закончатся, партнеры меняются ролями. Во время общего обсуждения участникам предлагается ответить на два вопроса:

- Какие варианты отказа были для вас наиболее убедительными?
- Что внутри вас помогало вам отказаться?

Цель упражнения: позволить в игровой форме исследовать ситуацию "соблазнения". Участие в обсуждении позволяет подростку выработать аргументированную позицию и навыки отказа.

Упражнение «Портрет наркомана» [155].

Участникам раздается бумага и карандаши. Ведущий объявляет задание: "Нарисуйте "портрет наркомана". Это не обязательно должно быть

изображение человека, просто постарайтесь в рисунке те чувства, которые возникают у вас, когда вы вспоминаете о наркоманах". После того как участники закончат работу, рисунки раскладываются внутри круга и участники делятся своими впечатлениями.

По завершении обсуждения можно провести своеобразный конкурс на то, кто «быстрее распрощается со своим наркоманом». Для этого в центр круга ставится мусорная корзина. Участники с одинакового расстояния должны попасть скомканным рисунком в эту корзину. При этом, если участник не попал – он берет свой комок и отходит на исходную позицию.

Упражнение «Зависимость» (незаконченные предложения) [155].

Участникам раздается бумага и карандаши. Объясняется, что необходимо закончить следующие предложения:

1. Когда я общаюсь с человеком, зависимым от наркотиков и алкоголя, тогда я...
2. В общении с зависимыми людьми труднее всего мне бывает...
3. Свое сочувствие к зависимому человеку я проявляю через...
4. Когда я наблюдаю поведение зависимого человека, я понимаю, что...
5. Ситуация, в которой я бы мог стать зависимым от наркотика, это...
6. Когда я замечаю, что становлюсь зависимым от кого-то или чего-то, я осознаю, что...
7. Быть независимым для меня означает...
8. Как я понимаю, зависимость это...

Можно эти предложения заготовить в виде распечаток и раздать для самостоятельной работы (10 минут).

Затем группа делится на пары и участники поочередно зачитывают друг другу варианты предложений. При общем обсуждении необходимо отметить наиболее типичные точки зрения, а также наиболее отличные.

Цель упражнения: помочь участникам более глубоко почувствовать и пережить ситуацию зависимости

Обучение психогигиеническим навыкам осуществляется в рамках демократического стиля воспитания, диалогического общения и кооперативного взаимодействия взрослого с подростками и подростков между собой. Для создания этих условий необходима работа по группообразованию, формированию позитивной эмоциональной атмосферы на уроках и работа детей в малых группах.

Формирование позитивной эмоциональной атмосферы осуществляется за счет упражнений по выработке доверительных отношений, соблюдения правил эффективного общения и отсутствия критики результатов деятельности малых групп.

Выводы к третьей главе

1. На основании результатов собственных исследований по изучению психологических факторов, способствующих возникновению опийной наркомании у подростков, можно прийти к заключению, что ведущее значение имеют следующие психологические аспекты:
 - а) неблагоприятный психологический климат в семье, дисгармоничный тип воспитания в родительских семьях (гипопротекция и эмоциональное отвержение) и неадекватное отношение родителей к употреблению детьми психоактивных средств;
 - б) акцентуации характера гипертимного, эпилептоидного и неустойчивого типов;
 - в) особенности личности наркозависимых подростков, а именно заниженная самооценка, наличие внутриличностного конфликта, преобладание эйфорического и анозогнозического отношения к употреблению наркотиков

г) наличие мотивации к употреблению опиатов, а именно гедонистические и мотивы гиперактивации, а при II стадии наркомании – патологическое влечение к употреблению наркотика.

д) ретардация и преждевременное психосексуальное развитие и значительные отклонения в полоролевом поведении (гипермаскулинность)

2. Психологическая коррекция опийной наркомании у подростков должна отвечать принципам системности, поэтапности и дифференцированности; разработанная нами комплексная психореабилитационная программа направлена на преодоление недостатков воспитания в семье, формирование адекватного отношения к болезни самого подростка и его родителей, коррекцию патологических изменений в структуре личности наркозависимых, изменение морально-этических установок и мотиваций подростка, а также формирования волевых качеств и адаптивных форм поведения в социуме, включая полоролевое поведение.
3. Психопрофилактика наркотической зависимости в подростковом возрасте должна быть направлена на ведущие факторы ее возникновения (социально-психологические, психосоматические, индивидуально-типологические, мотивационные и психосексуальные) и ориентирована на улучшение психологического климата семьи, формирование предвзятого отношения к употреблению наркотических веществ, гармоничное развитие эмоционально-волевой, мотивационной и психосексуальной сферы личности подростка с реализацией комплекса организационных, просветительских, воспитательных, санологических и психопропедевтических мероприятий.

Теоретический анализ результатов, представленных в разделе, опубликован в следующих публикациях автора:

1. Кривоногова О.В. Психопрофилактика нарушений психосексуального развития и опийной зависимости у подростков/ О.В.Кривоногова // Вісник Дніпропетровського університету. – Вип.9, 2003 . – С.55-58
2. Кривоногова О.В. Мотивационный тренинг в системе психокоррекции опийной зависимости в подростковом возрасте/ О.В.Кривоногова// Наука і освіта. – 2000. – №1-2. – С.34-37.

ВЫВОДЫ

1. Анализ современного состояния разработки проблемы возникновения и формирования наркозависимости в подростковом возрасте показал необходимость применения интегративного, системного и иерархического подходов к изучению генеза наркомании с рассмотрением совокупности и сочетанного взаимодействия объективных и субъективных психологических факторов, которые обуславливают употребление психоактивных веществ подростками.

2. Теоретически обоснована психологическая модель ведущих факторов возникновения наркозависимости у подростков, в которой отмечены объективные и субъективные факторы инициации подростковой наркозависимости, а именно макро- и микросоциальные (негармоничное воспитание в семье и др.), индивидуально-биологические (нарушение темпа психосексуального развития), индивидуально-психологические (акцентуации характера, нарушения когнитивной, эмоционально-волевой сферы) и личностно-психологические (измененная мотивация, низкая самооценка, нарушение полоролевой идентичности, неадекватное отношение к собственной болезни). Предложенная модель позволила разработать логику проведения эмпирического исследования и определить соответствующий психодиагностический инструментарий.

3. У подростков-наркоманов отмечается высокий уровень конфликтности в семье (независимо от ее состава), такие типы воспитания как эмоциональное отвержение и гипопротекция, а также неадекватное отношение родителей к заболеванию ребенка, что в совокупности можно рассматривать как микросоциальные факторы возникновения опийной наркомании.

4. Комплексное психодиагностическое обследование здоровых подростков и подростков с опийной наркозависимостью позволило установить имеющиеся отличия и определить специфические для группы подростков-наркоманов характеристики.

В результате установлено, что у подростков, которые страдают опийной наркозависимостью, на индивидуально-биологическом уровне отмечается ретардация психосексуального развития; на индивидуально-психологическом - акцентуации характера по гипертимному, эпилептоидному и неустойчивому типам, нарушения в когнитивной (сужение объема внимания, снижение его распределения и концентрации) и эмоционально-волевой сфере (тревожность, агрессивность, депрессивные тенденции); на личностно-психологическом - наличие мотиваций к употреблению наркотических веществ, низкий уровень самооценки и неадекватность Я-образа, нарушение полоролевой идентичности и неадекватное отношение к собственной болезни.

5. Для подростков-наркоманов, которые находятся на начальных этапах развития синдрома, характерно анозогностическое или эйфорическое отношение к заболеванию, ведущими мотивами наркотизации являются гедонистические мотивы, мотивы переключения аффекта и мотивы гипермотивационного напряжения, то есть побуждения, связанные со стремлением изменить состояние собственного сознания. Мотивационная триада, которая отображает существующее патологическое влечение к употреблению наркотика (возобновление витальной активности, зависимость, компульсивное влечение) характерна лишь для подростков со II стадией наркомании.

6. Установлена зависимость нарушений полоролевого поведения у подростков-наркоманов от типа акцентуации характера. Вариативность проявляется либо в наличии внутреннего конфликта, вызванного несогласованностью между тенденциями поведения на биогенном и социогенном уровнях, либо во взаимном их усилении.

Интегративный характер взаимодействия факторов разных групп (индивидуально-биологических, индивидуально-психологических и личностно-психологических) свидетельствует о системном характере причинной обусловленности наркозависимости у подростков, что возникает

из всего комплекса характеристик, которые представляют разные уровни индивидуальности.

7. На основе обобщения полученных результатов доказано, что подростков, которые страдающих опийной наркозависимостью, отличает специфический набор особенностей, которые включают параметры семейного воспитания, индивидуально-биологические характеристики, индивидуально-психологические и личностно-психологические свойства, которые в совокупности влияют на возникновение наркотической зависимости в подростковом возрасте.

8. Разработанная система психокоррекционных мероприятий для преодоления опийной формы наркозависимости в подростковом возрасте, направленная на преодоление недостатков воспитания в семье, формирование адекватного отношения к болезни самого подростка и его родителей, коррекцию патологических изменений в структуре личности наркозависимых, изменение морально-этических установок и мотиваций подростка, а также формирования волевых качеств и адаптивных форм поведения в социуме, включая полоролевое поведение. Разработанная система психокоррекции (личностно-ориентированная психотерапия, групповые методы психокоррекции с использованием арт-терапии) позволяет достичь достаточно высокого и стойкого терапевтического эффекта у наркозависимых подростков.

9. Психопрофилактика наркотической зависимости в подростковом возрасте направлена на ведущие факторы ее возникновения: микросоциальные, индивидуально-биологические, индивидуально-психологические и личностно-психологические. Профилактические методы психокоррекции основываются на принципах комплексности, дифференцированности, последовательности и этапности, они ориентированы на улучшение психологического климата семьи, формирование предвзятого отношения к употреблению наркотических веществ, гармоничное развитие эмоционально-волевой, мотивационной и

психосексуальной сферы личности подростка и включают реализацию комплекса организационных, просветительских, воспитательных, санологических и психотерапевтических мероприятий.

Проведенное исследование не исчерпывает всех аспектов поднятой проблемы. Перспективным является последующее изучение генетически обусловленных индивидуально-биологических детерминант и индивидуально-типологических факторов возникновения наркотической зависимости у молодежи; освещение нейропсихологических механизмов, составляющих подоснову для возникновения влечения к употреблению психоактивных веществ; а также раскрытие личностно-психологических детерминант наркозависимости, включая гендерную идентичность, мотивационную сферу и др.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Адлер А. Очерки по индивидуальной психологии / Альфред Адлер; [пер. с нем.; науч. ред. А. М. Боковикова]. – М.: Когито-Центр, 2002. – 220 с.
2. Аймедов К.В. Исследование мотивации злоупотребления психоактивными веществами у юношей / К.В. Аймедов // Вісник психічного здоров'я. – 2001. – № 102. – С. 40-45.
3. Анн Л.Ф. Психологический тренинг с подростками / Людмила Анн. – СПб.: Питер, 2006. – 271с.
4. Бандура А. Теория социального научения / Альберт Бандура. – СПб: Евразия, 2000. – 320с.
5. Бендлер Р. Шаблоны гипнотических техник Милтона Эриксона с точки зрения НЛП / Р. Бендлер, Д. Гриндер; [пер. с англ.]. – Симферополь: Реноме, 1998. – 206 с.
6. Березин С.В. Предпосылки подростковой наркозависимости / С.В. Березин, К.С. Лисецкий, М.Е. Серебрякова. – Самара: «Самарский университет», 2001. – 46с.
7. Березин С.В. Психология наркотической зависимости и созависимости: [монография] / С.В. Березин, К.С. Лисецкий, Е.А. Назаров. – М.: МПА, 2001. – 209с.
8. Берн Э. За пределами игр и сценариев / Эрик Берн; [пер. с англ. Ю. И. Герасимчик; ред. И. Э. Дашко]. - Минск: Попурри, 2007. - 464 с.
9. Бехтерев В.М. Гипноз, внушение и психотерапия и их лечебное значение / Владимир Михайлович Бехтерев. – С.Пб: Медицина, 1911. – 440 с.

10. Битенский В.С. Клинические и терапевтические аспекты наркоманий в подростковом возрасте: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: спец. 14.01.17 / В.С. Битенский. – М., 1991. – 21 с.
11. Битенский В.С. Прогнозирование риска формирования злоупотребления психоактивными веществами / В.С. Битенский, Э.В. Мельник // Український вісник психоневрології. – 1999. – Т. 7, вип. 4 (22). – С. 37-39.
12. Битенский В.С. Наркомания у подростков / В.С. Битенский, Б.Г. Херсонский, С.В. Дворяк. – К.: Здоров'я, 1989. – 136 с.
13. Блейхер В.М. Практическая патопсихология / В.М. Блейхер, И.В. Крук, С.Н. Боков. – Ростов-н/Д.: Феникс, 1996. – 448 с.
14. Бодалев А.А. Формирование личности – актуальная проблема комплексного психолого-педагогического исследования / А.А. Бодалев // Психолого-педагогические проблемы взаимодействия учителя и учащихся. – М., 1980. – С. 6-9.
15. Бокий И.В., Цыцырев С.В. Патологическое влечение к алкоголю у больных алкоголизмом в ремиссии: Клинико-психологический анализ / И.В. Бокий, С.В. Цыцырев // Ремиссии при алкоголизме. – Л.: Изд. ин-та им. В.М.Бехтерева, 1987. – С. 7-19.
16. Болотовский И.С. Наркомании. Токсикомании / И.С. Болотовский. – Казань, 1989. – 91 с.
17. Босси Л. Начало потребления наркотических веществ / Люк Босси: [пер. с фр.]. – Толино, 1979. – 128 с.
18. Бук Дж. Дом, дерево, человек (ДДЧ) / Джон Бук // Проективная психология. – М.: Мир, 2000. – 130 с.
19. Булотайте Л.И. Медико-психологическое обследование семей больных алкоголизмом: автореф. дис. ... канд. психол. наук: спец. 19.00.04 / Л.И. Булотайте. – Л., 1988. – 17 с.
20. Буль П.И. Основы психотерапии / Павел Игнатьевич Буль. – Л.: Медицина. – 1974. – 310 с.
21. Бурлачук Л.Ф. Справочник по психологической диагностике /

- Л.Ф. Бурлачук, С.М. Морозов. – К.: Здоров'я, 1989. – 215 с.
22. Бурно М.Е. Терапия творческим самовыражением как способ лечения и реабилитации больных алкоголизмом в условиях антиалкогольного клуба / М.Е. Бурно // Реабилитация больных нервно-психическими заболеваниями и алкоголизмом: тез. докл. – Л., 1986. – С. 356-358.
23. Буторина Н.Е. О нарушениях формирования личности при раннем алкоголизме / Н.Е. Буторина, О.Е. Драпова, Е.Б. Занин // Пятый Всероссийский съезд невропатологов и психиатров. – М., 1985. – Т.2. – С. 20-22.
24. Буторина Н.Е. Особенности девиантного поведения как клинического проявления пубертатного криза / Н.Е. Буторина, Е.Д. Дедков, – Саморазрушающее поведение у подростков: сб. науч. тр. Ленингр. психоневрол. НИИ им. В.М.Бехтерева. – Л.; Изд-во Ленинградский психоневрологический институт, 1991. – С.64-86.
25. Валентик Ю.В. Реабилитация в наркологии: [учебное пособие] / Юрий Владимирович Валентик. – М.: Прогрессивные Био-Медицинские технологии, 2001, 36 с.
26. Васильченко Г.С. Эволюция основных сексуальных установок у женщин и мужчин / Г.С. Васильченко // Приложение к журналу "Социальная и клиническая психиатрия", XIII съезд психиатров России. – М.: Медпрактика, 2000. – 325 с.
27. Васильченко Г.С. Психопатии / Г.С. Васильченко, Ю.А. Решетняк // Сексопатология: справочник. – М.: Медицина, 1990. – С. 445-449.
28. Вдовиченко О.В. Основні фактори, що визначають прояв девіантної поведінки / О.В. Вдовиченко, Г.В. Притула: матеріали Всеукраїнської студентської науково-практичної конференції [«Актуальні проблеми сучасної психологічної науки»]. – Одеса, 2006 . – С.186-189.
29. Виш И.М. Практическая психотерапия / И.М. Виш. – Воронеж: Центр.-чернозем. книжное изд-во, 1969. – 288 с.
30. Врублевский А.Г. Новые подходы к лечению алкоголизма, наркоманий и

- токсикоманий / А.Г. Врублевский: тезисы Международного симпозиума. – Гагра, 1989. – С. 16-17.
- 31.Выготский Л.С. Собрание сочинений: в 6 т. / Лев Семенович Выготский; [гл. ред. А.В.Запорожец]. – М.: Педагогика, 1983. – Т 4. – 367с.
32. Гавенко В.Л. Психіатрія і наркологія / В.Л. Гавенко, Г.О. Самардакова, М.Г. Бачериков. – К.: Здоров'я, 1993. – 320 с.
- 33.Генайло С.П. Особенности преморбиды больных наркоманией / С.П. Генайло // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 1990. – № 2. – С. 42-47.
- 34.Генайло С.П. Наркомания. Правовые и медицинские проблемы / Светлана Петровна Генайло. – Владивосток: Наука, 1988. – 190 с.
- 35.Гордон Д. Психотерапевтические метафоры в нейролингвистическом программировании / Дэвид Гордон. – Подольск: С.Е.Т., 1995. – 220 с.
- 36.Госсоп М. Профилактика злоупотребления психоактивными веществами и борьба с ним / М. Госсоп, М. Грант: [пер. с англ.]. – Женева: ВОЗ, 1993. – 92 с.
- 37.Гриндер Д. НЛП в педагогике / Д. Гриндер, Л. Лойд. – М.: КААС, 2001. – 306 с.
- 38.Гроф С. Величайшее путешествие. Сознание и тайна смерти / Станислав Гроф. – 2008. – 520с.
- 39.Гузенко В.А. Місце мотивації досягнення в структурі особистості студентів / В.А. Гузенко // Наукові студії із соціальної та політичної психології. – К.: Міленіум, 2007. - С.178-184.
- 40.Гульдан В.В. Психологическое изучение опыта употребления одурманивающих веществ подростками с нарушениями поведения / В.В. Гульдан // Вопросы наркологии. – 1989. – № 1. – С. 26-28.
- 41.Гульдан В.В. Поиск впечатлений как фактор приобщения подростков к наркотикам / В.В. Гульдан, А.М. Корсун // Вопросы наркологии. – 1990. – № 2. – С. 40-44.
- 42.Гульдан В.В. Подросток-наркоман и его окружение / В.В. Гульдан,

- О.Л. Романова, О.К. Сидоренко // Вопросы психологии. – 1993. – № 2. – С. 44-48.
43. Демидова Т.В. Наркомания как форма аддиктивного расстройства; проблемы ее диагностики и предупреждения на флоте / Т.В. Демидова // Вісник морської медицини. – 2000. – № 4. – С. 25-30.
44. Деркач О.О. Педагогіка творчості: Арт-терапія та казкотерапія на допомогу вчителю, вихователю, практичному психологу: [навчально-методичний посібник] / О.О. Деркач. – Вінниця, ВДПУ. – 2009. – 94с.
45. Деркс Л. Сущность НЛП: ключи к личностному развитию / Л. Деркс, Я. Холландер; пер. с англ. – М.: КСП, 2000. – 180 с.
46. Джос В.В. Практическое руководство по тесту Люшера / Владимир Васильевич Джос. – Кишинев: Периодика, 1990. – 174 с.
47. Дилтс Р. Изменение убеждений с помощью НЛП / Роберт Дилтс; [пер. с англ.]. – М.: Класс, 1997. – 186 с.
48. Дилтс Р. Моделирование с помощью НЛП / Роберт Дилтс; [пер. с англ.]. – С.Пб: Питер, 2000. – 196 с.
49. Дилтс Р. Убеждения / Роберт Дилтс; [пер. с англ.]. – Свердловск: Метаморфоз-пресс, 1998. – 196 с.
50. Дупленко П.Ю. Особливості мотивації первинного наркоспоживання / П.Ю. Дупленко // Укр. вісник психоневрології. – 1996. – Т. 4, вип. 4 (11). – С. 42-46.
51. Дьячук Н.В. Азбука гипноза / Николай Вячеславович Дьячук. – М.: КСП, 1995. – 220 с.
52. Дьячук Н.В. Психотехника / Николай Вячеславович Дьячук. – М.: КСП, 1996. – 367 с.
53. Егоров В.В. Делинквентные подростки женского пола: алкоголизация и профилактика раннего алкоголизма / В.В. Егоров: тез. докл. обл. науч.-практ. конф. [«Актуальные вопросы наркологии»]. – Полтава, 1986. – С. 59-61.

54. Емельянова Е.В. Кризис в созависимых отношениях. Принципы и алгоритмы консультирования / Е.В. Емельянова. – СПб.: Речь, 2004. – 236 с.
55. Завьялов В.Ю. Мотивация потребления алкоголя у больных алкоголизмом и здоровых / В.Ю. Завьялов // Психологический журнал. – 1986. – № 5. – С. 102-111.
56. Завьялов В.Ю. Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости / Владимир Юрьевич Завьялов. – Новосибирск: Наука, 1988. – 198 с.
57. Зинкевич-Евстигнеева Т.Д. Психодиагностика через рисунок в сказкотерапии / Т.Д. Зинкевич-Евстигнеева, Д.Б. Кудзилов. – СПб: Речь, 2003. – 144с.
58. Зинкевич-Евстигнеева Т.Д. Проективная диагностика в сказкотерапии / Т.Д. Зинкевич-Евстигнеева, Е.А. Тихонова. – СПб.: Речь, 2003. – 208с.
59. Иванец Н.Н. Современное состояние проблемы наркоманий в России / Н.Н. Иванец, И.П. Анохина, Н.В. Стрелец // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1997. – Т. 97, № 9. – С. 4-10.
60. К вопросу об этиопатогенетических механизмах алкоголизма и наркомании / В.С. Битенский, Э.В. Мельник, В.В. Сушко, Н.Д. Березанская // Вісник морської медицини. – 1999. – № 1 (5). – С. 147-149.
61. Клініко-нейрорецепторні співвідношення за наявності хронічного алкоголізму й опійної наркоманії / [В.С. Бітенський, Е.В. Мельник, Н.Д. Березанська, В.В. Сушко] // Одеський медичний журнал. – 1999. – № 4 (54). – С. 34-36.
62. Книга практического психолога / [А.Н. Беседин, И.И. Липатов, А.В. Тимченко, В.Б. Шапарь]. – Х.: Оригинал, Фортуна-пресс, 1996. – 302 с.
63. Князев Ю.Н. Анализ медико-социологического обследования учащихся школ, ПТУ и техникумов г. Бобруйска / Ю.Н. Князев // Вопросы наркологии. – 1988. – № 4. – С. 35-36.
64. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей / В.В. Ковалев. – М.: Медицина. – 1979. – 195 с.

- 65.Ковалев В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков / В.В. Ковалев. – М.: Медицина, 1985. – 238 с.
- 66.Кольцова О.В. Психология работы с наркозависимыми / О.В. Кольцова. – СПб.: Речь, 2007. – 160с.
- 67.Кон И.С. Психология ранней юности / Игорь Семенович Кон. – М.: Педагогика, 1989. – 340 с.
- 68.Кондрашенко В.Т. Общая психотерапия / В.Т. Кондрашенко, Д.И. Донской, С.А. Игумнов. – Минск: Высшая школа. – 1999. – 525 с.
- 69.Кондрашов В.В. Все о гипнозе / В.В. Кондрашов. – Ростов-на-Дону: Феникс, 1998. – 376 с.
- 70.Коррекция нарушения психической активности у больных хроническим алкоголизмом и опийной наркоманией / [В.С.Битенский, Н.А.Романский, Э.В.Мельник и др.] // Таврический журнал психиатрии. – 1999. – № 1 (8). – С. 46-48.
- 71.Кочарян А.С. Личность и половая роль / Александр Суменович Кочарян. – Х.: Основа, 1996. – 127 с.
- 72.Кошкина Е.Ф. Проблема алкоголизма и наркомании в России на современном этапе / Е.Ф. Кошкина // Вопросы наркологии. – 1993. – № 4. – С. 65-70.
- 73.Крайг Г. Психология развития / Грейс Крайг. – СПб.: Издательство «Питер», 2000. – 944с.
- 74.Кулагина И.Ю. Возрастная психология: полный жизненный цикл развития человека: [учебное пособие для студентов высших учебных заведений] / Ирина Юрьевна Кулагина. – М.: ТЦ Сфера, 2005. – 464 с.
- 75.Кулаков С.А. Руководство по реабилитации наркозависимых / С.А. Кулаков, С.Б. Ваисов. – СПб: Речь, 2006. – 240 с.
- 76.Лебединская К.С. Подростки с нарушениями в аддиктивной среде / К.С. Лебединская, М.М. Райская, Г.В. Грибанова. – М.: Наука, 1988. – 134 с.
- 77.Леонтьев А.Н. Избранные психологические произведения / Алексей

- Николаевич Леонтьев. – М.: Педагогика. – 1993. – Т.2. – 317 с.
- 78.Лисецкий К.С. Психология и профилактика наркотической зависимости / К.С. Лисецкий, Е.В. Литягина. – Самара: Издательский Дом «Бахрах-М», 2008. – 224с.
- 79.Лисецкий, К.С. Психология негативных зависимостей / К.С. Лисецкий, Е.В. Литягина. – Самара: Изд-во «Универс групп», 2006. – 251 с.
- 80.Литягина Е.В. Нерешенные задачи взросления как психологические условия формирования аддиктивного поведения старшеклассников: автореф. дис. ... канд. психол. наук: спец. 19.00.07. – Калуга, 2004. – 20 с.
- 81.Литягина Е.В. Критика общепринятой концепции профилактики наркотизма / Е.В. Литягина, К.С. Лисецкий // Ежегодник Российского психологического общества: материалы III Всероссийского съезда психологов 25-28 июня 2003: В 8т. – СПб: Изд-во СПбГУ, 2003. – Т.5. – С.133-136.
- 82.Литягина Е.В. Психосемантический анализ причин наркотизации / Е.В. Литягина, Н.В. Черемушкина: тезисы докладов XXX научной конференции студентов. – Самара: Изд-во «Самарский университет», 1999. С. 88-90.
- 83.Личко А.Е. Подростковая психиатрия: Руководство для врачей / Андрей Евгеньевич Личко. – [изд. 2-е, доп. и перераб.]. – Л.: Медицина. – 1985. – 416 с.
- 84.Личко А.Е. Психопатии и акцентуации у подростков/ Андрей Евгеньевич Личко. – [изд. 2-е, доп. и перераб.]. – Л.: Медицина, 1979. – 336 с.
- 85.Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков / Андрей Евгеньевич Личко. – Л.: Медицина, 1997. – 208 с.
- 86.Личко А.Е. Об особенностях акцентуации характера у подростков, злоупотребляющих токсическими и наркотическими веществами / А.Е. Личко, С.Ю. Чебураков // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии. – Таллинн, 1989. – Т. 2. – С. 118-119.
- 87.Лови О.В. Руководство по использованию зрительно-моторного гештальт-

- теста Бендер / О.В. Лови, В.И. Белопольский. – М.: Фолиум-Когито, 1996. – 40 с.
88. Ломов Б.Ф. Личность в системе общественных отношений / Б.Ф. Ломов // Психологический журнал. – 1981. – Т.2, № 1. – С. 3-17.
89. Ломова Т.О. Вивчення міжособистісних відносин у групі делінквентних підлітків з метою поліпшення соціально-психологічного клімату / Т.О. Ломова: матеріали II міжнародної науково-практичної конференції [Динаміка наукових досліджень'2003], (Дніпропетровськ, 20-27 жовтня 2003р.) / М-во освіти і науки України, дніпропетровський національний університет. – Дніпропетровськ: Наука і освіта, 2003. – С.42-44.
90. Лоуэн А. Психология тела (телесноориентированный биоэнергетический психоанализ) / Александр Лоуэн; [пер. с англ.]. – М.: Независимая ассоциация психологов-практиков, 1997. – 200 с.
91. Лоуэн А. Физическая динамика структуры характера / Александр Лоуэн; [пер. с англ.]. – М.: Наука, 1996. – 312 с.
92. Лукас В.Л. Развитие болезней аддикции / В.Л. Лукас; [пер. с англ.]. – М.: Наука, 1975. – 392 с.
93. Луценко А.Г. Асинхронии психосексуального развития / А.Г. Луценко. – Х.: Основа, 1996. – 208 с.
94. Маддукс Ж.Ф. Лечение и реабилитация лиц, длительно употреблявших героин / Ж.Ф. Маддукс; [пер. с англ.]. – М.: Наука, 1975. – 348 с.
95. Максимова С.В. Творческая активность у лиц с наркотической зависимостью / С.В. Максимова // Вопросы психологии, 2006. – №1. – С. 118-127.
96. Мастерство, новый код и системное НЛП / [Д.Делозье, Я.Холландер, П.Врица и др.]; пер. с англ. – М.: КСП, 1998. – 314 с.
97. Мельник Э.В. Активационная теория наркологических заболеваний / Э.В. Мельник // Вісник психічного здоров'я. – 2001. – № 1-2. – С. 23-27.
98. Мельник Э.В. Вклад уровня активированности субъекта в формирование риска злоупотребления психоактивными веществами / Э.В. Мельник //

- Архив психиатрии. – 2000. – № 1 (19). – С. 79-80.
99. Мельник Э.В. О природе зависимости (алкоголизм, наркомания, "компьютеромания" и другие) / Э.В. Мельник. – Одесса: Астрофит, 1998. – 400 с.
100. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология / Владимир Давидович Менделевич. – М.: МЕД-пресс, 1998. – 588 с.
101. Менегетти А. Образ и бессознательное. Учебное пособие по интерпретации образов и сновидений / Антонио Менегетти; [пер. с итал.]. – [изд. 2-е, испр., доп.]. – М.: Онтопсихология, 2004. – 608 с.
102. Москаленко В.Ф. Сучасні проблеми організації лікування та реабілітації осіб з алкогольною та наркотичною залежністю / В.Ф. Москаленко, А.М. Вієвський, С.І. Табачников // Архів психіатрії. – 2000. – № 3-4 (22-23). – С. 5-8.
103. Мухина В.С. Возрастная психология: феноменология развития, детство, отрочество / Валерия Сергеевна Мухина. – М.: «Академия», 2000. – 456с.
104. Мясищев В.Н. Личность и неврозы / Владимир Николаевич Мясищев. – Л.: Изд-во ЛГУ, 1960. – 426 с.
105. Мясищев В.Н. Некоторые вопросы теории психотерапии / В.Н. Мясищев // Вопросы психотерапии. – М., 1958. – С. 7-20.
106. Наркология / [Л.С.Фридман, Н.Ф.Флеминг, Д.Х.Робертс, С.Е.Хайман]; пер. с англ. – М., С.Пб: БИНOM–Невский Діалект, 2000. – 320 с.
107. Наркомания глазами семейного психолога; под ред. С.В.Березина, К.С.Лисецкого. – СПб.: «Речь», 2005. – 240с.
108. Нейрофізіологічний критерій оцінки стану хворих на наркологічні захворювання / [В.С.Бітенський, Е.В.Мельник, Н.Д.Березанська, В.В.Сушко] // Одеський медичний журнал. – 1999. – № 5 (55). – С. 64-65.
109. Никитин В.Н. Психология телесного сознания / Владимир Николаевич Никитин. – М.: Алетейа, 1998. – 488 с.
110. Ноорландер Э. Опыт применения метадона в Нидерландах / Э Ноорландер // Вісник Асоціації психіатрів України. – 1996. – № 1 (5). – С.

111. Острая интоксикация психоактивными веществами в общей наркологической и судебно-психиатрической практике / [А.Л.Игонин, А.Н.Кривенков, Т.В.Клименко и др.] // Российский психиатр. журнал. – 1998. – № 4. – С. 27-30.
112. Первомайский Э.Б. "Наркотический стаж" на момент выявления как мера прогрессивности наркоманий / Э.Б. Первомайский, И.В. Линский // Архів психіатрії. – 1998. – № 2-3 (17-18). – С. 66-72.
113. Первомайский Э.Б. Реконструкция реальной распространенности опиомании с помощью системы мониторинга эпидемиологических показателей в Украине / Э.Б. Первомайский, И.В. Линский // Архів психіатрії. – 1998. – № 1 (16). – С. 24-30.
114. Перлз Ф. Эго, голод и агрессия / Фриц Перлз. – М: Смысл, 2010. – 368 с.
115. Перлз Ф. Практикум по гештальт-терапии / Ф. Перлз, П. Гудмен, Р. Хефферлин Р; пер. с англ. – М.: Класс, 2001. – 316 с.
116. Петракова Т.И. Ситуационная мотивация употребления наркотиков у подростков / Т.И. Петракова, Д.Л. Лимонова, Е.С. Меньшикова // Вопросы психологии. – 1999. – № 5. – С. 31-36.
117. Петрова Т.В. Проблема депрессивних станів в ранньому юнацькому віці / Т.В. Петрова, С.В. Ситник: матеріали Всеукраїнської студентської науково-практичної конференції [«Актуальні проблеми сучасної психологічної науки»]. – Одеса, 2006. – С. 67-69.
118. Петровский А.В. К пониманию личности в психологии / А.В. Петровский // Вопросы психологии. – 1981. – № 2. – С. 40-46.
119. Петровский А.В. Личность в психологии с позиции системного подхода / А.В. Петровский // Вопросы психологии. – 1981. – № 1. – С. 57-66.
120. Платонов К.И. Слово как физиологический и лечебный фактор / Кнстантин Иванович Платонов. – М.: Медгиз, 1957. – 280 с.
121. Подкорытов В.С. Динамика состояния психического здоровья детей, проживающих в загрязненных радионуклидами районах Украины /

- В.С. Подкорытов: тез. докл. междунар. конф. [«Актуальные и прогнозируемые нарушения психического здоровья после ядерной катастрофы в Чернобыле»]. – Киев, 1995. – 300 с.
122. Попов Ю.В. Динамика расстройств личности у подростков (диагностика, коррекция, профилактика): автореф. дис. ... д-ра мед. наук: спец. 14.01.16 / Ю.В. Попов. – Л., 1989. – 47 с.
123. Попов Ю.В. Патохарактерологические реакции в юношеском возрасте / Ю.В. Попов // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1986. – Вып. 2. – С. 1659-1662.
124. Попов Ю.В. Профилактика алкоголизма у подростков с девиантным поведением / Ю.В. Попов // Ремиссии при алкоголизме. – Л.: Изд. ин-та им. В.М.Бехтерева. – 1987. – С. 115-118.
125. Попов Ю.В. Делинквентное поведение, алкоголизм и токсикомании у подростков / Ю.В. Попов, А.Е. Личко // Вопросы дифференциальной диагностики и врачебной тактики: Методические рекомендации. – М.: Наука, 1988. – 26 с.
126. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учебное пособие / [под ред. Д.Я. Райгородского]. – Самара: «Бахрах-М», 2002. – 672с.
127. Психологические тесты / [под ред. А.А.Карелина]. – М.: ВЛАДОС, 2000. – Т. 2. – 248 с.
128. Психологический словарь / [под ред. В.П.Зинченко, Б.Г.Мещерякова]. – [2-е изд., перераб. и доп.]. – М.: Педагогика-Пресс, 1998. – 440 с.
129. Психологическое изучение опыта употребления одурманивающих веществ подростками с нарушениями поведения / [В.В.Гульданд, О.Л.Романов, А.М.Корсун и др.] // Вопросы наркологии. – 1989. – № 1. – С. 38-42.
130. Психотерапевтическая энциклопедия / [под ред. Б.Д. Карвасарского]. – СПб: Питер, 1998. – 745 с.
131. Психотерапия детей и подростков / [под ред. Х.Ремшмидта]. – М.: Мир, 2000. – 656 с.

132. Пятницкая И.Н. Наркомания / И.Н. Пятницкая. – М: Медицина, 1994. – 544 с.
133. Радченко А.Ф. Конституционально-личностные особенности больных наркоманиями и их роль в формировании заболевания: автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец. 14.01.16 / А.Ф. Радченко. – М., 1989. – 24 с.
134. Радченко А.Ф. Семьи больных наркоманиями / А.Ф. Радченко, М.Л. Рохлина // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1990. – Вып. 2. – С. 272.
135. Ремшмидт Х. Подростковый и юношеский возраст: проблемы становления личности / Хельмут Ремшмидт; [пер. с нем.]. – М.: Мир, 1994. – 320 с.
136. Рожков М.И. Профилактика наркомании у подростков / М.И. Рожков, М.А. Ковальчук. – М., 2003. – 234 с.
137. Рожнов В.Е. Психотерапия / В.Е. Рожнов // Руководство по психиатрии / [под ред. Г.В.Морозова]. – М.: Медицина. – 1988. – Т.2. – С. 542-566.
138. Рожнов В.Е. Психотерапия алкоголизма и других наркоманий / В.Е. Рожнов // Руководство по психиатрии. – М.: Медицина, 1974. – С. 242-258.
139. Романова Е.С. Исследование механизмов психологической защиты при девиантном поведении / Е.С. Романова // Российский психиатр. журнал. – 1998. – № 3. – С. 18-21.
140. Романова О.Л. Социально-психологические механизмы усвоения детьми алкогольной традиции / О.Л. Романова, Т.И. Петракова // Вопросы психологии. – 1992. – № 5-6. – С. 22-25.
141. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии / Сусанна Яковлевна Рубинштейн. – М.: ЭКСМО-Пресс. – 1999. – 448 с.
142. Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии: в 2 т. / Сергей Леонидович Рубинштейн. – М.: Педагогика,. 1989. – т. 1. М.: Апрель-Пресс, Изд-во ЭКСМО-ПРЕСС, 2001. – С. 427 - 438.
143. Руководство по аддиктологии / [под ред. проф. В.Д. Менделевича]. –

СПб.: Речь, 2007. – 768 с.

144. Рутанен И.С. Болезни аддикции / И.С. Рутанен. – М.: Медицина, 1978. – 192 с.
145. Сигел Р.Р. Употребление алкоголя и наркотиков студентами колледжа / Р.Р. Сигел; [пер. с англ.]. – М.: Здоровье, 1985. – 308 с.
146. Симонова Е. Некоторые особенности психотерапии семей с химической зависимостью / Е. Симонова // Московский психотерапевтический журнал. – 2001. – № 3. – С. 162-171.
147. Синицкий В.Н. Проблема наркомании в Украине: социально-психологические и медико-биологические аспекты / В.Н. Синицкий // Мед. вестник. – 1998. – Вып. 4. – С. 13-16.
148. Сирота Н.А. Профилактика наркомании и алкоголизма: учебное пособие для студентов высших учебных заведений / Н.А. Сирота, В.М. Ялтонский. – М.: «Академия», 2003. – 175с.
149. Слободяник А.П. Психотерапия, внушение, гипноз / Александр Павлович Слободяник. – К.: Здоров'я, 1977. – 478 с.
150. Современная концепция лечения больных алкоголизмом и наркоманиями / [Н.Н.Иванец, И.П.Анохина, Ю.В.Валентик и др.] // Вопросы наркологии. – 1991. – № 3. – С. 13-16.
151. Турта Э.В. Самооценка девиантных подростков / Э.В. Турта: матеріали Всеукраїнської студентської науково-практичної конференції [«Актуальні проблеми сучасної психологічної науки»]. – Одеса, 2006 . – С.75-77.
152. Урсано Р. Психодинамическая психотерапия / Р. Урсано, С. Зонненберг, С. Лазар. – М.: Нонпарель, 1992. – 160 с.
153. Фанч Ф. Пути преобразования. Общие модули процессинга / Флемминг Фанч; [пер. с англ.] – К.: Ника-центр, 1997. – 362 с.
154. Федоренко А.Ф. Профілактика і психокорекція відхилень в поведінці / А.Ф. Федоренко // Практична психологія: комплекс типових навчальних програм. Випуск 3. – К.: Поліграф-центр, 2007. – С. 224-232.
155. Федосенко Е.В. Психологическое сопровождение подростков система

- работы, диагностика, тренинги: [монография] / Екатерина Владимировна Федосенко. – СПб.: Речь, 2008. – 192 с.
156. Фельденкрайз М. Осознание через движение / Моше Фельденкрайз; [пер. с англ.]. – М.: Наука, 1994. – 342 с.
157. Фесенко А.Г. Особливості девіантної поведінки в підлітковому періоді / А.Г. Фесенко, С.А. Прокофєва-Акопова: матеріали Всеукраїнської студентської науково-практичної конференції [«Актуальні проблеми сучасної психологічної науки»]. – Одеса, 2006. – С.79-80.
158. Фопель К. Сплоченность и толерантность в группе. Психологические игры и упражнения / Клауз Фопель; [пер с нем.]. – М.: Генезис, 2003. – 336 с.
159. Фопель К. Как научить детей сотрудничать? Психологические игры и упражнения: практическое пособие / Клауз Фопель; [пер. с нем.]. – [в 4-х томах]. – [2-е изд., стер.]. – М.: Генезис, 2003. – Т.4. – 160 с.
160. Фрейд А. Эго и механизмы психологической защиты / Анна Фрейд. – М.: АСТ: Астрель. Мн.: Харвест, 2008. – 160 с.
161. Фрейд З. Психология бессознательного / Зигмунд Фрейд. – С.Пб: Питер, 2010. – 400 с.
162. Фромм Э. Иметь или быть / Эрих Фромм; [пер. с нем.] – М.: Прогресс, 1986. – 158 с.
163. Харин С.С. Искусство психотренинга. Заверши свой гештальт / Сергей Сергеевич Харин. – Минск: В.П.Ильин, 1998. – 352 с.
164. Херсонский Б.Г. Татуировки в наркологической клинике / Б.Г.Херсонский // Научно-практическая конференция по вопросам комплексного лечения больных. – Одесса, 1985. – С. 108.
165. Холбер М.В. Лонгитудинальное исследование студентов, употребляющих наркотики / М.В. Холбер; [пер. с англ.] – М.: Наука, 1985. – 183 с.
166. Хьелл Л. Теории личности / Л. Хьелл, Д. Зиглер. – СПб.: Питер, 1997. – 608 с.

167. Шабалина В.В. Психология подростка [Электронный ресурс] / В.В.Шабалина, 2001. – Режим доступа: <http://www.narcom.ru>
168. Шабанов П.Д. Наркомания: патопсихология, клиника, реабилитация / П.Д. Шабанов, О.Ю. Штакельберг. – С.Пб: Лань, 2000. – 368 с.
169. Шепелева Л.Н. Программы социально-психологических тренингов / Л.Н. Шепелева. – СПб: Питер, 2008. – 160 с.
170. Шибутани Т. Социальная психология / Т. Шибутани. – Ростов н/Д: Феникс, 1999. – 544 с.
171. Шульга Т.И. Методика работы с детьми группы риска / Т.И. Шульга, В. Слот, Х. Спаниард. – М.: УРАО, 2001. – 123 с.
172. Эйдемиллер Э.Г. Исследование образа "Я" у подростков с аддиктивным поведением / Э.Г. Эйдемиллер, С.А. Кулаков, О.В. Черемисин // Психологические исследования и психотерапия в наркологии. – Л., 1989. – С. 74-79.
173. Энтин Г.М. Лечение алкоголизма и организация наркологической помощи / Геннадий Михайлович Энтин. – М.: Медицина. – 1994. – 206 с.
174. Эриксон М. Стратегия психотерапии / Милтон Эриксон; [пер. с англ.]. – СПб: Летний сад, 2000. – 510 с.
175. Юнг К.Г. Структура психики и архетипы / Карл Густав Юнг. – М.: Академический проект, 2009. – 304 с.
176. Япко М. Боль жизни. Техники эриксоновского гипноза и НЛП для краткосрочной психотерапии депрессий / М.Япко. – М.: Независимая ассоциация психотерапевтов-практиков, 1999. – 236 с.
177. Addiction Research Foundations Drugs and Drug Abuse: A Reference Text. 3 rd. – Toronto: Addiction Research Foundation, forthcoming, 1995. – 420 p.
178. Adelekan M.L. Reliability and validity of the Westminster Substance Use Questionnaire among Lancashire adolescents / M.L.Adelekan, S.Gowers, D.Sings // Drug Alcoh. Depend. – 1994. – Vol. 34, № 3. – P. 191-199.
179. Alcohol and drug abuse. HIV infection and risky sexual behaviors among women in treatment noninjection drug dependence / [R.M.Malow, K.B.Jager,

- S.J.Ireland, F.Penedo] // Psychiatr. – Serv. – 1996. – Vol. 47, № 11. – P. 1197-1199.
180. An estimate of the prevalence of drug misuse in Liverpool and a spatial analysis of known addiction / [N.F.Squires, N.J.Beeching, B.J.Schlecht et al.] // J. Publ. Health Med. – 1995. – Vol. 17, № 1. – P. 103-109.
181. Annual Reports Questionnaire. Drugs Control Commission of UN General Secretary. – Geneva, 1997. – 382 p.
182. Aproximacion a la prevalencia de usuarios de heroína en Navarra en 1990 / [D.M.Urtiaga, C.E.Extramiana, I.C.Moreno et al.] // Gazeta Sanitaria. – 1993. – Vol. 7, № 35. – P. 56-62.
183. Beisel J. Mehrfachabhandigkeiten / J.Beisel, O.Muller, B.Wegener // Gesundheitswesen. – 1993. – Vol. 55, № 4. – S. 185-189.
184. Blackson T.C. Interaction between childhood temperament and parental discipline practices on behavioral adjustment in preadolescent sons of substance abuse and normal features / T.C. Blackson, R.E.Tarter, A.C. Mezzich // Amer. J. Drug Alcohol Abuse. – 1996. – Vol. 22, № 3. – P. 335-348.
185. Blackwell J.C. Illicit Drugs in Canada: A Risky Business / J.C. Blackwell, P.G. Erickson. – Scarborough, Canada: Nelson, 1998. – 308 p.
186. Brandon P.R. State-level evaluations of school programs founded under the Drug-Free Schools and Communities Activity [Review] / P.R. Brandon // J. Drug Education. – 1992. – Vol 22, № 1. – P. 25-36.
187. Cannabis, health and Public Policy – Toronto: Addiction Research Foundation, 1996. – 442 p.
188. Chaudron-Thozet H. Analysis of heroin seized in France / H. Chaudron-Thozet, J.Girard, J.J. David // Bull. Narcot. – 1992. – Vol. 44, № 1. – P. 29-33.
189. Citrenbaum C.M. Modern clinical hypnosis for habit control / C.M. Citrenbaum, M.E. King, W.J. Cohen. – N.Y. – London: W.W.Norton and Company, 1998. – 189 p.
190. Confronting Drug Policy: Illicit Drugs in a Free Society. – Cambridge, UK: Cambridge University Press, 1993. – 220 p.

191. Cornish J.W. Crack cocaine abuse: an epidemic with many public health consequences. [Review] / J.W.Cornish, C.P. O'Brien // *Ann. Rev. of Public Health.* – 1996. – Vol. 17. – P. 259-273.
192. Crack use and correlates of use in a national population of street heroin users. The National AIDS Research Consortium / [D.C. McBride, J.A. Inciardi, D.D. Chitwood et al.] // *J. Psychoact. Drugs.* – 1992. – Vol. 24, № 4. – P. 411-416.
193. Criminality in a sample of drug abuses in Greece / [A.Kokkevi, J.Liappas, V.Boukouvala et al.] // *Drug Alcoh. Depend.* – 1993. – Vol. 31, № 2. – P. 111-121.
194. Davis R.B. Drug and alcohol use in the former Soviet Union: Select factors and future consideration / R.B. Davis // *Intern. J. Addict.* – 1994. - Vol. 29, № 3. – P. 303-323.
195. Dawe S. Craving and drug reward: a comparison of methadone and clonidine in detoxifying opiate addicts / S. Dawe, J.A. Gray // *Drug Alcoh. Depend.* – 1995. – Vol. 39, № 3. – P. 207-212.
196. Drug abuse and illicit drug use in Puerto Rico / [G.Canino, J.C.Anthony, D.H.Jr. Freeman et al.] // *Am. J. Public Health.* – 1993. – Vol. 83, № 2. – P. 194-200.
197. Farrell M. Opiate withdrawal: rev. / M. Farrell // *Addiction.* – 1994. – Vol. 89, № 11. – P. 1471-1475.
198. Frischer M. Estimated prevalence of injecting drug use in Glasgow [see comments] / M. Frischer // *Br. J. Addict.* – 1992. – Vol. 87, № 2. – P. 235-243.
199. Gamma-hydroxybutyric acid for treatment of opiate withdrawal syndrome / [L.Gallimberti, M.Cibin, P.Pagnin et al.] // *Neuropsychopharmacology.* – 1993. – Vol. 9, № 1. – P. 77-81.
200. Gilligan S.G. Therapeutic Trances / Stephen Gilligan. – N.Y.: Brunner-Mazel Publishers, 1997. – 408 p.
201. Gold M.S. Opiate addiction and the locus coeruleus. The clinical utility of

- clonidine, naltrexone, methadone and buprenorphine [Review] / M.S. Gold // Psychiatr. Clin. North Amer. – 1993. – Vol. 16, № 1. – P. 61-73.
202. Heilbrum A.B. Human sex-role behavior / A.B. Heilbrum. – N.Y.: Pergamon Press, 1981. – 270 p.
203. Marcer G.M. Adolescent drug use and attitudes toward the family / G.M. Marcer, J.P. Hundebly // J. Canad. J. Behav. Sci. – 1978. – Vol. 10, № 7. – P. 79-90.
204. Maternal ego development and mother-infant interaction in drug-abusing women / [N.R.Fineman, L.Bechwith, J.Howard, M.Espinosa] // Subst. Abuse Treat. – 1997. – Vol. 14, № 4. – P. 307-317.
205. Potter-Efron R.T. Family violence as a treatment: issue with chemically dependent adolescents / R.T. Potter-Efron, P.S. Potter-Efron // Alcohol Treat. Uart. – 1985. – Vol. 2, № 2. – P. 1-15.
206. Problem of drug dependence / [R.B.Resnick, R.S.Kesnetbaum, L.K.Schwartz et al.] – Washington, 1975. – 518 p.
207. Robson P. Forbidden Drugs: Understanding Drugs and Why People Take Them / P. Robson. – New York: Oxford University Press, Inc, 1994. – 412 p.
208. Szondi L. Lehrbuch der experimentellen Triebdiagnostic / Leopold Szondi. – Stuttgart: H.Huber, 1960. – 269 S.