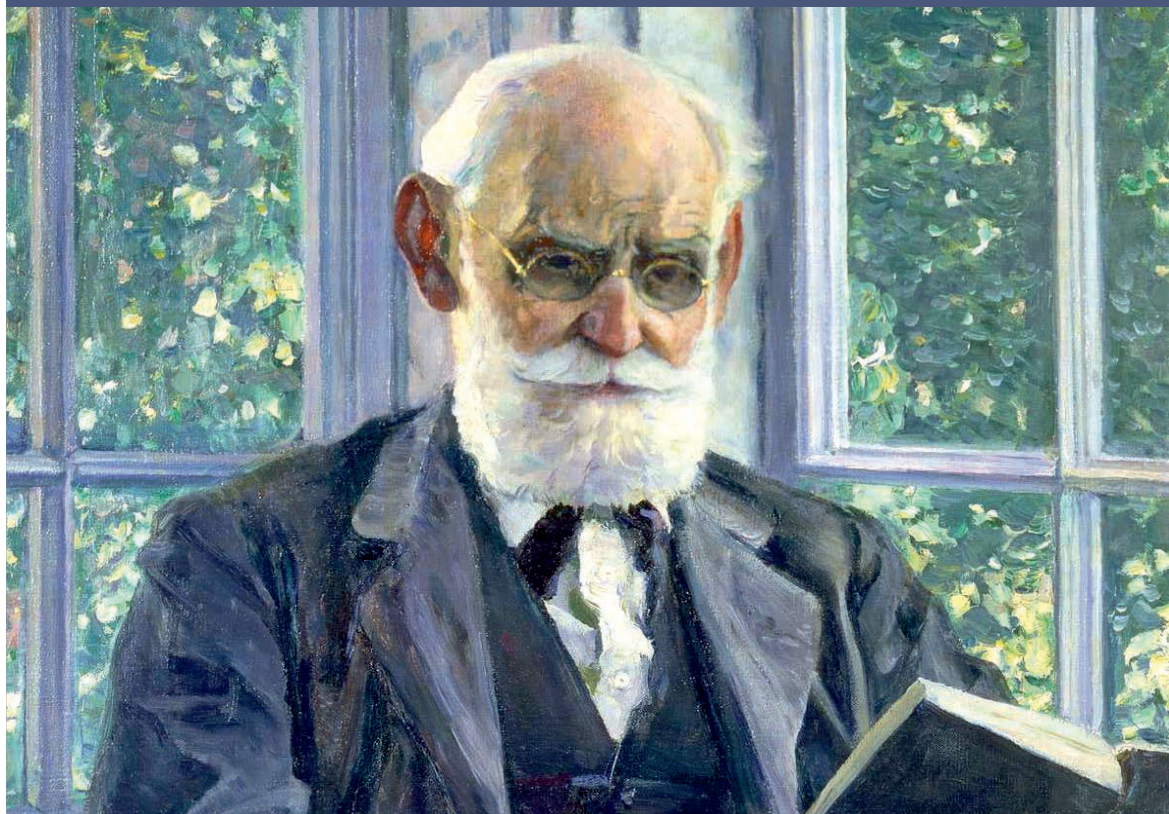


ХІХ КЛИНИЧЕСКИЕ ПАВЛОВСКИЕ ЧТЕНИЯ



16  
апреля  
2015

Доказательная фармакотерапия  
аддиктивных расстройств

Сборник научных статей

САНКТ-ПЕТЕРБУРГ  
2015



Комитет по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга  
СПб ГБУЗ «Городская психиатрическая больница № 7  
имени академика И.П. Павлова»  
Санкт-Петербургский Городской психотерапевтический центр  
Бехтеревское психиатрическое общество Санкт-Петербурга  
Российская психотерапевтическая ассоциация  
Российское психологическое общество  
Ассоциация Когнитивно-поведенческой психотерапии

XIX Клинические Павловские чтения

## Доказательная фармакотерапия аддиктивных расстройств

16 апреля 2015 г.

СБОРНИК НАУЧНЫХ СТАТЕЙ

Санкт-Петербург  
СИНЭЛ  
2015

УДК 616.89-008.446-085(082)

ББК 56.14я43

Д63

Доказательная фармакотерапия аддиктивных расстройств : сборник научных статей / XIX Клинические Павловские чтения, 16 апр. 2015 г. ; [сост.: Ю.Р. Палкин, Д.В. Ковпак]. – Санкт-Петербург : СИНЭЛ, 2015. – 74 с.

В надзаг.: Ком. по здравоохранению Правительства С.-Петербурга, СПб. ГБУЗ «Гор. психиатр. больница N 7 им. акад. И.П. Павлова», С.-Петерб. гор. психотерапевт. центр, Бехтерев. психиатр. о-во С.-Петербурга [и др.] .

I. Палкин, Ю.Р., сост. II. Клинические Павловские чтения (16; 2015; Санкт-Петербург).

ISBN 978-5-9906651-0-1

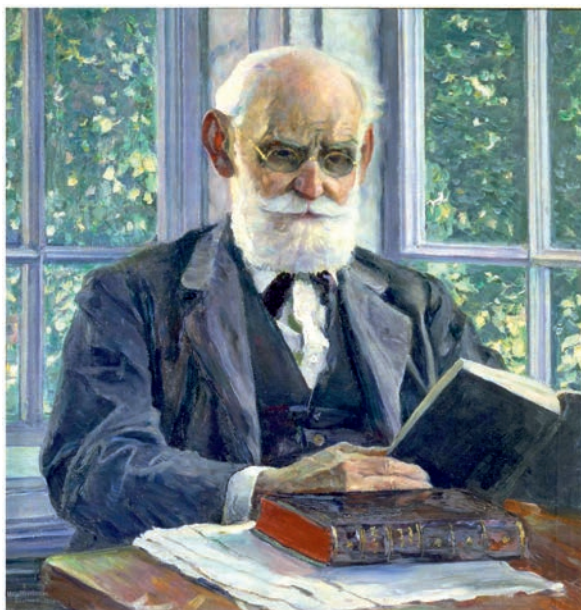
Сборник подготовлен Санкт-Петербургским  
Городским психотерапевтическим центром

Составители: Ю.Р. Палкин, Д.В. Ковпак

© ГПБ№7, 2015

© СПб ГПТЦ, 2015

© Ю.Р. Палкин, Д.В. Ковпак, 2015

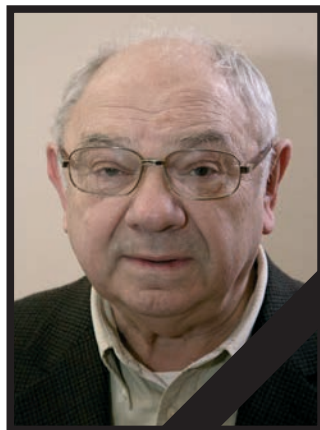


«Я убежден, что приближается новый этап человеческой мысли, когда физиологическое и психологическое, объективное и субъективное действительно сольются, когда фактически разрешится или отпадет естественным путем мучительное противоречие или противопоставление моего сознания моему телу».

**И.П. Павлов**

---

## С прискорбием сообщаем



9 ноября 2014 года на 78 году жизни скончался один из старейших сотрудников, профессор кафедры наркологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова, доктор медицинских наук, главный научный сотрудник отделения лечения больных алкоголизмом НИПНИ им. В.М. Бехтерева **Ерышев Олег Федорович.**

Он много лет был консультантом-психиатром Городской психиатрической больницы №7 (Клиники неврозов) им. акад. И. П. Павлова. Олег Федорович был врачом психиатром-наркологом высшей квалификационной категории со стажем работы в психиатрии и наркологии 46 лет. Он являлся ведущим специалистом по диагностике и фармакологическому лечению психозов и алкогольной зависимости, а также психических заболеваний, сопровождающийся алкогольной зависимостью. Олег Федорович Ерышев автор более 160 научных работ, том числе 2-х монографий, 2-х учебников, более 10-ти пособий для врачей, 2-х изобретений и 6-ти научно-популярных книг по вопросам психиатрии и наркологии. Его научными интересами являлись диагностика психопатологических расстройств в рамках алкогольной зависимости, клиника коморбидных состояний (алкогольная зависимость и эндогенные психические заболевания), состояние ремиссии и профилактика рецидивов при алкогольной зависимости.

Светлая память чуткому врачу, высокому профессионалу, интеллигентному коллеге и доброму человеку.

---

## **Консультативный совет «Клинических Павловских чтений»**

**Алексеев Борис Егорович** — доктор медицинских наук, профессор кафедры психотерапии СПб СЗГМУ им. И.И. Мечникова.

**Бреслав Григорий Эммануилович** — кандидат медицинских наук, заведующий кафедрой психологии менеджмента Санкт-Петербургского института гостеприимства.

**Крылов Владимир Иванович** — доктор медицинских наук, профессор кафедры психиатрии и наркологии с курсом психосоматической медицины ПСПб ГМУ им. акад. И.П. Павлова.

**Бабин Сергей Михайлович** — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психотерапии СПб СЗГМУ им. И.И. Мечникова.

**Петрова Наталия Николаевна** — доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой психиатрии и наркологии медицинского факультета СПбГУ, председатель правления Бехтеревского психиатрического общества Санкт-Петербурга.

**Ташлыков Виктор Анатольевич** — доктор медицинских наук, профессор кафедры терапии СПб СЗГМУ им. И. И. Мечникова.

**Федоров Александр Петрович** — доктор медицинских наук, профессор кафедры психотерапии СПб СЗГМУ им. И.И. Мечникова.

**Шуваев Вячеслав Тимофеевич** — доктор биологических наук, заведующий лабораторией физиологии ВНД СПб ИФ им. акад. И.П. Павлова РАН, вице-президент Общества физиологов Санкт-Петербурга и Фонда им. И.П.Павлова.

---

## **Организационный комитет «Клинических Павловских чтений»**

**Палкин Юрий Рудиевич** — председатель организационного комитета, главный врач ГПБ№7 им. акад. И.П. Павлова.

**Калягин Виктор Александрович** — ученый секретарь организационного комитета, доктор медицинских наук, профессор Санкт-Петербургского НИИ уха, горла, носа и речи.

**Кашкарова Оксана Евгеньевна** — заведующая городским психотерапевтическим центром, зам. председателя организационного комитета.

**Ковпак Дмитрий Викторович** — председатель редакционной коллегии, доцент кафедры психологии и педагогики СЗГМУ им. И. И. Мечникова.

## **Члены организационного комитета**

**Бесаев Эдуард Казбекович**  
**Воробьева Тамара Александровна**  
**Говорушкин Игорь Валентинович**  
**Дудова Надежда Витальевна**  
**Ивонин Александр Алексеевич**  
**Куценко Диана Олеговна**  
**Шандрик Ольга Леонидовна**



## **Уважаемые коллеги!**

Мы рады приветствовать Вас на ежегодных и уже ставших доброй традицией для многих из нас, «XIX Клинических Павловских чтениях». Доказательная фармакотерапия аддиктивных расстройств». Это важное событие в сфере психиатрии и деятельности коллектива Городской психиатрической больницы №7 («Клиники неврозов») им. акад. И.П. Павлова будет посвящено многоаспектной проблеме зависимости и ее лечения, феномену аддикции, от его физиологических, до психологических и даже философских аспектов. Такой уровень исследования этого феномена будет способствовать прояснению не только понимания генеза этой насущной проблемы, но и может стимулировать формирование более качественных стратегий терапии, воздействующей на разные мишени механизмов формирования и поддержания химических и нехимических зависимостей.

«Клинические Павловские чтения» были возрождены на рубеже XX и XXI века и призваны продолжить традицию всемирно известных «Павловских сред». На них в 30-х годах прошлого века И.П. Павлов в стенах нашей больницы собирал специалистов различных областей с целью обмена опытом и мнениями, проводил можно сказать «мозговые штурмы» основанные на экспериментальных и клинических данных. В этом году мы продолжаем традицию объединения мнений профессионалов разных специальностей, связанных между собой в клинической практике и научных теориях.

**Палкин Ю.Р.**  
**председатель организационного комитета**  
**главный врач ГПБ№7 им. акад. И.П. Павлова.**

## Когнитивно-поведенческая психотерапия в лечении полинаркозависимых

### Веселкова Ю.В.

исполнительный директор, клинический психолог Центр психологической реабилитации и социальной адаптации «КЛЮЧИ» (Москва)

### Мелёхин А.И.

психолог-психотерапевт Клиники психического здоровья, руководитель Московского отделения АКПП (Москва)

Использование краткосрочных форм терапии стало важной частью спектра медицинской помощи при лечении пациентов с зависимостью от психоактивных веществ (далее - ПАВ). Основной мишенью терапии является изменение определенных поведенческих навыков и стратегий которые в ситуации стресса приводят пациента к срыву [2]. Уделяется особое внимание вопросу соблюдения режима лечения, выявлению выгод от краткосрочной и долгосрочной систематической помощи (когнитивные тренинги, индивидуальные и групповые занятия, семейная терапия, психообразование, рецидивная терапия).

Как правило, выделяют следующие аспекты краткосрочной терапии:

- Направлены на решение конкретной проблемы, прицельно ориентированы на симптом, а не то, что за ним (метафора пожара).
- Четкое определение цели, связанной с конкретными изменениями в поведении.
- Цели терапии должны быть понятны, как для пациента, так для специалиста в области психического здоровья.
- Результаты терапии видны незамедлительно.
- Ответственность за изменение своего состояния несет пациент.
- В начале процесса терапии, акцент делается на то, что помощь пациенту, основанная на его прошлом опыте, повышает самоэффективность.
- Результаты терапии рассматриваются в динамике и измеряются количественно и качественно.

За последние несколько лет когнитивно-поведенческая терапия (далее - КПТ), ориентированная на прогноз рецидива и разработку эффективных стратегий совладания с ним, оказалась наиболее эффективным методом в лечении зависимости от психоактивных веществ (опийная наркомания, кокаинизм, каннабизм и полинаркомания) [11].

Изначально когнитивно-поведенческая терапия была разработана как способ предотвращения рецидива у пациентов с алкогольной зависимостью, с целью научить пациентов избегать или совладать с повышенным уровнем напряжения. Позже фокус внимания специалистов был направлен на пациентов употребляющих кокаин [1]. Методики когнитивно-поведенческой терапии основаны на принципе показать пациенту, что социальное обучение и научение играет важную роль в развитии ригидного и часто дезадаптивного поведения. Совместно с психотерапевтом пациент учится открывать для себя свою проблему, выявлять и устранять неадаптивное поведение, используя различные копинг-стратегии и техники, чтобы прекратить употребление наркотиков, и научиться решать возникающие жизненные трудности не прибегая к употреблению ПАВ.

Существуют различные протоколы лечения наркомании в рамках КПТ: МЕТ/CBT5, МЕТ/CBT5+CBT7, FSN, ACRA, MDFT и др. Объединяет эти протоколы ряд техник, предназначенных для выработки и укрепления самоконтроля, с учетом плюсов и минусов связанных с приемом ПАВ. Однако, надо учитывать, что на первых этапах терапии появляются трудности с выявлением минусов от принятия ПАВ, так как пациенты вспоминая начальную стадию употребления так называемый «розовый период употребления» не могут самостоятельно выявить минусы влияния ПАВ на собственную жизнь. В связи с этим проводятся: мотивационное интервью (2-3 сессии), психообразование (2-3 сессии), как самих пациентов, так и их родственников. Что значительно повышает комплаентность пациентов к терапии. Таким образом, пациент научается не только распознавать срыв на ранних этапах, но и выявлять потенциальные кризисные ситуации, применять копинг-стратегии, чтобы справиться с ними, не прибегая к привычному аддиктивному поведению [3].

Исследования показывают, что стратегии совладания приобретенные в процессе первичной реабилитации включающей в себя методы КПТ сохраняются пациентами на длительный срок от одного года до нескольких лет [6].

Проводятся исследования с целью создания более гибких интервенций при лечении зависимости от ПАВ путем объединения КПТ с другими направлениями поведенческой терапии (например, 12 шагов). Подр. [10].

## 12-ШАГОВ И КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

Традиционный подход 12-шагов, разработанный в парадигме самопомощи объединяет пациентов с алкогольной и наркотической зависимостью. Предполагается, что употребление психоактивных веществ является результатом биологической и/или психологической уязвимости, которая приводит к потере контроля над употреблением этих веществ. Пациенты, которые проходят программу 12-шагов принимают модель собственной болезни (например: наркомания, алкоголизм) или собственную аддиктивную идентичность и следуют цели лечения, принимая участие в 12-ступенчатой программе. Данную систему критикуют за подход к лечению по типу «все или ничего», а также стигматизации (маркировки) пациентов. Вместо того чтобы сказать «я сделал ошибку», пациенту присваивается негативный ярлык «я неудачник». Эти ярлыки приводят пациента к гневу, тревожности, фрустрации и низкой самооценки. Согласно когнитивно-поведенческой терапии ярлыки вредны и только усугубляют проблему. Некоторые исследователи отмечают, что цель ярлыков в 12-шаговых программах не в выработку у пациентов возможностей прекратить употребление наркотиков или алкоголя, а в обезличивание и формирование зависимости от групп, в которых реализуется данный подход. Например, группы АА и АН.

Когнитивно-поведенческий подход к лечению наркомании и алкоголизма разработан в рамках теории социального научения и ряда клинических исследований. Основное предположение модели КПТ, что употребление психоактивных веществ является формой неадаптивного поведения. Сам факт употребления психоактивных веществ является некой поведенческой гипотезой, которую сам пациент часто не замечает и не осознает. В этих случаях, целью терапии становится осознанно проверить эту гипотезу и выявить те факторы, которые поддерживают модель неадаптивного поведения. Выявить убеждения о власти ПАВ, о не возможности самостоятельного прекращения употребления веществ, чтобы справиться с состоянием дискомфорта в жизненных ситуациях. Психотерапевт, совместно с пациентом, с одной стороны, занимается выявлением негативных убеждений о приеме ПАВ и заменой их на более адаптивные, а с другой стороны, включая новые адаптивные убеждения, формирует новый репертуар копинг-стратегий от срыва.

Ранее считалось, что 12-шагов и КПТ это два подхода, которые по-разному смотрят на вопросы этиологии, лечения и восстанов-

ления после употребления ПАВ. Однако, на данный момент, существуют два эмпирических исследования, которые сравнивают эффективность 12-шагов и КПТ по существу употребления ПАВ. Эти исследования показывают повышение навыков совладания и мотивационное поведение в терапии в рамках амбулаторной клиники. В рандомизированном клиническом исследовании Уэллс рассмотрел относительную эффективность 12-шаговой терапии и профилактики рецидивов с помощью КПТ в группах для зависимых от кокаина в амбулатории клиники. Пациенты после прохождения данной терапии сократили прием кокаина. Однако стоит учитывать, что лечение строилось на добровольном участии, что повышало эффективность лечения. На данный момент, 12-шагов и КПТ объединены в направление под названием «12-шаговая упрощенная терапия» (Twelve-Step Facilitated Therapy (сокр. TSF), которая направлена на мотивирование и осознание пациентом прохождения 12-шаговой программы [10].

Выделяют ряд преимуществ когнитивно-поведенческой терапии в лечении злоупотребления психоактивными веществами:

КПТ является краткосрочным подходом, хорошо подходящим для возможности включения его в большинство клинических реабилитационных программ;

- КПТ является гибким, индивидуализированным подходом, который может быть адаптирован к широкому диапазону пациентов, а также в множестве форм применения (стационарный пациент, амбулаторный пациент) и форматов (групповые, индивидуальные занятия).
- Особенно стоит отметить форму «письменной терапии» (Writing Therapy), когда в назначенное время каждую неделю пациент пишет психотерапевту о своих проблемных реакциях. Данная форма КПТ особенно полезна для пациентов, которые испытывают трудности говорить о своих мыслях и чувствах.
- Построение терапии с опорой на планирование лечения и выбора конкретных целей.
- КПТ основан на структурированных принципах оценки прогресса лечения.

### **СТРУКТУРА ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С НАРКОМАНИЕЙ**

Когнитивно-поведенческая терапия предполагает, что пациенты с наркоманией испытывают дефицит навыков преодоления трудностей. Они не могут использовать стратегии совладания и подавлять

тягу к приему ПАВ. В связи с этим одной из первоочередных целей является обучение пациентов распознавать ситуации, в которой они скорее всего, принимают наркотические вещества. Найти пути избегания подобных ситуаций, и/или научиться более эффективно справляться с различными ситуациями, чувствами и поведением, связанными с употреблением ПАВ. КПТ особое внимание уделяет функциональному (или поведенческому) и мотивационному анализу злоупотребления ПАВ. Терапия строится на выявлении и понимании изменений лежащих в основе представлений пациента о себе и о своем отношении к употреблению ПАВ [2].

Учитывая биопсихосоциальный подход к пониманию болезни выделяют следующие задачи в рамках КПТ пациентов с наркоманией:

1. Формирование мотивации к трезвости и ясности сознания.
2. Обучение навыкам преодоления трудностей (стрессоустойчивость)
3. Обучение техникам релаксации.
4. Управление гневом и болезненными аффектами.
5. Улучшение межличностного функционирования и повышения социальной поддержки.
6. Помимо вышеизложенных задач терапии, следует уделять внимание наличию и рискам развития расстройства настроения, тревожных расстройств, социальных фобий, генерализованного тревожного расстройства, суицидальных мыслей. В этих случаях подключать к программе терапии дополнительные протоколы терапии данных психических расстройств [11].
7. В когнитивно-поведенческой терапии для пациентов с наркоманией выделяют следующие основные терапевтические этапы:
  8. Мотивационное интервью (Motivational Interviewing),
  9. Функциональный анализ поведения (Functional analysis)
  10. Обучение пациента когнитивной модели и диспуту дисфункциональных убеждений
  11. Обучение пациента различным социальным навыкам (Skills Training)
  12. Обучение пациента совладанию со стрессом (Teaching Stress Management)
  13. Тренинг уверенности (Assertiveness Training)
  14. Профилактика рецидивов (Relapse Prevention)

Рассмотрим более подробно данные компоненты.

### Мотивационное интервью и выделение целей терапии

После оценки соматического и психического состояния в начале терапии пациенту предлагается протокол мотивационного интервью (Motivation & Ambivalence) [8], который показан на рис. 1

	Преимущества	Недостатки
Пребываю в данном состоянии		
Перемены		

Рис. 1 Протокол мотивационного интервью

Пациенту задаются следующие вопросы: 1) Каковы преимущества пребывания в данном состоянии; 2) Каковы недостатки пребывания в данном состоянии; 3) Есть ли недостатки изменения состояния; 4) Есть ли преимущества перемен состояния. Совместно с пациентом заполняются поля данного протокола и проговариваются ответы вслух. Особое внимание стоит уделить мотивации пациента к переменам. От психотерапевта требуется точно выявить те чувства, мысли или поведение которые мешают пациенту взять на себя обязательства за изменение своего состояния. Копия мотивационного протокола обязательно отдается пациенту [1].

После заполнения мотивационного интервью пациенту предлагается лист личных целей (Personal Goal Worksheet) [3] с следующими вопросами:

- Каковы мои цели в отношении отказа от приема наркотиков?
- Каковы важные причины следовать этой цели?
- Какие шаги я планирую предпринять, чтобы достичь этой цели?

В ходе заполнения протокола психотерапевт может предложить обратную связь и предложить внести изменения таким образом, чтобы пациент не чувствовал критику. Если цели являются неопределенным, недостаточными или неуместными для лечения, то психотерапевт совместно с пациентом заполняет протокол предлагая несколько идей, которые могут помочь для достижения целей. Если у пациентов есть проблемы с формулированием целей, есть несколько способов, чтобы помочь им:

- Скажите пациенту, что многие люди считают, что они могли быть более успешными на этапе прекращения употребления наркотиков, имея четкое планирование и копинг-стратегии для избегания ситуаций которые приводят их к употреблению?
- Спросите пациента о том, чем он может отвлечь себя, от мыслей об употреблении наркотиков?
- Обратите внимание пациента, что в ходе лечения он будет больше узнавать о конкретных стратегиях решения проблемы употребления наркотиков.

После того как лист целей заполнен психотерапевт просит пациента прочитать его вслух. Объясняя пациенту, что чтение вслух помогает укрепить его мотивацию для достижения цели. Копия листа целей обязательно отдается пациенту на руки [3]/

### **Функциональный анализ**

Под функциональным анализом понимается анализ предпосылок и последствий от употребления ПАВ, которые служат в качестве запуска (триггера) и поддержания приема. Этот анализ дает важную информацию о значении неадаптивного поведения для пациента, а также выявляет мотивы и препятствия для его изменения. Анализ предпосылок проводится с помощью техники «5 вопросов» (5 Ws): Когда? Где? Почему? С кем / От кого? Что случилось дальше? [1].

Дополнительно проводится анализ:

1. Мест, где пациент покупает и употребляет наркотики.
2. Внешних и внутренних сигналов (эмоциональных состояний) которые могут спровоцировать употребление.
3. Окружающих людей с которыми пациент употребляет наркотики.
4. Эффект (психологический и физический) которые пациент получает от употребления ПАВ.
5. Проводится ретроспективная оценка до употребления ПАВ:



6. Что происходило перед тем, как вы приняли наркотик?
7. Как чувствовали себя до того, как вы его приняли?
8. Как / где вы приобрели и приняли наркотик?
9. С кем вы употребляете наркотик?
10. Что произошло после того как вы приняли наркотик?
11. Где вы были, когда вы начали думать о приеме наркотика?

В рамках функционального анализа можно начать анализ мыслей, чувств и событий связанных с употреблением психоактивных веществ. Данный анализ можно проводить с помощью протокола функционального анализа рисков приема ПАВ (Functional Analysis or High-Risk Situations Record) [3], который представлен в табл. 1.

**Таблица 1**  
**Протокол функционально анализа и ситуаций риска**

Ситуация	Мысли	Эмоции и ощущения в теле	Поведение	Последствия
Где был я? Кто был со мной? Что происходило?	Что в этот момент я подумал?	Что в этот момент я почувствовал?  Какие были ощущения в тебе?	Что я делал?  Что я мог использовать?  Что в этот момент делали окружающие люди?	Что произошло после?  Как я чувствовал себя после?  Как другие люди реагировали на мое поведение?

Можно предложить пациенту более расширенный протокол функциональной оценки поведения до и после приема ПАВ [3], представленный в табл. 2

**Таблица 2**  
**Протокол оценки поведения до и после приема психоактивных веществ**

Ситуация (триггер)	Мысли и эмоции	Поведение	Положительные результаты	Негативные результаты
Какая ситуация, мысль, образ способствовала приему ПАВ?	О чем я думал в этот момент? Что я чувствовал? Что я говорил себе?	Что я делал?	Какие хорошие вещи происходили?	Какие плохие вещи происходили?

Данные протоколы позволяют выявить триггеры, которые запускают прием ПАВ. Триггеры бывают внешними (люди, места, предметы, периоды времени) и внутренними (гнев, разочарование, возбуждение, волнение, скука, усталость, счастье). На рис. 2 представлена модель влияния триггеров на прием ПАВ.

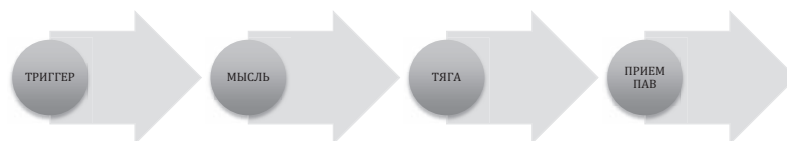


Рис. 2 Триггеры и прием ПАВ

Выделив ситуации высокого риска и ситуации малого риска, психотерапевт обучает пациента сокращать время пребывания в ситуациях повышенного риска и переходить в ситуацию малого риска с целью минимизации срыва. Применяют ролевые игры. Например, «высокий риск против малого риска» (high-risk vs. low-risk) [1] когда психотерапевт на основе выделенных триггеров и сведений из функционального анализа разыгрывает ситуации повышенного риска вместе с пациентом с целью повышения переносимости дискомфорта.

Таким образом, функциональный анализ дает «дорожную карту» ситуаций высокого риска, которые могут привести к употреблению ПАВ, а также определить те ситуации или состояния, в которых пациенту еще трудно справиться с дискомфортом учитывая влияние межличностных, внутриличностных факторов и факторов окружаю-

щей среды. Это первый шаг, который предоставляет пациенту некий инструмент для управления или избегания ситуаций, которые вызывают употребления ПАВ.

### **Негативные автоматические мысли**

Совместно с психотерапевтом пациент учится определять мысли, которые усиливают тягу к употреблению наркотиков, а также те мысли, которые поддерживают состояние тонуса, в моменты употребления психоактивного вещества. Отследив один раз, влияние этих мыслей на состояние и изменив их, пациент начинает предвосхищать проблемные реакции в определенных условиях.

Однако при выявлении иррациональных убеждений пациентов с зависимостью от ПАВ стоит учитывать следующие характеристики мышления [6]:

- Мысли очень быстро возникают
- Мысли жесткие, негибкие
- Дихотомический тип мышления («все или ничего»)
- Сверхобобщение
- Неземпирическое и абсолютное мышление
- Выделяют следующие иррациональные убеждения пациентов употребляющих ПАВ:
- Мысли об отказе: наркотики не являются проблемой;
- Наркотики лучший и единственный способ решить эмоциональные проблемы;
- Низкая толерантность к фрустрации и/или стремление к высоким уровням стимуляции;
- Дискомфорт / беспокойство: все негативные эмоции, которых следует избегать любой ценой;
- Преодолеть зависимость слишком сложно, сделать это одному невозможно, безнадежность, я буду беспомощным и следовательно ничего не стоит делать;
- Самоедство, чувство вины, и стыд за то, что я – наркоман.

В Табл. 3 показаны общие иррациональных убеждений о приеме наркотиков с представлением рациональных альтернатив.

Таблица 3

Иррациональные убеждения	Рациональная альтернатива после диспута
Прием наркотиков вообще никогда не был проблемой для меня, даже если иногда я мог потерять контроль.	Потеря контроля может быть первым признаком проблемы. И если не замечать ранние признаки, то рано или поздно это приведет к срыву.
Мне нужно, употреблять наркотики, чтобы расслабиться.	Я могу использовать не только наркотики, чтобы снять напряжение, но не должен использовать наркотики только потому, что хочу расслабиться.
Я терпеть не могу, если у меня нету того чего я хочу. Это слишком трудно терпеть.	Мне может не нравится, то что происходило в прошлом, но это не значит что это не будет происходить сейчас.
Единственное время, когда я чувствую себя комфортно, когда я под кайфом.	Трудно научиться жить социально-комфортно без наркотиков, но люди делают это все время.
Слишком трудно прекратить употреблять наркотики. Я потеряю всех своих друзей, мне будет скучно, и никогда не буду чувствовать себя в безопасности без наркотиков.	Чтобы бросить употреблять наркотики может стоить попробовать делать некоторые вещи, занять время и приложить хотя бы усилия, а не предвосхищать негативные последствия.
Люди обречены на разочарование и несчастья, поэтому я употребляю наркотики.	Где доказательства, что все люди обречены на разочарование и несчастье и из-за этого употребляют наркотики?
После того как я перестану употреблять, я увижу, что все в жизни кончено. Я вернусь туда откуда все началось, и это приведет меня к мысли о том, что я наркоман и всегда буду наркоманом.	Неудачи и срывы бывают у каждого, но ведь мы можем восстанавливаться. Срыв может сказать мне, в каком направлении мне нужно идти теперь. Это мой выбор.

При работе с иррациональными убеждениями можно использовать целый спектр техник «когнитивный континуум», «падающая стрела», «дневник учет позитивных мыслей», «выгоды и издержки». Активно применяются карточки совладания (Coping cards) представляющие собой маленькие карточки на которых с одной стороны записана проблемная реакция (дисфункциональное убеждение, неадаптивное поведение, негативная эмоция), а с другой стороны способы и шаги совладания с ней.

### **Обучение пациента различным навыкам**

Первым этапом обучения навыкам справляться с тягой к употреблению ПАВ является:

- Участие в деятельности не связанной с употреблением наркотиков
- Открыто говорить о тяге
- Умение отлеживать тягу
- Останавливать мысль
- Общение с другом или знакомым, который не употребляет наркотики

В этих случаях, так же, эффективно применение ролевых игр. Например, “триггер-мысль-тяга-употребление” (Trigger-Thought-Craving-Use) [1] с пациентом составляет модель поведения его тяги и обсуждаются способы совладания с ней. В рамках ролевой игры пациент, совместно с психотерапевтом, моделируют ситуации высокого риска и применяют техники совладания. После ролевой игры происходит обсуждение эффективности техник совладания с тягой с разработкой системы напоминаний.

Проводится обучение внутриличностным навыкам таким как: управление мыслями о ПАВ, техники решения проблем без употребления ПАВ, принятие решений, обучение релаксации, осознание гнева, управление гневом, осознание и управление негативными мыслями, введение в образ жизни хобби и спорта, планирование поведения на случай чрезвычайных ситуаций, план совладания с постоянными проблемами.

Навыки межличностного общения (с включением семьи или “доверительного лица” пациента) включают в себя [6]:

- отказ предложения употреблять наркотики (говорить “нет”);
- умение поддерживать разговор;
- чтение языка тела;
- умение выражать и слушать жалобы;
- обучение уверенности в себе;
- выражение эмоций;
- интимные отношения;
- обучение реагировать на критику;
- обучение принимать критику.

Отдельно стоит отметить навыки отказа от предложения употребить ПАВ (Drug refusal skills) [3].

Выделяют следующие принципы эффективного отказа от приема наркотиков:

1. Отвечать быстро (без запинок и бормотаний, не стесняясь)
2. Установить хороший зрительный контакт
3. Ответить четко и твердо: “Нет” (ввести метафору открытой двери для будущего)
4. Сделать разговор кратким
5. Покинуть ситуацию повышенного риска употребления ПАВ

Данные навыки моделируются в ролевой игре с привлечением прошлого опыта пациента. Моделируются ситуации, когда пациенту делается предложение от друга или продавца наркотиков, достать или принять дозу. Отрабатывается навык говорить “Нет” в подобных ситуациях.

Стоит отметить важность обучения принимать критику по поводу употребления психоактивных веществ.

Вопрос расширения круга социальной поддержки является краеугольным камнем в терапии пациентов с наркоманией [3]/ Этот этап терапии начинается с того, что совместно с психотерапевтом, пациент рассматривает выгоды для увеличения социальной поддержки. Далее психотерапевт сосредотачивается на обучении навыкам социальной поддержки. В терапии часто используют технику “диаграмма социальной поддержки” (Social Circle Diagram) [3], которая показана на рис. 3

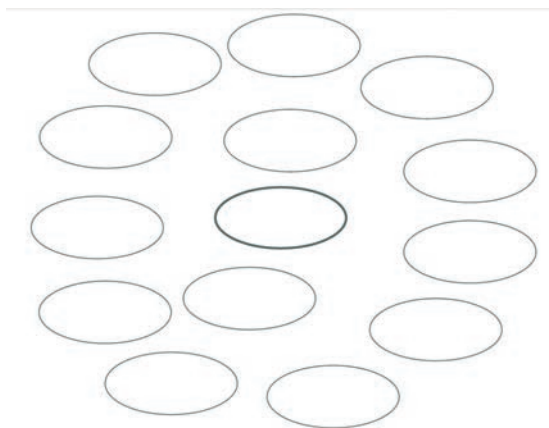


Рис. 3 Диаграмма социальной поддержки

Пациенту предлагается схема (рис. 3), и дается инструкция отметить свой собственный круг социальной поддержки, сосредоточив внимание на тех людях, кто мог бы поддержать его в решении проблемы приема ПАВ. Пациента просят поместить свое имя в центр схемы, а затем вписывать имена тех людей, кто может поддержать или оказать помощь в достижении цели. От пациента требуется расположить людей, которые могли бы оказать большую поддержку ближе к кругу с его именем. Уточняется, что заполнить схему нужно столько сколько можете. После заполнения и совместного обсуждения с психотерапевтом, пациенту дается лист-напоминание повышения социальной поддержки (Enhancing Social Supports Reminder Sheet)[3], который включает в себя следующие вопросы:

1. Кто из ближайшего окружения мог бы Вас поддержать?
2. Вспомните людей, которые в прошлом помогали Вам
3. Обычно поддержку могут оказать друзья, родственники, знакомые.
4. Какие виды поддержки будут более подходящими для Вас?
  - a. Помощь в решении проблемных задач, мозговой штурм
  - b. Моральная поддержка с преобладанием поощрения и понимания
  - c. Распределение нагрузки в решении проблем
  - d. Информационная поддержка
5. Как вы можете получить поддержку? Какая помощь Вам нужна?
6. Спросите себя что мне нужно. Будьте откровенным и конкретным.
  - a. Поиск новых сторонников в решении проблем связанных с прекращением употребления ПАВ.
  - b. Предлагать поддержку другим людям.
  - c. Давать своим сторонникам обратную связь. Чтобы они понимали с какими трудностями они могут столкнуться.

### **Обучение пациента совладанию со стрессом**

Психотерапевт обучает пациента методикам, которые помогут ему снизить уровень стресса, в том числе техники релаксации, систематической десенсибилизации, планирование заранее поведения для потенциально стрессового события, что способствует улучшению психологической адаптации. За последнее время активно применяется терапия осознанности в лечении дистресса (Mindfulness-Based Stress Reduction), которая показала, что сосредото-

точение и медитация снижают мысли и тенденции реагировать на стресс неадаптивным поведением употребляя ПАВ [5]. В отношении тяги к ПАВ данный подход позволяет обучить пациентов не реагировать на раздражители, на “автопилоте”, а реагировать с осознанием и промедлением. Активно разрабатывается новое направление терапии осознанности в профилактики рецидивов (Mindfulness-Based Relapse Prevention, сокр. MBRP) которая сочетает в себе практику медитации со стандартными навыками профилактики рецидивов.

Основными задачами MBRP являются:

1. Повышение осведомленности пациента о триггерах и привычных реакциях которые приводят к срыву. Освоение способов делать паузу в этом, казалось бы, автоматическом процессе тяги к употреблению ПАВ. Пациента обучают понимать диапазон выбора, который он может сделать в настоящий момент.
2. Изменение отношения к дискомфорту, научиться распознавать сложные эмоциональные и физические ощущения и реагировать на них более гибко, используя различные медитативные и дыхательные техники.
3. Построить собственный образ жизни так, чтобы он больше заключался в осознанности. Работа с глубоко укоренившимися привычками. Введение новых привычек.
4. Осознанность тяги к употреблению ПАВ. Прямой вызов тяге. С чем связана тяга (голод, злость, одиночество, и усталость).

### **Тренинг уверенности (Assertiveness Training).**

Психотерапевт поощряет пациента открыто выражать эмоции и потребности, отстаивать свои права в форме различных ролевых игр с моделированием различных стрессовых ситуаций. Умение выражать свои негативные эмоции конструктивно. Данные навыки полезны для пациентов с наркоманией, потому как, часто, они не в состоянии выражать свои эмоции и потребности, что приводит к срыву. Тренинг асертивности направлен на то, чтобы пациент стал более напористым, смог лучше контролировать свое импульсивное поведение, а также факторы, которые могут привести к рецидиву.

### **Профилактика рецидивов**

Вопрос рецидивов опирается в большой степени на функциональный анализ, выявления рецидива в ситуациях высокого риска, и разработку алгоритма совладания с данными ситуациями. Однако



при разработке плана совладания с рецидивом стоит учитывать наличие личной выгоды пациента от рецидива. Психотерапевт показывает пациенту когнитивно-поведенческую модель рецидива (рис. 4).

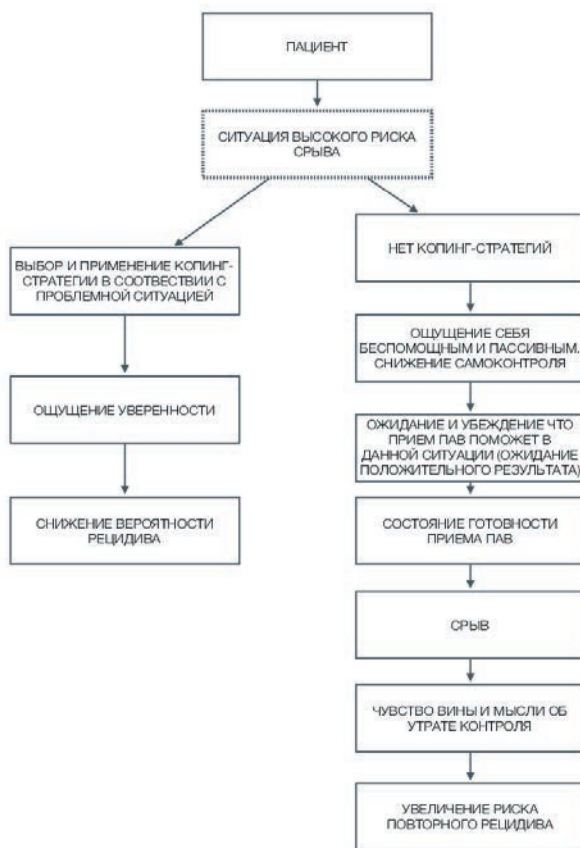


Рис. 4 Когнитивно-поведенческая модель рецидива (по R.M. Kadden)

После ознакомления с данной моделью пациенту предлагается выделить чрезвычайные ситуации и непредвиденные обстоятельства, которые повышают риск повторного употребления ПАВ [3]

С помощью техники мозгового штурма записываются все возможные варианты события и обстоятельств, без критической оценки.

Часто используют следующий протокол, показанный в таблице 4.

**Таблица 4**  
**Лист кризисных ситуаций срыва**

Типы кризисных ситуаций	Примеры пациента
Непредвиденный триггер	
Социальное отделение	
Проблемы на работе и личной жизни	
Новые ситуации	
Новые обязанности	

Выделив чрезвычайные ситуации, психотерапевт обучает пациента технике решения проблем (Problem-Solving)[3], которая состоит из следующих шагов:

1. **Есть ли проблема?** (записать буквально)
2. **В чем заключается проблема?** Определите проблему. Опишите проблему настолько точно, насколько это возможно. Можно разбить ее на части.
3. **Что я могу сделать, чтобы решить проблему?** Рассмотрите различные подходы к решению проблемы. Предложите как можно больше решений этой проблемы.
4. **Что произойдет, если я выберу этот вариант... ?** Выберите наиболее оптимальный вариант решения проблем. Рассмотрите все положительные и отрицательные стороны каждого из возможных вариантов, и выберите тот, который скорее всего, решить эту проблему.
5. **Как этот вариант работает?** Используйте выбранный вариант. Оцените его эффективности. Подумайте, что вы можете сделать, чтобы усилить этот вариант решения проблемы.

Следующим шагом в рецидивной терапии является разработка плана совладания с рецидивом. Разработав план заранее, пациент будет менее уязвим в непредвиденных чрезвычайных ситуациях. Пациенту предлагается протокол (Personal Emergency Plan)[1] состоящий из следующих пунктов:

1. План для кого (имя и фамилия);
2. Возможные чрезвычайные ситуации, к которым я хочу быть готов;
3. Если одна из этих чрезвычайных ситуаций происходит, как я помогу себе справиться;

4. Что я буду делать:
  - a. О чем я могу подумать в этот момент
  - b. Как могу отвлечься (физическая активности, расслабляющие занятия, творчество и др.)
  - c. К кому я могу обратиться за помощью (указать имя и телефон)
5. Что я не буду делать:
  - d. Покупать и употреблять наркотики
  - e. Действовать на автопилоте
  - f. Быть эмоциональным
  - g. Изолировать себя и/или держаться подальше от людей, которые могут помочь мне.
  - h. Пребывать в ситуации высокого риска употребления наркотиков.
6. Есть ли экстренный вариант избегания рецидива употребления наркотиков, какие шаги помогут мне остановить срыв

#### **Выполнение домашних заданий**

Домашние задания являются неотъемлемым компонентом профилактики рецидивов употребления ПАВ. Исследования показывают положительное влияние выполнения домашних заданий на результат лечения пациентов с химической зависимостью. Однако, при построении домашних заданий, особое значение стоит уделять мотивации пациента к изменению состояния. Мотивацию часто рассматривают как предиктор для выполнения домашних заданий в ходе терапии. Согласно транстеоретической модели (transtheoretical model) мотивация [4], или готовность изменить собственное аддиктивное поведение проходит ряд стадий:

- предварительное размышление (не учитывает изменения состояния),
- созерцание (оценка выгод и издержек),
- подготовка (планирование изменений),
- действие (изменение поведения)
- обеспечение (поддержка изменений).

Данный цикл следует учитывать при работе с пациентами употребляющими ПАВ.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

На современной этапе развития когнитивно-поведенческой терапии аддиктивного поведения от специалистов в области психического здоровья требуется гибкое сочетание различных подходов и протоколов лечения. Начиная с мотивационного интервью, которое способствует формированию мотивации к изменению собственного состояния и комплаентности к лечению, заканчивая профилактикой рецидивов и разработкой кризисных планов совладания с прямой тягой. Помимо когнитивно-поведенческой терапии в структуру психотерапевтических форм лечения пациентов с наркоманией включают: психообразование пациентов и их родственников, когнитивные тренинги, семейную терапию, терапию среды (работа в мастерских).

Ключевыми компонентами, которые отличают когнитивно-поведенческую терапию, от других подходов к лечению наркомании являются:

- Функциональный анализ употребления психоактивных веществ.
- Принцип осознанности пациентом употребления ПАВ и разработка стратегий как справиться с тягой. Управление мыслями, решение проблем приводящих к эмоциональному дискомфорту, нормативное и кризисное планирование на случай чрезвычайных ситуаций приводящих к срыву.
- Разработка алгоритмов копинг-стратегий с моделированием их применений и созданием системы напоминаний о их использовании.

Эти компоненты позволяют пациенту, совместно с психотерапевтом, увидеть свое аддиктивное поведение с различных точек зрения и, опираясь на сильные стороны своей личности, увеличить время ремиссии заболевания.

## Литература

1. A Cognitive-behavioral approach: Treating cocaine addiction . National Institutes of Health. 2000. 127 p.
2. Brief Interventions and Brief Therapies for Substance Abuse Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 34 Center for Substance Abuse Treatment. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 1999.
3. Cannabis Youth Treatment Series Volume 1//Ed. by Susan Sampl, Ph.D. Ronald Kadden, Ph.D. Center for Substance Abuse Treatment.
4. Gonzalez V.M. The Role of Homework in Cognitive–Behavioral Therapy for Cocaine Dependence// Journal of Consulting and Clinical Psychology 2006, Vol. 74, № 3, 633–637
5. Himmelstein S. Mindfulness-Based Substance Abuse Treatment for Incarcerated Youth: A Mixed Method Pilot Study // International Journal of Transpersonal Studies. 2011, Vol. 30.
6. Kadden R.M. Cognitive-behavior therapy for substance dependence: coping skills training. University of Connecticut. 2001. 28 p.
7. Marcus M.T. Mindfulness-Based Therapies for Substance Use Disorders: Part 1 (Editorial)// Subst Abus. 2009. Vol. 30. № 4.
8. Moyers T.B. Houck J, Combining Motivational Interviewing With Cognitive-Behavioral Treatments for Substance Abuse: Lessons From the COMBINE Research Project// Cognitive and Behavioral Practice. 2011. Vol. 18 p.38–45.
9. Petitjean S.A. A randomized, controlled trial of combined cognitive-behavioral therapy plus prize-based contingency management for cocaine dependence // Drug and Alcohol Dependence. 2014. Vol. 145. p. 94–100
10. Ouimette Paige Crosby Twelve-Step and Cognitive-Behavioral Treatment for Substance Abuse A Comparison of Treatment Effectiveness// Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1997, Vol. 65, №. 2. 230-240
11. Standard and Innovative Strategies in Cognitive Behavior Therapy // Ed. by Irismar Reis de Oliveira, InTech, 2012. 202 p.

## Аддиктивность в свете представлений И.П. Павлова

**Калягин В.А.**

Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи Росздрава

Зависимость противопоставит свободе, но в качестве термина это понятие стало самостоятельным и отчетливо приобрело негативное значение пагубной привычки. Первоначально предметом внимания стали варианты физической зависимости – алкоголизм, наркомания, токсикомания, нашедшие отражение в классификации болезней, на первом этапе становления которых выделяют психическую зависимость. В настоящее время они дополнены вариантами собственно психической зависимости, среди которых – лудомания, интернет-аддикция, ониомания, зависимость от сект, работоголизм и другие [Taylor C.Z., 2002; Olsen C.M., 2011]. Сложность и многообразие проявлений зависимости можно проиллюстрировать на примере зависимости от интернета. С одной стороны, она может быть отнесена к более широкой категории, условно информационной или в англоязычном варианте «technology addiction», куда также относится зависимость от радио и телевидения. С другой стороны, саму интернет-зависимость подразделяют на игровую, шопинговую, блоггинг, социальную, порно и другие. Обращается внимание также на возможность соматических осложнений в результате длительной психогенной зависимости, например, просиживания у экрана монитора.

В действительности круг зависимостей может быть значительно расширен. Среди патологических вариантов это, например, навязчивости, которые традиционно выделяют в отдельную категорию. Но и при других расстройствах мы часто обнаружим проявления зависимости. Сюда может быть отнесена рентность, тревога, страхи, изменение самооценки.

Расширение круга зависимостей приводит к необходимости признать, что существует зависимость всех живых существ от окружающей среды и что в самой их организации действуют причинно-следственные отношения, также являющимися проявлением зависимости. Этот общий взгляд на природу живого позволяет перейти к интерпретации аддиктивности с позиций представлений И.П. Павлова.

И.П. Павлов стремился «свести психологию на физиологию». В своих работах он с гордостью упоминал заслуги отечественных ученых, но при этом всегда отдавал должное и зарубежным, исходя из

их вклада в общую копилку человеческих знаний. Для него наука была борьбой за знания, а не борьбой амбиций. У Р. Декарта, которому по его инициативе был поставлен памятник в первом отечественном научном городе - Колтушах, он заимствовал материалистические взгляды, и значение в их реализации метода, а в этом методе принцип детерминизма, воплощением которого стал описанный Р.Декартом механизм рефлекса. Рефлексы И.П.Павлов рассматривал как механизм уравнивания организма с внешней средой. Так он писал: «Что собственно есть в факте приспособления? Ничего, как мы только что видели, кроме точной связи элементов сложной системы между собой и всего их комплекса с окружающей обстановкой. ... грандиозная сложность высших, как и низших, организмов остается существовать как целое только до тех пор, пока все ее составляющее тонко и точно связано, уравновешено между собой и с окружающими условиями. Анализ этого уравнивания системы и составляет первейшую задачу и цель физиологического исследования как чисто объективного исследования» [Павлов И.П., 1954, с. 200].

И.П. Павлов показал, что инстинкты, которые он впоследствии назвал безусловными рефлексами, удовлетворяются по большей части с помощью условных рефлексов, обеспечивающих их реализацию в меняющейся среде. Сами же безусловные рефлексы поддерживают жизнь, демонстрируя нашу зависимость от среды обитания. В экспериментах с удалением коры головного мозга он показал полную беззащитность животного, у которого сохранялись только безусловные рефлексы и, соответственно, зависимость его жизни от внешней помощи. Что же касается условных рефлексов, то они изучались с высочайшей тщательностью и критическим отношением к получаемым результатам. Так при обсуждении конкретных экспериментальных исследований он говорил: «Но бывают ошибки назидательные благодаря тому, что их удается разъяснить и распутать. Вот и ошибки, указываемые в данной работе, принадлежат к таким назидательным ошибкам, потому что они все разъяснены. Ошибки в этом отношении есть даже отрадное явление. Полученные нами в начале данные так импонировали, что мы считали их строго установленными, и я даже демонстрировал их на лекциях, хотя, собственно говоря, они и не отвечали нашим принципиальным воззрениям. По этим последним, так как условный рефлекс есть копия безусловного, он должен сохранять и такой же характер, а благодаря фактическим данным приходилось допустить, что копия имеет другой характер. Работы доктора Эльяс-

сона указывают источники ошибок фактических данных и правильности принципиальных воззрений.» [Павлов И.П., 1940, с. 381-382].

В другом выступлении И.П.Павлов описывает факты многообразия и сложности зависимости поведения животных от внешней среды, подчеркивая, что они получены объективно методом: «Звук метронома, как вы видели, являясь сигналом кислоты, служит возбудителем условного рефлекса. Когда к этому раздражителю прибавить влияние другого раздражителя (и уже кислоты не вливать), то в конце концов получится такое положение, что метроном по-прежнему будет гнать слюну, а метроном с другим раздражителем не даст отделения слюны. ... На физиологическом ... языке это будет называться торможением рефлекса. Мы знаем, что раздражитель, прибавленный к условному раздражителю, угнетает эффект этого условного раздражителя. Для данных случаев оказалось, что не все раздражители могут совершенно тормозить. Так, например, холод не смог. Далее, все остальные раздражители угнетают в известном порядке: чесание тормозит быстрее всего, затем идет нагревание, затем свет, а холод, как мы видели, совсем не мог оказать тормозящего действия. ... Далее, мы отметили, что, когда после комбинации метронома с другим раздражителем пустить опять один метроном, то слюна потечет плохо, хотя, как вы видели, при одном метрономе она должна была идти сильно. С нашей точки зрения это опять-таки понятно, так как это только протяжение тормозящего действия. В этом последнем обстоятельстве есть еще одна интересная черта. Вы видели, что присоединение другого раздражителя дает возможность отличить, но комбинацию раздражителей от следующего чистого раздражителя животное отличить не может. Если бы такой же опыт поставить у человека, он бы отличил, и объяснить эту разницу нужно тем, что мозг человека направлен главным образом на всевозможные комбинации, у животных же замечается особенная чуткость к различным отдельным раздражителям. Человек не имеет такого обоняния, как собака, такого зрения, как орел, но животные не могут в такой степени отличать комбинацию раздражителей. В заключение я должен сказать, что для дальнейших работ предстоит новая и новая постановка опытов. Я высказываю пожелание, чтобы работа эта попала и в другие руки и направлялась другими умами» [Павлов И.П., 1940, с. 382-383].

И если И.П.Павлов, называя гениальным взлетом мысли открытие И.М.Сеченовым явления торможения в нервной системе, огорчаясь, что затем тот перешел на психологический язык, в данном случае



сам И.П.Павлов сопоставляет поведение животных и человека последовательно применяя физиологический его анализ.

Непосредственно явлению зависимости И.П.Павлов посвятил две работы, одна из которых посвящена интерпретации исследований П.Жанэ [Павлов И. П., 2001, с. 256-260], а другая – навязчивости и паранойе [Павлов И. П., 2001, с. 283 – 297]. Первой теме он также посвятил своё выступление на научно «Среде» 20 февраля 1935 года, где он подчеркивал глубокое различие в объяснении чувства овладения психологом и физиологом. Анализу подвергаются два клинических случая, описанных П. Жанэ. Первый, когда женщина после трудных родов мучается мыслью, что поезд, в котором она находится, едет в противоположном нужному ей направлении, несмотря на отсутствие для этого каких-либо оснований и свидетельства е попутчиков. И.П.Павлов соглашается, что это проявление навязчивости и добавляет два похожих примера, когда человеку хочется быть уважаемым, но ему кажется, что его оскорбляют, а другой стремится к уединению, но ему кажется, что в помещении, где он находится на самом деле один, есть кто-то ещё. И.П.Павлов отмечает, что это все категории противоположности и что их возникновение может быть объяснено проявлением ультрапарадоксальной фазы гипнотического состояния, развитию которой способствует ослабление нервной системы и монотонность внешних раздражителей. В результате представление об одиночестве превращается в представление о присутствии кого-то рядом, представление о том, что меня уважают – в представление, что меня не уважают, а представление о том, что я еду в одном направлении в представление, что – в противоположном.

Во втором случае П.Жанэ описывает французского офицера, потерявшего зрение в результате ранения в затылочную часть мозга, а по мере восстановления обнаружившим его ограниченность, проявляющуюся в том, что больной может воспринимать только отдельные объекты внешнего мира и в результате теряет ориентировку в пространстве. И.П.Павлов категорически выступает против идеалистического представления П. Жанэ о том, что «желание превращается в глаз» и дает свое – на основании экспериментальных исследований. Согласно этим представлениям у больного в результате ранения произошло снижение тонуса зрительных нервных центров, необходимого для раздражительного процесса, что привело к ограничению его активности только в одном пункте, а остальные пункты как бы перестали существовать. Поэтому больной теряет способ-

ность сопоставлять эти изолированно воспринимаемые образы, будучи ограничен только актуально воспринимаемым, теряя следы прежних. К описанному механизму И.П.Павлов добавляет также возможность во время восприятия одновременного торможения других отделов анализатора, приводящему к исчезновению из сознания приходящей в них информации.

В своей работе, посвященной, неврозу навязчивости и паранойе И.П.Павлов объясняет возникновение зависимости в результате патологической инертности нервных процессов, которая заключается в продолжающихся действиях несмотря на свою неадекватность изменившуюся ситуацию. И.П.Павлов описывает случай с собакой, у которой стойко сохранялась двигательная реакция на слабый шум, длительное время не подкреплявшийся безусловным рефлексом, а, следовательно, ставший неадекватным новой ситуации. Подтверждением гипотезы о том, что в основе поведения собаки лежало инертное возбуждение, стало успешное лечение бромом. Далее И.П.Павлов приводит примеры проявления инертности нервных процессов при некоторых других условиях, в том числе переделке положительных раздражителей в отрицательные (неподкрепляемые) и наоборот. Экспериментально было установлено, что она проявлялась при использовании в качестве раздражителя ударов метронома, но отсутствовала при применении тонов. Среди факторов, располагавших к патологической инертности нервных процессов И.П.Павлов в качестве примера приводит также возникновение слабости тормозного нервного процесса в результате кастрации животного.

Переходя к описанию патофизиологических проявлений инертности у человека, И.П.Павлов относит к ним явления стереотипии или персеверации при истерии, кататонии, навязчивых неврозах и паранойе, иллюстрируя примерами из работ клиницистов – П. Жане, Э. Кречмера, Р. Маллэ. И.П.Павлов подчёркивает на основании экспериментальных данных чрезвычайно индивидуальное разнообразие способов преодоления патологической инертности.

Наряду с явлением зависимости И.П.Павлова привлекала и тема свободы. Себя он называл либералом и понимал это как свободолобие. В научной деятельности оно выражалось в неприятии формального планирования научных исследований. Вышестоящему начальству отвечал, что весь его план заключается в дальнейшем исследовании высшей нервной деятельности. Будучи экспертом одного исследования, авторы которого претендовали на его финансирование, он

категорически возражал против планирования его результата. Интересно, что, описывая эксперименты Э.Л.Торндайка, И.П.Павлов ставит свободу в качестве мотива поведения животного в один ряд с зависимостью от пищи [Павлов И.П., 1975]. Специально свободе он посвятил отдельную работу [Павлов И.П., 1951]. Основой этой работы послужило необычное поведение одной из участвовавших в экспериментах собаки. Оно заключалось в том, что животное не могло привыкнуть к ограничению свободы, являвшимся условием эксперимента, проявляемому в сплошном самопроизвольном слюноотделении и одышке. Проведя аналогию с взаимодействием оборонительного и пищевого рефлекса, изученных в предыдущих исследованиях, собаке решили давать всю дневную порцию пищи исключительно в экспериментальных условиях и в конце концов через несколько месяцев пищевой рефлекс победил рефлекс свободы, но при этом оставался менее выраженным, чем в обычных условиях. Отмена кормления только в экспериментальных условиях вернула прежнее действие рефлекса свободы, но через несколько месяцев его все-же снова удалось подавить. Обсуждая описанные факты, И.П.Павлов обращает внимание на существование также прирожденного рефлекса рабской покорности, когда, например, щенок падает на спину, предотвращая таким образом агрессию взрослой собаки. Это поведение в данном варианте имеет приспособительное значение.

Существует небезосновательное мнение, что свобода проявляется только в смене зависимостей. По сути, об этом писал ещё И.М. Сеченов, интерпретируя с помощью открытого им явления центрального торможения природу воли не как безбрежного произвола, а как неизбежного выбора одного из нескольких возможных вариантов поведения. В. В. Столин, описав человека, у которого нет никаких внутренних преград, который может всё, приходит к выводу, что это Мефистофель (1975).

Таким образом, И.П.Павлов в своих трудах и своим собственным примером подсказывает нам, что свобода и зависимость являются всего лишь поведенческими механизмами, оценка полезности или вредности которых существенно зависит от конкретных условий их применения. Закончим словами И.П.Павлова, с которыми он обратился к молодежи: «Помните, что наука требует от человека всей его жизни. И если бы у вас было две жизни, то их бы не хватило вам» (1951). И жизнь самого нашего великого соотечественника, всецело отданная науке, является примером позитивной зависимости.

## Литература

1. Павлов И.П. Избранные труды. Под общей ред. Проф. М.А.Усиевича. – М.: Государственное учебно-педагогическое издательство министерства просвещения РСФСР, 1954. – 418 с.
2. Павлов И.П. Полное собрание трудов. I том. Общественно-научные статьи по физиологии кровообращения Статьи по физиологии нервной системы. – Л.: Издательство академии наук, 1940. – 423 с.
3. Павлов И.П. Психология как наука / Неопубликованные и малоизвестные материалы И. П. Павлова. Л.: Наука, 1975. С. 99-103 (135 с.).
4. Павлов И.П. Рефлекс свободы. – СПб: Питер, 2001. – 432 с.
5. Павлов И.П. Рефлекс свободы / Полное собрание сочинений Издание второе дополненное. Том III. Книга первая. М.- Л.: Изд-во акад. наук СССР 1951. – С. 340-345.
6. Сталин В.В. Самосознание личности. – М.: Издательство Московского университета, 1983. – 284 с.
7. Taylor C.Z. Religious Addiction: Obsession with Spiritualit // Pastoral Psychology (Springer Netherlands), 2002. – 50 (4). P. 291–315.
8. Olsen C.M. Natural Rewards, Neuroplasticity, and Non-Drug Addictions // Neuropharmacology, 2011, 61(7). P. 1109-1122.

## Разнообразие аддиктивного опыта

**Ковпак Д. В. , Палкин Ю. Р.**

Северо-Западный Государственный Медицинский Университет  
им. И. И. Мечникова, СПб ГБУЗ «Городская психиатрическая больница №  
7 им. И. И. Павлова» (Клиника неврозов)

Как и большинство слов, имеющих давнюю историю, аддикция включает множество различных смыслов. Во времена античности оно определяло имущественные отношения граждан. В Древнем Риме должник в качестве аддикта (присуждённого, *addictus*) становился рабом кредитора. В психологии термин аддикция (*addictus* - лат., слепо преданный, полностью пристрастившийся к чему-либо, обреченный, поработанный, целиком подчинившийся кому-либо, *addiction* - англ., склонность, пагубная привычка, зависимость) за последние годы также претерпел существенные изменения.

Первоначально он использовался исключительно для описания поведения людей, зависимых от химических веществ, таких как никотин, алкоголь, наркотики. Более глубокое исследование этого феномена определило и более широкий взгляд на него как на специфическое поведение, в формировании которого участвуют как социальные условия раннего развития, так и психологические и физиологические особенности человека.

Выделяют следующие факторы формирования аддикций:

- психоактивные вещества (алкоголь, наркотики и т. д.);
- активность, включенность в процесс (хобби, игра, работа и т. д.);
- люди, другие предметы и явления окружающей действительности, вызывающие различные эмоциональные состояния.

Часто два последних пункта объединяют и на этом основании аддикции делят на химические и нехимические формы. Нехимическими называются аддикции, при которых объектом зависимости становится какой-либо поведенческий паттерн, а не вещество, вызывающее изменение психического состояния. Именно на этом основании такой вид зависимости называется поведенческой аддикцией. Известны типы поведения, при которых люди меняют свое психическое состояние с помощью какого-либо вещества, а через определенную последовательность действий. Это поведение усиливается по мере повторения по механизму оперантного обуславливания, при котором запоминается последовательность действий, приводящих к эффекту.

Психологические факторы определяют причины первоначального обращения к наркотику, регулярность его приема, а потому и скорость развития аддикции. Чем больше человек знает об ощущениях, которые он получит с помощью наркотика, тем легче они возникают. Чем негативнее отношение к подобным препаратам, тем более психика устойчива к формированию зависимости.

Использование наркотика в присутствии других лиц ведет к иным ощущениям, чем в одиночестве. Например, в одиночестве алкоголь вызывает заторможенность и сонливость, тогда как в группе людей провоцирует у того же человека возбуждение и повышение настроения. Курящие марихуану в компании испытывают более сильные ощущения, чем те, кто это делает один. Умудренный опытом курильщик обучает начинающего испытывать тонкие переживания, которые трудно уловить тем, кто не знает, на чем можно фиксировать внимание.

Большинство наркотиков возбуждает человека, хотя некоторые из них, например опиаты и алкоголь, вызывают как возбуждение, так и расслабление. По-видимому, возбуждающее действие является более востребованным теми, кто стремится химически изменить свое состояние. Свой вклад в развитие аддикции вносят все три группы факторов. Психологические факторы определяют сам выбор неадаптивного снятия хронического стресса, физиологические - реакцию организма на интоксикацию, а фармакологические свойства наркотика - вид аддикции. Общей чертой аддиктивного поведения в современном его понимании является стремление уйти от реальности путем искусственного изменения психического состояния. Этот путь стереотипизируется, генерализуется и для каждого человека в существенной мере ограничивает сферу взаимодействия с окружающей средой. Хотя для разных людей это может быть большой спектр способов изменения своего состояния. В соответствии с тем, какой конкретно способ используется, выделяют зависимость от наркотиков, курения, алкоголя, еды (часто сладкого), сексуального общения, компьютера, интернета, азартных игр и т. д.

Первую классификацию нехимических аддикций в России предложил Ц.П. Короленко (1991). Он выделил непосредственно нехимические аддикции (азартные игры, аддикция отношений, трудоголизм, навязчивая потребность в трате денег, ургентная аддикция) и промежуточные (между нехимическими и химическими) аддикции (зависимость от еды), при которых объект зависимости включает непосредственно биохимические механизмы.

Для диагностики нехимических зависимостей можно использовать следующие критерии:

1. Навязчивое стремление к определенному поведению;
2. Нарастание напряжения, если есть препятствие для его осуществления;
3. Временное снятие напряжения при завершении поведения;
4. Цикличность этого поведения;
5. Специфичность для каждого типа нехимической аддикции определенного паттерна поведения;
6. Возникновение каждого последующего цикла предопределяется как внутренними, так и внешними причинами;
7. Наличие приятных эмоций на первых циклах подобного поведения (Marks, 1990).

Каждый год описывают все новые и новые варианты навязчивого поведения, задачей которого является немедленное изменение психического состояния так, чтобы на некоторое время забыть о существовании проблем вместо того, чтобы искать способ их решения.

К нему относится и активно вошедший и в нашу повседневную жизнь шопинг и шопомания (посещение магазинов и покупки товаров и услуг не потому, что нечто необходимо, а для получения удовольствия или отвлечение от неудовольствия). Номо *consommatus* - человек потребляющий - смесь лат. и фр. - как окрестил такую личность Фредерик Бекбедер в «99 франках». Такую личность характеризует совершение непрактичных и нецелесообразных покупок, но приносящих облегчение, удовлетворение и даже удовольствие. Как и наркомания с алкоголизмом, характеризуется «запойностью», чередующейся с эпизодами раскаяния и легкого чувства вины. Сюда также относятся и варианты потребления услуг (парикмахерские, косметология, престижные курорты и т. п.).

Промискуетет часто становится отражением сексоголизма (сексомании). Сексуальные отношения вследствие хронического внутриличностного конфликта и порождаемого им хронического невроза теряют свою остроту и насыщенность, пациент предпочитает исправить эти нарушения поиском нового сексуального объекта и/или формы сексуальных отношений (включая различные сексуальные девиации). Такой личностью движет иллюзия, что, добившись очередного, навязанного подсознанием, модой и рекламой образа, он разрешит свою проблему и преодолет довлеющий кризис.

К нехимическим аддикциям ряд авторов относит игры и рискованные спекуляции на бирже, азартное участие в аукционах, некротимый просмотр телевизионных программ, в частности, телесериалов, длительное прослушивание музыки, основанной на низкочастотных ритмах. Иногда сюда же относят всепоглощающее занятие политикой, фанатичные религиозные пристрастия, сектантство, злоупотребление спортом, нездоровое увлечение литературой в стиле «фэнтези», «дамскими романами», новостями и т. д.

В настоящее время список нехимических аддикций неуклонно растет за счет таких «новинок» как, например, интернет-зависимости (Young, 1998), спортивные аддикции (Murphy, 1993; Griffiths, 1997), синдром Тоада, или зависимости от азартного «веселого» автovoждения (joy riding dependence) (McBride, 2000), которое является веселым лишь для аддикта, а для окружающих автомобилей он представляет реальную угрозу жизни. Все чаще к этому виду патологии относят и фанатизм, какова бы ни была его природа (религиозный или национальный). Это возможно, так как аддикция предполагает сверхценное увлечение чем-то одним, что практически блокирует любую иную реализацию человека в деятельности (Менделевич, 2003).

Для обозначения новых форм поведенческих аддикций, связанных с высокими технологиями, М. Гриффите (Griffiths, 2000) предложил термин «технологические зависимости». Их, в свою очередь, он подразделил на пассивные и активные. При пассивных технологических зависимостях человек не предпринимает собственной активности, например, в случае зависимости от определенных телевизионных программ. В отличие от них при активных технологических зависимостях аддикт предпринимает специальные действия, как, например, при интернет-зависимости, когда он либо интенсивно общается в чатах, либо ищет определенные сайты и т. д.

Тем не менее, очевидно, что практически любое излишество в пользу чего-то одного, тормозя проявление разных сторон личности человека, таит в себе угрозу возникновения зависимого поведения. Именно поэтому нехимические зависимости в значительной степени покрывают весь спектр поведенческих актов человека, все стороны его жизни: секс, любовь, работа, деньги, спорт и т. д.

Еще в середине 50 г. 20 столетия Э. Фромм (2000, 2006), рассматривая взаимодействие в семье, выделял симбиотические взаимоотношения, при которых люди живут вместе не потому, что любят



друг друга, а потому, что зависят друг от друга и боятся оказаться в одиночестве. С его точки зрения, большинство браков можно отнести именно к такому типу.

Еще одной специфической особенностью аддикции является возможность легкого перехода от одной формы аддикции к другой, от одного аддиктивного объекта к другому. Со стороны отказ от алкоголя может казаться выздоровлением. Но при ближайшем рассмотрении оказывается, что он заменяется трудоголией или аддикцией отношений, которая так легко просматривается во всех группах бывших алкоголиков.

Такое многообразие факторов, определяющих зависимое поведение, обусловлено не тем, что существует множество факторов, способных вызывать патологическое влечение. Причина неконтролируемого пристрастия к чему-либо находится не в окружающем мире, а внутри человека. Когда такой человек оказывается в ситуации внутриличностного конфликта и хронического стресса, он, вместо направления своих усилий на решение проблемы, предпочитает либо отрицать само ее существование, либо уходить от нее. Этот уход маскируется иногда под вполне безобидное внешне поведение (например, коллекционирование книг, марок или монет), либо даже под социально одобряемые формы поведения, например, трудоголизм.

Люди с подобным поведением характеризуются пониженной стрессоустойчивостью, низкой фрустрационной толерантностью, страхом перед жизненными трудностями, неразвитыми способностями ждать и терпеть, жадной немедленного осуществления желания.

Любая аддикция формируется на основе последовательного чередования специфических психологических состояний, при которой переживание напряжения, эмоциональной боли, чувства одиночества сменяется сильным положительным ощущением и запоминается путь приобретения этого опыта устранения неприятностей. Следовательно, для скорости и стойкости формирования аддикции важна интенсивность сменяемых эмоциональных переживаний. Чем сильнее переживаемые эмоции, тем легче формируется зависимость.

Аддиктивная реакция развивается как субъективная фиксация на том, что человек считает для себя безопасным и успокаивающим. Мучительные события жизни у человека, не имеющего сил и умений преодолевать трудности, порождают нестерпимую жажду мгновенного их устранения или немедленного счастья. Если каким-либо способом удастся осуществить подобную стратегию, то формируется

связь между этим состоянием и действием, которое привело к нему. Каждое последующее подобное отрицательное переживание будет ускорять появление действия, которое приведет к искусственному и краткосрочному способу ликвидации негативных эмоций.

В результате человек попадает в ловушку, стремясь достичь немедленного удовольствия, даже зная об отдаленных негативных последствиях своего поведения. По этому механизму наркоман тянется к игле, курильщик - к сигарете, алкоголик - к стакану, игрок - к игральному автомату, шопоголик - к покупкам, сексоголик - к промискуитету. Каждое последующее действие по искусственному устранению неприятного состояния у аддикта, но не искоренение причин его возникновения, усиливает вероятность его повторения через все более короткие промежутки времени.

Для психологически зрелой личности мир полон возможностей, в нем есть возможность желать, ставить цели и воплощать своими руками свои желания, правда ценой преодоления трудностей и часто томительного ожидания. Для аддикта мир выглядит тюрьмой, вырваться из которой позволяет не систематическая деятельность, а уход от реальности любым доступным способом (Peele, Brodsky, 1975). Согласно этому представлению, аддикция - это в той или иной мере уклонение от взрослой личной ответственности, свойственной психологически зрелой личности.

Для аддиктов характерно «мышлением по желанию»: чтобы не происходило в действительности, для них реальным является лишь то, что соответствует их желаниям и представлениям. Они строят свой воображаемый мир, в котором и живут, все более и более входя в конфликт с окружающими людьми, которым этот воображаемый мир недоступен.

Аддиктивное поведение формируется постепенно, проходя ряд этапов. Сначала случайно должна возникнуть резкая смена двух состояний: крайне тяжелое, внезапно переходит в эйфорию. Человек осознает способ перехода от одного состояния к другому. На следующем этапе эта последовательность возникает систематически, лишь только психологическое состояние ухудшается.

На последнем этапе аддиктивное поведение встраивается в личность и становится ее интегральной частью. Значительную роль на этом последнем этапе играют механизмы психологической защиты, обеспечивая легитимность подобного поведения на уровне сознания. На этом этапе социальная адаптация человека нарушается, так

как аддикт, направляя все свои силы на поиск стимула, запускающего эйфорию, уже не способен ни на общение, ни на работу, ни на полноценный отдых. Его психическое и физическое здоровье разрушается.

Аддикции часто сочетаются с пограничными личностными расстройствами или личностными расстройствами. В этом случае на фоне заболевания развиваются эмоциональные нарушения (депрессивные или тревожные расстройства). Человек при этом обычно обращается к врачу и ему выписывают препараты, снимающие эти тягостные чувства.

Но часто он пользуется ими не только по необходимости, но и при любом ухудшении настроения, что приводит к злоупотреблению ими. D. Ortman, отмечает, что 29% лиц, лечившихся по поводу эмоциональных нарушений, злоупотребляли такими веществами. Они обращались к специалистам за помощью в связи, например, с депрессией или тревогой, скрывая зависимость от препаратов, что отражалось на качестве диагностики. Возможно, более 53% лиц с аддиктивными химическими проблемами имеют серьезные, в том числе личностные, психиатрические проблемы. Например, злоупотребление алкоголем может быть связано с использованием последнего как средства, снимающего симптомы некоторых нарушений (приступообразный страх, социальная фобия, психогенная импотенция).

Но и нехимические аддикции могут сочетаться с аффективными и обсессивно-компульсивными расстройствами, расстройствами личности, невротизмом и химическими зависимостями. При этом невроз может развиваться уже на фоне сформировавшейся зависимости, особенно в том случае, если имела место психотравма или, напротив, длительное невротическое состояние обуславливает возникновение психологической защиты в виде формирования аддиктивного поведения. И, наконец, и невротическое, и аддиктивное расстройства развиваются и протекают параллельно, относительно изолированно друг от друга.

В данном случае эффектом является изменение психического состояния. К таким типам измененного поведения относятся любовная и сексуальная аддикции, трудовоголизм, зависимость от игры и т. д. Количество и название их варьируют в различных работах. У всех этих аддикций общие предпосылки возникновения - нарушенная система отношений, которая на уровне симптомов и синдромов может проявляться в качестве проблемы с самооценкой, неспособности

любить себя, трудностями в установлении функциональных границ между собой и другими, а потому низкой способностью к реальной оценке окружающих.

Для этих людей существуют проблемы контроля - они позволяют контролировать себя или пытаются контролировать других. Характерны навязчивость в поведении, в эмоциях, тревожность, неуверенность в себе, импульсивность действий и поступков, проблемы с духовностью, трудность в выражении интимных чувств.

Специфика психотерапевтического лечения в терапии зависимостей предъясняет особые требования к установлению терапевтических отношений. Это связано с рядом особенностей, обусловленных своеобразным существованием аддиктивных расстройств в социуме. Одной из них является спаянность с микросоциальной средой, связь с бытующими в обществе представлениями, традициями и мифами, что затрудняет «распознавание» заболевания самим индивидом и его окружением.

В свою очередь, индивидуально-личностная реакция на зависимость как на феномен, не согласующийся с базовыми, генеральными установками индивида ведет к формированию анозогнозии, психологических защит и т. д. Сформированные на основании этих влияний представления пациентов о заболевании и лечении определяют специфический запрос на терапию, который необходимо учитывать при заключении психотерапевтического контракта.

В рамках традиции, существующей в когнитивно-поведенческой терапии фундаментальной причиной пограничных и невротических психических расстройств принято считать дефицитарные или искаженные процессы обучения, результирующиеся либо в болезненных, то есть доставляющих страдание человеку или его окружению, формах поведения, либо в отсутствии (невыучивании) здоровых его форм (Дж. Вильсон, 2000; В.Г. Ромек, 2001; А.П. Федоров, 2002).

В противовес часто используемой практике запугивания и ограничения, в когнитивно-поведенческой терапии стремятся найти ценное и здоровое в человеке, и вернуть ему утерянные возможности получать удовольствие от естественных процессов жизни. Для этого придется освободить время, ограничивая его на злоупотребления, и стимулировать новые или забытые разнообразные занятия, доставляющие удовольствие.

Оставив очевидные аналогии и отличия от трудотерапии, широко использовавшейся в лечебно-трудовых профилакториях, мы

сошлемся здесь на эутимную (ориентированную на удовольствие) терапию в той ее части, которая касается расширения зон доступных человеку удовольствий. Ведь часто, особенно если зависимость формируется в ранние периоды жизни, человек просто не обучен получать весь спектр удовольствия от прогулок, чтения, музыки, путешествий, художественного творчества, работы, учебы, интересов и т. д. (В.Г. Ромек, Е.А. Ромек, 2003). Отнимая у клиента привычные для него удовольствия от злоупотребления, поведенческие и когнитивные терапевты помогают заполнить возникшую нишу новыми конструктивными стратегиями и навыками.

Безусловно, за поведением лежат проблемы личности и экзистенциально-мировозренческие кризисы, нарушенная система отношений. Они становятся предметом и фокусом работы уже в долгосрочной терапии таких клиентов, получивших позитивное подкрепление симптоматическим улучшением своего состояния и редукцией

Безусловно, за поведением лежат проблемы личности и экзистенциально-мировозренческие кризисы, нарушенная система отношений. Они становятся предметом и фокусом работы уже в долгосрочной терапии таких клиентов, получивших позитивное подкрепление симптоматическим улучшением своего состояния и редукцией зависимого.

Безусловно, за поведением лежат проблемы личности и экзистенциально-мировозренческие кризисы, нарушенная система отношений. Они становятся предметом и фокусом работы уже в долгосрочной терапии таких клиентов, получивших позитивное подкрепление симптоматическим улучшением своего состояния и редукцией зависимого

## **Профилактика аддиктивного поведения – это предупреждение деструктивного разрешения кризисов идентичности**

**Крылова Н. В.**

заведующий отделом социально-психологической работы, медицинский психолог Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Наркологический диспансер Калининградской области», кандидат психологических наук

Употребление психоактивных веществ (ПАВ) (веществ, вызывающих зависимость), включая алкоголь и наркотические вещества, является на сегодняшний день одной из наиболее остро стоящих перед обществом проблем. Ни у кого не остается сомнений в значимости профилактической работы, направленной на формирование антинаркотических и антиалкогольных установок у подростков. Но открытым остается вопрос: как это делать эффективно.

В последнее время в педагогическую и психологическую практику внедряется большое количество отечественных и зарубежных профилактических и психопросветительских программ, направленных на профилактику аддиктивного поведения подростков. Наряду с этим усиливаются мнения о том, что они не имеют большой эффективности, проводимая работа как бы формальна - «для галочки».

Н.А.Гусева отмечает, что исследования отечественных ученых дают основания говорить о наличии определенной установки к употреблению того или иного психоактивного вещества, которая формируется до начала употребления в процессе социализации ребенка и определяет в дальнейшем его поведение. Она определяет установку к употреблению психоактивных веществ как отношение к психоактивным веществам; отношение к изменению состояния человека под воздействием того или иного психоактивного вещества, обычаям и всем атрибутам их употребления, а также сформировавшаяся под влиянием этого отношения готовность вести себя определенным образом в ситуациях, связанных с употреблением того или иного психоактивного вещества. Иными словами, термин «установка в отношении употребления психоактивного вещества» позволяет обозначить комплекс индивидуально-психологических особенностей, определяющих поведение в ситуации, связанной с употреблением ПАВ.

А.Г.Макеева выделяет в структуре установки к употреблению психоактивных веществ три компонента: информационный, оценочный и поведенческий. Информационный компонент установки включает несколько блоков: данные о видах наркотических веществ и их физических свойствах; информацию о нормах и образцах наркотической субкультуры (осведомленность о способах употребления, о смысле символических действий, представление о людях, употребляющих психоактивные вещества); система нормативных оценок наркотизма (отношение к его различным проявлениям в ближайшем социальном окружении, в обществе, социальные и юридические аспекты наркотизма); данные морально-этического характера. Также информационный компонент установки может содержать опыт переживания измененного состояния. Информация способна вносить свой вклад в регуляцию поведения только тогда, когда становится личностно значимой. Это осуществляется в ходе формирования оценочного компонента установки. Процесс формирования «личностной значимости» новых объектов А.Г.Макеева, так же как и Э.Е.Бехтель, связывает с характером отношений ребенка к носителю информации о новом объекте. Так, в пьющих семьях ребенок усваивает положительное отношение к алкоголю, если родитель - потребитель алкоголя - является для ребенка объектом любви и уважения. Предполагается, что этот процесс обеспечивается механизмом генерализации или эмоционального переноса: переноса отношения к субъекту на все, что с ним связано (его взгляды, поведение, манеру одеваться, говорить, привычки и так далее). Иными словами, происходит мотивационное опосредование.

На наш взгляд, механизмом формирования установки к употреблению психоактивных веществ, т.е. некоторой мотивационной готовности к употреблению ПАВ, является деструктивное разрешения кризисов личностной идентичности в онтогенезе.

Согласно эпигенетической теории личности Э.Эриксона сформированные в процессе взаимодействия с родителями позитивные личностные качества (доверие к миру, инициативность, трудолюбие и т.д.), в которых заключено положительное отношение ребенка к миру самому себе, связаны с прогрессивным развитием личности и являются факторами защиты от употребления ПАВ.

В свою очередь негативные личностные качества (недоверие к миру, пассивность, чувство вины, стыда и сомнения, чувство неполноценности и т.д.) вызывают отрицательные сдвиги в развитии

и служат предикатами формирования чувства утраты идентичности подростка, т.е. деструктивного нарушения структурных единиц личностной идентичности, вследствие чего возникает психологическая готовность к употреблению ПАВ, которая приводит к отклоняющемуся поведению (алкоголизация, наркотизация, гемблинг, суицид и др.).

Проведенные исследование идентичности подростков-наркоманов (Шнейдер Л.Б., Крылова Н.В., 2000), проходящих лечение и процесс реабилитации, показали, что, поведение подростков, употребляющих наркотики, при недостаточном уровне развития самосознания приводит к недостаточной гибкости поведения, ригидности образа «Я», неспособности реализовать более широкий репертуар поведенческих актов, что в свою очередь приводит к нарушению адаптации и в целом ведет к кризису идентичности. Свидетельством кризиса идентичности является склонность проявлять многообразие психологических защит, блокирующих позитивное развитие личности. У подростков-наркоманов выявляется тенденция к интенсивной регрессии, то есть в условиях стресса они склонны к онтогенетическим, более ранним и менее зрелым типам поведения. Происходит замена сложной задачи на более легкую, что приводит к обеднению поведенческих актов.

Также, исходя из полученных данных, можно судить о том, что подобная репрезентация идентичности приводит к пассивному отношению к себе. Для сформированной идентичности личности характерен высокий уровень саморегуляции, который в свою очередь, предполагает включение в поведение индивида компонента самопознания и эмоционально-ценностного отношения. Основой саморегулирования выступает самооценочность. Так как у наших испытуемых уровень самооценочности значительно занижен по сравнению со средним значением, это приводит к тому, что расхождение ее с фактическими проявлениями и достижениями человека ведет к конфликтным отношениям в системе миниперсональных отношений. Следовательно, личность не может адаптироваться к ситуации, соразмерить свои реальные силы с требованиями ситуации, что, в свою очередь, порождает, регрессию личности и уход от реальности. Свидетельствует об этом наблюдаемое аддиктивное поведение, которое предшествует ранней наркотизации и инициирует уход от реальности.

Идентичность, обозначающая твердо усвоенный и личностно принимаемый образ себя во всем богатстве отношений личности к



окружающему миру, чувство адекватности и стабильного владения личностью собственным «Я» независимо от изменений «Я» и ситуации; способности к полноценному решению задач, возникающих перед ней на каждом этапе ее развития, - это область психического развития, которая является ключевой для формирования личности ребенка. Подростковый возраст является наиболее важным моментом в формировании «Я» человека, следовательно, проблема личной идентичности у подростков стоит особенно остро.

Проведенная работа показала, что у подростков, употребляющих наркотические вещества, обнаружены существенные отклонения в развитии идентичности, во всех составляющих компонентах - познавательном, эмоционально-целостном, поведенческом. У подростков-наркоманов установлено слабое развитие самопринятия, самоконтроля, самодисциплины, низкая устойчивость к всевозможным неблагоприятным условиям, неумение преодолевать трудности, эмоциональная неустойчивость, высокий уровень внутренней конфликтности, самопривязанности, утраченная самооценности, склонность неадекватно реагировать на фрустрирующие обстоятельства, неумение найти продуктивный выход из психотравмирующей ситуации. Таким образом, у подростков-наркоманов не развит образ «Я» на эмоциональном, когнитивном и поведенческом уровнях, что является индикатором неспособности человека гармонично функционировать в социальном окружении. Это ведет к кризису и/или утрате идентичности, подросток не понимает себя, (теряет сам себя), не может управлять самим собой, преодолевать трудности, войти во взрослый мир. Личностью подростка утрачивается осознание неповторимой ценности и уникальности своего бытия, что провоцирует уход от реальности в форме использования наркотических веществ.

Исходя из вышесказанного, сутью профилактической работы является предупреждение деструктивного разрешения кризисов идентичности в развитии ребенка. Профилактика проблемного поведения должна осуществляться с раннего возраста, как с детьми, так и с их родителями, т.к. более раннее воздействие факторов риска злоупотребления ПАВ, обуславливает более глубокие изменения в развитии личности, и оказывают влияние на всю перспективу жизни ребенка.

## **Клинико-анамнестический метод и структурирование «мишеней» в реабилитации пациентов с химическими и нехимическими зависимостями**

**Кулаков С.А.**

Профессор кафедры клинической психологии РГПУ им. А.И. Герцена,  
Медицинская ассоциация «Центр Бехтерев»

Основа клинической диагностики — это развертка явлений во времени, и только комплекс методических приёмов позволяет это сделать.

С помощью клинико-биографического метода (клинико-анамнестический по В. Н. Мясищеву и В. К. Мягер) удастся сопоставить «длинник» развития расстройства и соотнести его со стадиями жизненного цикла семьи и действием как нормативных стрессоров (стрессоров развития), так и стихийных [Эйдемиллер Э. Г., 1976; Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В., 2001]. В практическом плане на каждого пациента можно составить патобиограмму, где симптомы, события распределены по времени их возникновения.

**Линия жизни** — метод, позволяющий «сделать срез» временных и смысловых аспектов субъективной картины жизненного пути личности. Профиль линии жизни указывает на контекст, из которого осуществляется построение наличной динамической смысловой системы, объединяющей в себе смыслы прошлого и будущего. Метод «Линия жизни» запускает рефлексивные процессы

«Мишень» психотерапии — проявляемый пациентом или предполагаемый психотерапевтом феномен, изменение которого в процессе психотерапии является осознанной целью взаимодействия (Назыров Р.К., и др., 2011). Рассмотрим их подробно.

**Клинические (нозологические) «мишени».** Кроме основного диагноза «Зависимость от ПАВ» сюда будут относиться другие синдромы, соответствующие 1 оси многоосевой классификации психических и поведенческих расстройств DSM-IV и отражающие коморбидность конкретного пациента. Пример: затянувшийся абстинентный синдром, колебания настроения, навязчивый страх или тревожное состояние, галлюцинаторные переживания после перенесенного психоза, психосоматические расстройства. Работа с этими мишенями будет осуществляться совместно врачом и психологом.

**Мишени, специфичные клинической ситуации (мотивы обращения за помощью, инициатор обращения, характер установки на лечение).** Эти феномены связаны с полем, на котором идет разворот симптоматики. Приведем несколько примеров.

1. Низкая психологическая компетентность
2. Социальная дезадаптация
3. Дисфункциональная семья, симптом выполняет морфостатическую функцию.
4. Провоцирующее поведение социального окружения
5. Созависимость
6. Стигматизация
7. Госпитализм
8. Отсутствие собственной мотивации лечения и жесткая позиция родственников.

**Мишени, затрагивающие индивидуально-психологические особенности пациента.** Внутри- и межличностные конфликты. Конфликтные внешние жизненные обстоятельства. Конфликт между морально-нравственными установками и влечениями. Конфликты, сохраняющиеся в течение длительного времени, например зависимости либо автономии, конфликты, связанные с самооценкой. Управление собой. Управление эмоциями. Отсутствие осознания конфликта и чувств. Способ переработки конфликтов. Сопrotивление лечению. Симптоматические проявления и желание редукции симптома. Прошлые, настоящие или предстоящие утраты. Дефекты характера. (перфекционизм, своеволие). Созависимые отношения. Ненависть к объекту. Страх потери объекта. Вина перед значимым объектом.

**Мишени, характерные для психотерапевтического процесса.** В группу психотерапевтических мишеней, специфичных для психотерапевтического процесса включаются феномены, имеющие отношение к психотерапевтическому взаимодействию психотерапевта и пациента вне рамок конкретного психотерапевтического метода. Воздействие на мишени этой группы необходимо для создания условий проводимой психотерапии. Примерами мишеней такого рода могут быть феномены, отражающие особенности участия пациента (избегание, пассивность), психотерапевта (созависимость, степень директивности, степень активности) или стиля коммуникации между ними в процессе психотерапии.

**Мишени, характерные для психотерапевтического метода.**

Выделение этих мишеней позволяют оценивать адекватность метода заявленным целям, в том числе в рамках супервизии. Для выделения мишеней, специфичных для метода, необходимо соотнесение их не только с теорией личности, лежащей в основе какого-либо метода, но и с концепцией патологии, предлагаемой данной теорией, уровнем организации личности, темпом реабилитации.

Клиническая диагностика, таким образом, строится на обобщении различных исходных данных интенсивного обследования единичного случая, а сама диагностика исходит из принципа качественного анализа особенностей психического явления в противоположность задаче лишь количественного измерения.

Эффективность работы клинического диагноста определяется его способностью выдвигать гипотезы, предположения, структурировать «мишени» психотерапии, намечать возможные методы проверки эффективности в анамнезе.

## Аддикции подростков 21 века

**Савенкова И.В.**

кандидат псих. наук, доцент кафедры психологии развития и возрастной психологии Южного федерального университета  
г. Ростов-на-Дону

В последние годы отмечено резкое увеличение распространенности аддиктивных расстройств, разнообразие их форм, появление новых разновидностей. К традиционно известным аддикциям в форме химической зависимости (алкоголизм, наркомания, токсикомания, табакокурение) добавлены описания работоголизма, сексуальной, компьютерной аддикции, патологической склонности к азартным играм (гэмблинг), а также аддиктивное пищевое поведение и зависимость от деструктивных культов. Все эти типы поведения питают мощная сила подсознания и придает им такие качества, как непреодолимость влечения, требовательность, ненасытность, импульсивная безусловность выполнения [1].

Аддиктивное поведение характеризуется широким спектром патологии различной степени тяжести — от поведения, граничащего с нормальным, до тяжелой психологической и биологической зависимости. Признаками этого состояния являются: неодолимая тяга к веществу; необходимость увеличения дозы (повышение толерантности); активные поиски препарата; физическая зависимость.

К. Свит определяет зависимость как свойство характера или поведения, которое можно описать следующим образом [2].

- Вы не контролируете это, скорее это контролирует вас. Вы чувствуете, что не имеете иного выбора, кроме как делать это, брать это, поступать так, как требует это.
- Эта привычка настолько укореняется в вашей жизни, что становится незаметной для вас.
- Вы делаете это все чаще и чаще, стараясь вызвать более сильное воздействие.
- Вы начинаете регулярно делать это, когда предчувствуете неприятные ощущения, подобные скуке, одиночеству, физической боли и т. п.
- Вы чувствуете, что уже не можете справиться с вашими жизненными проблемами без помощи этого.
- Вы можете потратить значительную часть жизни, сражаясь с этим.

- Вы можете потратить драгоценную энергию души, страдая от этого и безуспешно пытаться разделаться с этим.
- На это уходит часть ваших денег, вашего времени, вашей энергии в ущерб чему-то более полезному, в результате вы еще больше ненавидите себя за эти бессмысленные траты.
- Вы теряете самоуважение, душевные силы, возникает угроза разрушения всего вашего жизненного уклада (семья, карьера, друзья), физического и душевного здоровья.
- Некоторых это в конце концов убивает.

У клинически различающихся химических и поведенческих форм зависимости существуют общие патологические механизмы, позволяющие объединить их в одну группу аддиктивных расстройств. Понимание механизмов развития аддиктивных состояний еще мало изучено выделяют основные этапы формирования аддиктивного процесса [3]:

- изменение психического состояния в виде повышения настроения в момент приема вещества и фиксация в сознании этой связи;
- установление определенной последовательности прибегания к средствам аддикции и определенной частоты реализации аддиктивного поведения;
- развитие аддиктивного поведения как интегральной части личности и его доминанция с изменением стиля жизни и отношений с окружающими;
- отсутствие удовольствия от аддиктивного поведения;
- разрушение психических, биологических и физиологических процессов в организме аддикта.

В развитии аддиктивного поведения играют роль средовые, конституционально-биологические, микросоциальные (семейные), половые, психологические факторы. Ведущую роль в формировании аддиктивных расстройств играют определенные психологические особенности человека [4]:

- снижение переносимости трудностей повседневной жизни, наряду с хорошей переносимостью кризисных ситуаций;
- скрытый комплекс неполноценности, сочетающийся с внешне проявляемым превосходством;
- внешняя социабельность, сочетающаяся со страхом перед стойкими эмоциональными контактами;
- стремление обвинять других;

- попытки уйти от ответственности в принятии решений;
- стереотипность, повторяемость поведения; зависимость; тревожность.

Эти черты в различных сочетаниях встречаются в преморбидном периоде, что позволяет считать их фактором, предрасполагающим к развитию аддикции. Для аддиктов характерны стремление к контролю, эгоцентризм, дуализм мышления, желание произвести ложное впечатление отсутствия проблем и наличия благополучия, ригидность, задержка духовного развития. У больных данной категории с постоянством выявляются личностные аномалии, которые способствуют различным реакциям и нарушениям поведения, и, формируясь еще в преморбиде, могут расцениваться как признаки психического диатеза.

По одной из теорий аддиктивная личность — это гедонистический индивидуум, интересующийся только погоней за удовольствием. Но существует и иная точка зрения, утверждающая, что зависимость развивается как результат длительных невротических конфликтов, структурного дефицита, генетической предрасположенности, семейных и культурных условий, а также влияний окружающей среды. У каждого человека присутствует ядро аддиктивных процессов, которое проявляется в таких мягких формах, как страсти к еде, табаку, сладостям или кофе.

Выдвинутое ранними психоаналитиками предположение, что все случаи зависимости представляют регрессию на оральную стадию психосексуального развития, уступило место иной концепции, согласно которой все случаи аддиктивного поведения имеют защитную и адаптивную функцию. Сегодня многие психоаналитики считают, что главным в аддиктивном поведении является не импульс к саморазрушению, а дефицит адекватной интернализации родительских фигур и нарушение способности к самозащите.

Межличностные отношения слишком непредсказуемы для аддикта, они требуют больших усилий, немалых эмоциональных затрат, напряжения мыслительной деятельности и отдачи. Взаимодействие же с неодушевленными веществами, предметами и видами деятельности всегда предсказуемо, эффект достижения комфорта почти всегда гарантирован. Неодушевленными предметами легко манипулировать, поэтому растет уверенность в способности контролировать ситуацию. Страшно то, что манипулятивный стиль переносится в сферу межличностных контактов. Таким образом, во взаимодей-

ствии аддиктивной личности с миром происходит специфическая переориентация: «одушевляются» предметные отношения с аддиктивными агентами и «опредмечиваются» межличностные отношения.

Хочется перечислить теперь наиболее разрушительные зависимости, такие как вовлеченность в деструктивные культы, компьютерная и игровая зависимости, а также секстинг[5].

### **1. Компьютерная зависимость.**

Компьютерной зависимости наиболее подвержены подростки в возрасте 11-17 лет. В результате киберзависимости происходит потеря чувства времени, нарушение связи с окружающим миром, возникает чувство неуверенности, беспомощности, страха перед самостоятельным принятием решений и ответственностью за них. Компьютерная зависимость оказывает негативное воздействие на личность ребёнка, вызывая эмоциональное и нервное перенапряжение, астено-невротические и психоэмоциональные нарушения, проблемы в общении и нарушение социальной адаптации.

По силе воздействия на игрока наиболее мощными являются ролевые компьютерные игры, способствующие интеграции сознания с компьютером, что в случае утраты индивидуальности может привести к полному самоотжествлению ребёнка с компьютерным героем. В состоянии нормы происходит кратковременное погружение игрока в виртуальную реальность с целью снятия напряжения, отвлечения от обыденных проблем. В случае патологического отклонения от нормы ребёнок возвращается в реальный мир на короткий период времени, только чтобы поесть, попить и немного поспать. Пребывание зависимого ребёнка в киберпространстве может достигать 18 часов в сутки.

**2. Онлайн-гемблинг** - гиперувлечённость индивидуальными и/или сетевыми онлайн-играми. Агрессивные игры способны нанести вред психике ребёнка. Не следует вводить в арсенал детских игр агрессивные игры с деструктивным содержанием, призывающие к насилию и разрушению. Такие игры оказывают негативное влияние на психику ребёнка, повышают тревожность и раздражительность, делают его более возбудимым и непослушным, учат решать возникающие проблемы с позиций силы. Конфликты, возникающие между игроками могут приводить к драматическим последствиям в результате выяснения отношений в реальности.



**3. Онлайн-лудомания** - гиперувлечённость азартными играми в виртуальных казино.

**4. Киберониомания** - неконтролируемые покупки в Интернет-магазинах, без необходимости их приобретения и учета финансовых возможностей, навязчивое участие в онлайн-аукционах.

**5. Киберкоммуникативная зависимость** - общение в чатах, участие в телеконференциях.

**6. Киберсексуальная зависимость** - непреодолимое влечение к обсуждению сексуальных тем на эротических чатах и телеконференциях, посещение порнографических сайтов и занятий киберсексом.

**7. Перевод виртуальных отношений в реал.**

- вовлечение несовершеннолетних в сексуальные отношения;
- вовлечение через Интернет детей и подростков в деятельность, носящую противозаконный и противоправный характер;
- знакомства через Интернет с целью поиска партнёра.

**8. Секстинг** – новый вид развлечений: фотографирование себя в обнажённом виде на камеру телефона с последующей пересылкой снимков друзьям через MMS-сообщения. Чаще всего секстинг используют влюблённые пары, те, кто хочет похвастаться перед знакомыми романтическими отношениями, или рассчитывающие на взаимность подростки.

**9. Навязчивый веб-сёрфинг** - блуждания во Всемирной Сети, информационный поиск в удалённых базах данных (посещение новостных сайтов, чтение информации на форумах, блогах, просмотр и прослушивание информации в различных форматах). На каждом сайте обязательно есть ссылки, ведущие на другие ресурсы, а на сайтах, на которые мы попадаем, также имеются гиперссылки и т. д. Веб-сёрфинг затягивает пользователя, отвлекая от учёбы и других дел, поскольку, попав в информационный поток, утрачивается ощущение времени.

**10. Посещение сайтов агрессивной** (пропагандирующих ксенофобию, терроризм) **и аутоагрессивной направленности** (киберсуицид, on-line суицид, суицидальные договоры, информационные ресурсы о применении средств для суицида с описанием дозировки и степени их летальности).

**11. Аддиктивный фанатизм** (религиозный (сектантство), политический (партийный), национальный, спортивный, музыкальный и т. д.).

**12. Пристрастие к работе с компьютером** – программированию, хакерству. Основные мотивы хакерства: любопытство, борьба

за свободное распространение и доступность информации, самоутверждение, ощущение собственной силы, увлечённость процессом, недостаток познавательной активности при обучении, принадлежность к «хакерской культуре», зависимое поведение.

**13. Геджит-аддикция** - пристрастие к обладанию конкретным мобильным прибором, устройством, имеющим выход в Интернет: сотовым телефоном, смартфоном, коммуникатором, мини-компьютером, КПК и зависимость от его использования.

**14. Кибербуллинг** – одна из форм преследования детей и подростков с использованием цифровых технологий. Кибербуллингу могут подвергаться дети, отвергаемые одноклассниками. Иногда для этого создаются целые сайты, на которых размещаются компрометирующие преследуемого ребёнка материалы. Сложность фильтрации подобных сообщений, невозможность контроля, регулярность атак (может достигать 24 часов в сутки) и анонимность преследователей делают запугивание особенно сильным, нанося психологическую травму ребёнку.

## Литература

1. Завьялов В.Ю., Короленко Ц.П. Личность и алкоголь, 1987
2. Свит К. Соскочить с крючка: как избавиться от вредных привычек и пристрастий / К. Свит; пер. с англ. К. Зарочинцева. - СПб.: Питер, 1997
3. Леонова Л.Г., Бочкарева Н.Л. Вопросы профилактики аддиктивного поведения в подростковом возрасте [http://nark-center.ru/docs/id\\_15/index.html](http://nark-center.ru/docs/id_15/index.html)
4. Чорон С. Книга списков для подростков / С. и Г. Чорон. – М.: АСТ; СПб.: Астрель-СПб, 2005.
5. [http://shwarts.ucoz.ru/index/internet\\_ugrozy/0-34](http://shwarts.ucoz.ru/index/internet_ugrozy/0-34)

## Свобода и зависимость

### Васецкая Е.Н.

кандидат философских наук, доцент кафедры гуманитарных дисциплин Санкт-Петербургского имени В.Б. Бобкова филиала «Российской таможенной академии» Государственного казенного образовательного учреждения высшего профессионального образования Федеральной таможенной службы

В статье предполагается поставить и кратко осветить ряд вопросов:

- Как соотносятся экзистенциальная свобода и социальная независимость? Формирует ли социальная свобода свободу внутреннюю, свободу как характеристику личности человека, или скорее внутренняя свобода – залог независимости?
- Как соотносятся социальная зависимость и аддикция? Существуют ли общие причины (социальные и личностные) любых зависимостей?
- Является ли высокая степень свободы превенцией зависимого поведения?

Проблема свободы – стержневая проблема философской антропологии. Осмысление человека как существа, свободного по сути, и в то же время всегда пребывающего в движении к свободе, ибо жизнь человека и есть путь к себе – характеризует экзистенциальную философию и психологию XX и начала XXI века.

Формирует ли социальная свобода свободу внутреннюю? Разумеется, личность человека формируется в процессе социализации, и условия социализации, в том числе педагогические воздействия (их правила, способы, прежде всего определяющие ситуации выбора) способствуют или препятствуют формированию внутренней свободы. Однако в большей степени становление внутренней свободы и ответственности определяется степенью собственной активности субъекта социализации в выработке собственной идентичности через идентификацию, в основном бессознательную, со свободными, открытыми, радостно живущими родителями. Позволю себе подчеркнуть важность радостного и веселого отношения к жизни в семье как важнейшего стимула идентификационных процессов ребенка, его поиска себя. А также важность свободных, недирективных, доверительных отношений между членами семьи, предполагающих безусловную самооценку каждого их участника. В радостные отношения ребенок вступает радостно и инициативно.

Является ли обретенная высокая степень свободы залогом независимости в отношениях, поведении и суждениях? Безусловно да. Хочу только подчеркнуть, что именно высокая степень свободы, и только она, делает человека способным расширять границы своего мира и брать на себя боль и бремя другого человека (или сообщества) безвозмездно и без сожаления о затратах, но, тем самым, налагая на себя ограничение самореализоваться и построить свою жизнь иным образом.

Как соотносятся социальная зависимость и аддикция? Аддикция (по первоначальному значению) – склонность, тяготение (яндекс-словарь дает перевод слова «addiction» на русский: склонность к чему-либо, неистребимая привычка, пристрастие). Таким образом, правильнее, точнее понимать под аддикцией не столько зависимость, сколько тяготение, привычку; общий механизм формирования привычки лежит в основе формирования аддикции, как химической, так и нехимической. Социальная зависимость, и исторически, и в конкретной ситуации жизни отдельного человека - это характеристика отношений, социальных по сути. Поэтому аддикция как психологическая зависимость – это зависимость от своей собственной привычки или зависимость от самого себя, дефект саморегуляции. Нехимические аддикции это характеризует в полной мере, при химических аддикциях присоединяется, а потом становится главной проблемой физиологическая зависимость (но, в любом случае, - это зависимость от самого себя).

Социальная зависимость, проявляющаяся в зависимом поведении, которое суть или конформность, или подвластность – это зависимость от другого или других (яндекс-словарь дает перевод слова «зависимость» на английский: dependence, relation, subordination). При этом, безусловно, зависимость от других имеет выраженную психологическую составляющую. Поэтому, будем считать социальную зависимость и аддикции разными явлениями. И зададим вопрос: есть ли общие корни у этих разных явлений? И если мы ответим утвердительно, а это и есть первоначальная гипотеза нашего маленького исследования, то каковы эти корни?

Какие особенности психических функций и свойства личности делают человека низко конформным, способным сопротивляться давлению группы или другого человека? И делают ли эти свойства человека свободным от диктата собственных привычек?

Так, по мнению Р. Кэттелла, конформность - доминантность явля-

ется поверхностным свойством (или фактором первого порядка), а независимость – основной чертой (фактором второго порядка), т.е. свойством более сложным и глубоким, которое проявляется как совокупность таких черт как а) доминантность (E): настойчивость, агрессивность, упрямство, склонность к соперничеству; б) сургенсия (F): энтузиазм, невнимательность, беззаботность; в) пармия (H): поиск приключений, «толстокожесть», смелость в общении с людьми; г) протензия (L): подозрительность, ревнивость, догматичность [1]. Однако, не каждое из названных качеств, по нашему мнению, действительно обеспечивает независимость.

Рассмотрим агрессивность и склонность к соперничеству (E). Желание и готовность состязаться – только момент в развитии личности (от 6 лет до подросткового возраста), удержание этого стремления как превалирующего – свидетельствует о несформированности самооценки, наличие потребности постоянного подкрепления чувства самооценности, т.е. несамодостаточности, а значит, - зависимость. Независимость обеспечивается готовностью быть самостоятельным: не иметь поддержки и дать отпор, не отступить в случае угрозы.

Рассмотрим так называемую протензию (подозрительность + ревнивость + догматичность) – вероятно, подразумевается, что тот человек, который не доверяет чужому мнению или намерениям, кто склонен стоять на своем, не взирая на аргументы, и кто отстаивает свою позицию просто потому, что она – его позиция, - не зависим, на него трудно повлиять. Однако, известно: подозрительностью страдают люди, постоянно ожидающие нападения или подвоха от других, что является следствием их самооценки как уязвимых, т.е. слабых. Подозрительность – способ защиты, защита – всегда ограничение, а значит снижение степени свободы.

Ревность, например, по Маслоу [2], характеризует дефицитарную любовь, так как, во-первых, возникает из потребности дополнить, подтвердить собственную ценность; во-вторых, по содержанию является желанием обладать кем-то для себя, как объектом; в-третьих, основана на предположении, что ревнивец недостаточно хорош для того, чтобы не сомневаться в любви партнера. Таким образом, справедливо объяснить ревнивость недостаточно высокой самооценкой, своеобразной социальной трусостью и, как результат, зависимостью от другого (других).

Наконец, догматичность, негибкость, неготовность и неспособность к изменениям не делает человека независимым, догматик за-

висит от собственных догм и выбирает цели, способы их достижения и партнеров не свободно, но исключительно в рамках догмы. Готовность к изменениям и свобода прямо связаны как необходимое условие и следствие [3].

Подведем промежуточный итог. Оттолкнувшись от описания Кэттеллом диспозиции зависимое – независимое поведение, мы пришли к тому, что не быть зависимым, а тем более стремиться не быть зависимым, не означает действительную независимость, индетерминированность, т.к. негативная детерминированность (отрицание) – тоже детерминированность. Все, что сужает, ограничивает возможность выбора, уменьшает степень свободы. Увеличивает степень свободы способность и готовность воспринимать, переживать и понимать максимально полно, без ограничений. Эта полнота связи с миром дается уверенностью в себе, безусловностью собственной ценности. Следствием уверенности в себе является готовность иметь собственное мнение без необходимости опровергать другое (независимость суждений), открытость к контактам и взаимодействию с другими людьми без необходимости доминировать, умение ценить уединенность и индивидуальную деятельность и готовность принимать решения (независимость поведения). Таким образом, внутренняя свобода дает независимость, уверенность в себе дает свободу, а что обеспечивает уверенность? Питает ее, как и все по-настоящему ценное, - любовь, безусловная любовь к ребенку в семье. Поддерживают – успехи. Но ничто не гарантирует. Быть уверенным – значит максимально быть. Искусству осуществлять собственное бытие, наполнять жизнь экзистенциально посвящены труды многих философов и психологов, которые не могут быть проанализированы в статье данного формата.

Нам осталось ответить на вопрос, гарантирует ли достигнутая высокая степень внутренней свободы от возникновения аддикции?

Во многом оберегает, поскольку способствует полноте бытия, а значит дарит время от времени ощущение счастья; а также способствует самореализации, а значит переживанию успеха, чувству удовлетворенности собой. Человек, живущий полной жизнью и довольный собой, не нуждается в замещении и компенсации (что, собственно, и дают аддикции). И это касается большинства людей, это правило. Но полнота жизни, успешность, креативность – не гарантия, не страховая полис. Креативность динамична, и питается из различных источников.

Почему многие щедро одаренные, внутренне и внешне, интересные себе и другим, творческие люди в какой-то момент своей жизни испытывают потребность в использовании алкоголя или наркотиков? Я вижу две задачи, которые решаются таким образом: оптимизация нормальных, типичных состояний (снятие напряжения, повышение тонуса, усиление яркости эмоциональных переживаний) – для этого используются традиционные, укорененные в культуре средства (для европейской культуры - алкоголь); и стремление к принципиальному изменению и обогащению своего опыта, экспериментирование с состояниями собственного сознания при помощи нетрадиционных для данной культуры средств (наркотические и психоделические препараты)[4]. Креативный человек тем больше склонен к рискованному эксперименту, чем более он любит приключения, отличается силой, самостоятельностью, чем более он импульсивен, и при этом эмоционально лабилен [5]. Исследователями перечисляются и другие качества, коррелирующие со склонностью к риску, однако нам кажется нужным отметить свойственную большинству творцов способность всегда оставаться отчасти детьми (или подростками). «Позавчера они «щекотали нервы», рассказывая на ночь страшные истории про «темную комнату», «гроб на колесиках» и прыгали по крышам гаражей. Вчера ходили с закрытыми глазами по школьному забору и просили разрешения заниматься паркуром. Сегодня они заявляют, что марихуана расширяет сознание, увлекаются скейтбордингом и считают, что в жизни надо все попробовать.»[6] - сказано о подростках, но прекрасно характеризует многих и многих поэтов и певцов, художников и актеров.



## Литература

1. Фрейджер Р, Фэйдимен Д. Теории личности и личностный рост. Глава 26. Раймонд Кэттелл и факторная теория черт. - [http://www.gumer.info/bibliotek\\_Buks/Psihol/freydjer/26.php](http://www.gumer.info/bibliotek_Buks/Psihol/freydjer/26.php)
2. А.Маслоу. На подступах к психологии бытия. [http://www.goldbiblioteca.ru/online\\_psihologiya/online\\_psistr3/245.php](http://www.goldbiblioteca.ru/online_psihologiya/online_psistr3/245.php)
3. Р. Мэй. Любовь и воля. - <http://www.klex.ru/2fm>
4. С. Гроф. Видео лекции по трансперсональной психологии. Москва, 2007. - <http://www.psy.msu.ru/science/lectures/grof/>
5. Е.П. Ильин. Психология риска. <http://www.litres.ru/static/trials/03/93/52/03935275.a4.pdf>
6. Цит. по Е.П. Ильин. Там же.

## **Профилактика и коррекция аддиктивного поведения у подростков с Синдромом дефицита внимания и гиперактивности**

**Чиркова Ю.В.**

кандидат психологических наук, доцент кафедры общей и специальной психологии Института специальной педагогики и психологии (ИСПиП) им. Р. Валленберга

Проблема психотерапевтической помощи детям с диагнозом СДВГ и их социализация, признается сегодня чрезвычайно актуальной большинством специалистов, работающих с данной категорией больных.

Известно, что без лечения гиперактивное поведение с течением времени, в период достижения ребенком среднего подросткового возраста, как правило, уменьшается. Однако нельзя забывать о том, что детские симптомы гиперактивности-импульсивности вызывают самые неблагоприятные последствия в подростковом возрасте. Подростки с СДВГ представляют собой серьезную группу риска по склонности к аддиктивному поведению.

Наличие аддиктивного поведения у гиперактивных подростков вызвано рядом причин, в первую очередь, связанных с особенностями такого расстройства, как СДВГ.

Совершенно очевидно, что основные симптомы гиперактивности: импульсивность, повышенная двигательная активность, трудность концентрации внимания - лежат в основе дезадаптивного поведения ребенка и становятся источником стресса для всех членов семьи и в первую очередь, для самого ребенка.

Симптомы импульсивности могут принимать разнообразные формы. Когнитивная импульсивность проявляется в дезорганизованности, поспешном мышлении, в то время как, поведенческая импульсивность – в действиях без учета последствий. Подростки с СДВГ часто ведут себя не адекватно ситуации, так как не предвидят последствий. Их действия спонтанны, не подлежат планированию и обдумыванию. Они с трудом подавляют свои реакции, когда это необходимо. Оба вида импульсивности предвосхищают появление целого спектра проблем и предшествуют асоциальному поведению подростка.

Личностные особенности подростка с СДВГ, которые формируются на фоне симптоматики расстройства, мешают нормальной

социализации. Неумение регулировать свои эмоции, возникающие вспышки агрессивности приводят к регулярным конфликтам. Такие подростки часто испытывают чувство одиночества и неприязненное отношение со стороны сверстников. Снижение эмпатических способностей определяет поверхностность чувств, недифференцированное отношение к людям, неумение наблюдать за эмоциями окружающих. Подростки с СДВГ испытывают трудности, связанные с учетом при общении чужого настроения, мнения, чувств. В большинстве случаев, они не понимают причин негативной реакции окружающих и не умеют идти на компромисс. Для гиперактивных подростков характерны чувство отверженности и низкая самооценка. Невозможность самоконтроля своего поведения является постоянным источником стресса и тяжелых переживаний для самого подростка.

В подростковом возрасте процесс самоопределения подразумевает испытание новых ощущений. У гиперактивных детей тенденции к поиску ощущений проявляются очень рано. Они легко вступают в контакт с посторонними людьми без опасений, даже в детстве не боятся потеряться. Нечувствительность к наказаниям не позволяет родителям контролировать склонность к риску у этих детей.

Нельзя не принимать во внимание и тот факт, что гиперактивность носит коморбидный характер и часто сопровождается оппозиционно-вызывающим (около 50% случаев), тревожным и депрессивным расстройствами (от 20% до 30% случаев) [2]. Наличие сопутствующих диагнозов усугубляет конфликтность и напряженность в отношениях между родственниками ребенка с гиперактивностью. В свою очередь проблемы в семье могут усугублять тяжесть симптомов и становиться причиной появления сопутствующих поведенческих проблем. Коморбидность данного расстройства определяет неблагоприятный прогноз: формирование психопатологических состояний, как алкоголизм, наркомания, асоциального и делинквентного поведения.

Подростки с СДВГ прибегают к паттернам, которые подвергают их сильному риску возникновения опасности для жизни и здоровья. Основными аддиктивными реализациями у подростков с СДВГ являются: употребление алкоголя, никотина, веществ, изменяющих психическое состояние, включая наркотики, употребление лекарств; участие в азартных играх, включая компьютерные; сексуальное аддиктивное поведение; длительные прослушивания музыки, главным

образом основанной на низкочастотных ритмах.

Многочисленные исследования, проведенные в ряде стран Западной Европы и в США, показывают, что аддиктивное поведение характерно для лиц с гиперактивностью. Так, например, по данным исследований М.Lecendreux(2003), 46% семнадцатилетних юношей, с диагнозом СДВГ в анамнезе, имеют никотиновую зависимость, в то время, как в группе юношей без гиперактивности - всего 24%. Было установлено, что 34,6% наркоманов, употреблявших кокаин и обратившихся за помощью, отвечали критериям СДВГ, когда были детьми (Menechal J.,2004). Многие исследователи указывают на то, что у 50% подростков с СДВГ сохраняется склонность к риску, что часто приводит к сексуальному аддиктивному поведению. По данным Е.Kopofal(2003) риск ранней беременности намного выше у 15-16 летних гиперактивных девушек(38%) по сравнению с группой девушек, не имеющих расстройства(4%).

Известно, что за рубежом широко используется лекарственная терапия СДВГ. У подростков формируется привыкание к такому действию, как прием лекарственных препаратов, а такие стимуляторы, как Риталин (метилфенидат), становятся доступными для них в готовом виде. Однако, при приеме в больших дозах эти препараты могут иметь негативный эффект и быть опасными, как и другие амфетамины. Исследования С. Conners(1996) показали, что при непрерывном применении (более двух лет) может развиваться привыкание к психостимуляторам, особенно к амфетаминам.

Таким образом, Синдром Дефицита внимания с гиперактивностью является существенным фактором риска раннего начала курения, злоупотребления психоактивными веществами и рискованного сексуального поведения.

Многочисленные исследования по лечению гиперкинетического синдрома у детей однозначно свидетельствуют о превосходстве мультимодальных терапевтических программ над применением отдельных методов.

В качестве основной мишени психотерапевтической работы выступает социальная незрелость подростков с СДВГ. Адаптации таких детей в первую очередь способствует позитивная семейная обстановка, отсутствие симптомов асоциального поведения. К профилактическим мерам относятся изменение домашней обстановки и модели отношений между родителями и детьми посредством оказания семье поддержки. В данном случае эффективным является тренинг

родительской компетенции (ТРК) и долгосрочное психологическое консультирование семьи. Совершенно очевидно, что профилактика имеет больше шансов на успех, чем работа с подростками, уже имеющими проблемы.

Приоритетной направленностью психологической коррекции при работе с гиперактивными подростками является казуальная. Она заключается в непосредственной помощи в улучшении навыков разрешения проблем и повышении социальной компетентности. Для этого используются систематические программы тренинга для формирования социальных навыков, которые преследуют две основные цели: пополнение знания детей о социальных взаимодействиях и формирование таких социальных навыков, которые отсутствуют в поведенческом репертуаре ребенка. Одновременно проводится симптоматическая коррекция по пресечению аддиктивного поведения.

Пожизненная предрасположенность к риску и тяга к опасным ситуациям в сочетании с пониженной склонностью к здоровому образу жизни предопределяют прогноз меньшей продолжительности жизни у лиц, страдающих СДВГ. В этой связи представляется чрезвычайно важным оказание своевременной психологической помощи данной группе подростков.

Психологическая поддержка родителей в форме консультирования в сочетании с коррекционной и психотерапевтической работой с ребенком часто дает хороший результат. Эти комплексные воздействия должны служить задаче психического оздоровления ребенка и способствовать процессу его развития и нормальной социализации.

#### Литература:

1. Conners C. Bupropion hydrochloride in attention deficit disorder with hyperactivity // J. Am. Acad. - 1996. - Vol. 35. - p.1314-1321.
2. Flavigny C. Instabilite ou hyperactivite chez l'enfant // La Psychiatrie de l'enfant. 1998. - 31, 2, p. 445-473.
3. Lecendreux M., E. Konofal. Hyperactivite. - Paris: Solar. - 2003. - 403 p.
4. Menechal J. L'hyperactivite infantile. - Paris: Dunod. - 2004. - 313 p.

## Содержание

### Вступительное слово

<b>Палкин Ю.Р.</b> главный врач ГПБ№7 им. акад. И.П. Павлова .....	7
---	---

### Когнитивно-поведенческая психотерапия в лечении полинаркозависимых

<b>Веселкова Ю.В.</b> исполнительный директор, клинический психолог Центр психологической реабилитации и социальной адаптации «КЛЮЧИ» (Москва)	
<b>Мелёхин А.И.</b> психолог-психотерапевт Клиники психического здоровья, руководитель Московского отделения АКПП (Москва) .....	8

### Аддиктивность в свете представлений И.П Павлова

<b>Калягин В.А.</b> Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи Росздрава .....	28
--	----

### Разнообразие аддиктивного опыта

<b>Ковпак Д. В. , Палкин Ю. Р.</b> Северо-Западный Государственный Медицинский Университет им. И. И. Мечникова, СПб ГБУЗ «Городская психиатрическая больница №7 им. И. И. Павлова» (Клиника неврозов) .....	35
--	----

### Профилактика аддиктивного поведения – это предупреждение деструктивного разрешения кризисов идентичности

<b>Крылова Н. В.</b> заведующий отделом социально-психологической работы, медицинский психолог Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Наркологический диспансер Калининградской области», кандидат психологических наук .....	44
---	----

### Клинико-анамнестический метод и структурирование «мишеней» в реабилитации пациентов с химическими и нехимическими зависимостями

<b>Кулаков С.А.</b> Медицинская ассоциация «Центр Бехтерев» .....	48
--	----

**Аддикции подростков 21 века****Савенкова И.В.**

кандидат псих. наук, доцент кафедры психологии развития  
и возрастной психологии Южного федерального университета  
г. Ростов-на-Дону.....51

**Свобода и зависимость****Васецкая Е.Н.**

кандидат философских наук, доцент кафедры гуманитарных дисциплин  
Санкт-Петербургского имени В.Б. Бобкова филиала «Российской  
таможенной академии» Государственного казенного образовательного  
учреждения высшего профессионального образования Федеральной  
таможенной службы.....58

**Профилактика и коррекция аддиктивного поведения****у подростков с Синдромом дефицита внимания и гиперактивности****Чиркова Ю.В.**

кандидат психологических наук, доцент кафедры общей и специальной  
психологии Института специальной педагогики и психологии (ИСПиП)  
им. Р.Валленберга.....40

ХІХ Клинические Павловские чтения

Доказательная фармакотерапия  
аддиктивных расстройств

16 апреля 2015 г.

СБОРНИК НАУЧНЫХ СТАТЕЙ

Подписано в печать 10.04.15  
Формат 60x84/16. Бумага офсетная.  
Гарнитура Myriad Pro.  
Печать цифровая. Усл. печ. л. 4,625  
Тираж 120 шт. Заказ № 1004

Отпечатано в типографии «СИНЭЛ»  
194223, г. Санкт-Петербург, ул. Курчатова, д. 10



ISBN 978-5-9906651-0-1



9 785990 665101



САНКТ-ПЕТЕРБУРГ