

**Г.В. СТАРШЕНБАУМ**

**АДДИКТОЛОГИЯ: УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ.** Стандарт  
третьего поколения. – СПб.: Питер, 2017. – 320 с.

Книга известного отечественного психотерапевта Г.В. Старшенбаума посвящена одной из наиболее актуальных проблем современной России – проблеме аддикций. Полувековой опыт работы с пациентами, страдающими различными аддикциями позволяет автору проанализировать глубинные механизмы аддиктивного поведения и на этой основе выделить новую клиническую форму – аддиктивное расстройство.

Описаны биологические, психологические, социальные и духовные аддикции в соответствии с фиксацией личности на определенном уровне психосоциального развития. Приведены критерии дифференциальной диагностики в соответствии с принятой в РФ Международной классификации болезней 10-го пересмотра МКБ-10 и готовящейся к выходу МКБ-11, а также с учетом 5-го издания Справочника по диагностике и статистике психических расстройств Американской психиатрической ассоциации DSM-5. В книге дается детальное описание клинической картины и стратегии психотерапии различных аддикций. Приводится библиография на русском и иностранных языках за последние 20 лет.

Рекомендуется в качестве учебного пособия и практического руководства для обучающихся и практикующих психологов, психотерапевтов, психиатров, наркологов, сексопатологов и специалистов по психосоматической медицине. Книга написана достаточно простым языком, снабжена глоссарием и несложными тестами, может быть полезной также и непрофессиональным читателям.

## Оглавление

Предисловие .....	4
Глава 1. ДИАГНОСТИКА АДДИКЦИЙ .....	5
1.1. Определение понятий .....	5
1.2. Клинические проявления .....	7
1.3. Классификации .....	13
1.4. Принципы диагностики .....	16
Глава 2. ПРОИСХОЖДЕНИЕ АДДИКЦИЙ .....	18
2.1. Биология аддиктивности .....	19
2.2. Воспитание аддикта .....	25
2.3. Аддиктивный процесс .....	30
2.4. Психология аддиктов .....	32
Глава 3. ПСИХОТЕРАПИЯ АДДИКЦИЙ .....	38
3.1. Первичное интервью .....	38
3.2. Принципы терапии .....	44
3.3. Семейная терапия .....	51
3.4. Групповая терапия .....	56
3.5. Личностная ориентация терапии .....	60
3.6. Авторская концепция .....	71
Глава 4. АЛКОГОЛИЗМ .....	75
4.1. Клинические формы .....	76
4.2. Рецидивы .....	78
4.3. Психология алкоголизма .....	82
4.4. Этапы психотерапии .....	85
4.5. Семейная терапия .....	92
4.6. Групповая терапия .....	94
Глава 5. НАРКОМАНИИ .....	98
5.1. Зависимость от седативных, снотворных и противотревожных средств .....	98
5.2. Зависимость от стимуляторов .....	105
5.3. Зависимость от галлюциногенов и ингалянтов .....	115
5.4. Подростковая наркомания .....	120
5.5. Психология наркомании .....	124
5.6. Психотерапия Н-зависимых .....	127
Глава 6. СТИМУЛИРУЮЩИЕ АДДИКЦИИ .....	143

6.1. Переедание .....	143
6.2. Ониомания, накопительство, клептомания, пиромания .....	148
6.3. Компulsiveвная агрессия .....	155
6.4. Гемблинг .....	157
6.5. Сексуальная аддикция .....	164
6.6. Аддикция отношений, любовная зависимость и аддикция избегания .....	174
6.7. Конфликт зависимых отношений .....	178
Глава 7. ПОДАВЛЯЮЩИЕ АДДИКЦИИ .....	182
7.1. Голодание, аддикция упражнений, ургентная аддикция .....	182
7.2. Работоголизм .....	184
7.3. Суицидальность аддиктов .....	188
7.4. Имитируемое расстройство .....	192
7.5. Созависимость .....	193
Глава 8. ВИРТУАЛЬНЫЕ АДДИКЦИИ .....	203
8.1. Телевизионная, компьютерная и Интернет-зависимость .....	203
8.2. Аддикции общения .....	209
8.3. Аддиктивный фанатизм .....	211
Приложения .....	220
1. Список использованной литературы .....	220
2. Глоссарий .....	233
3. Диагностические критерии .....	240
4. Профессиональные тесты .....	266
5. Памятки для пациентов и их близких .....	306
6. Групповые упражнения .....	320
Послесловие .....	331

*«Ожидает ли нас в будущем появление новых синтетических веществ, в сто, а то и тысячу раз более способных вызывать пристрастие, чем героин или крэк? Ответом будет абсолютное “да”, если мы не осознаем и не исследуем присущую человеку потребность в химической зависимости, а затем не отыщем и не одобрим какие-то пути выражения этой потребности».*

**Тэрэнс Маккенна. «Пища богов». М., 1995. С. 146.**

## Предисловие

Уровень потребления наркотиков является угрозой генофонда нации, если наркотики потребляют 5 процентов населения страны. По данным Федеральной службы РФ по контролю за оборотом наркотиков их потребляет 8,5 млн. россиян, что составляет 5,8% населения. Количество состоящих на учете наркозависимых и вовлеченных в наркопотребление в 7–10 раз превышает соответствующие показатели стран Европейского сообщества и составляет 25,2 на 10 тыс. населения.

В 1993 г. заболеваемость наркологическим расстройствами сравнилась со всеми остальными психическим расстройствами, а в 2012 г. превысила их в 2,1 раза. Число госпитализаций, связанных с психическими расстройствами вследствие употребления наркотических средств, за 2009-2012 гг. увеличилось в 2,8 раза. Смертность из-за наркотиков за последнее десятилетие увеличилась в 10 раз, а детская смертность – в 45 раз.

Употребление спиртных напитков в РФ в пересчете на чистый спирт в 2014 году по данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) составило 15,76 л в год на душу населения (критический уровень – 8 литров). Мужчины-алкоголики занимают половину психиатрических коек. Экономическое бремя алкоголизма в нашей стране сопоставимо с половиной затрат на здравоохранение. Алкоголизм сокращает жизнь на 10 лет. От заболеваний, вызванных курением, ежегодно умирает около 200 000 россиян. Тем не менее, по данным Роспотребнадзора за последние 20 лет количество курящих людей в стране увеличилось на 440 000 человек.

Моя монография «Аддиктология: психология и психотерапия зависимостей» (2006) явилась одним из первых отечественных изданий, посвященным всем аспектам зависимого поведения. С этого времени накопилось много литературного и собственного практического материала, который я попытался систематизировать в настоящей книге. Обучающиеся и практикующие профессионалы найдут в ней самые современные данные об аддикциях и методах дифференцированной психотерапии аддиктов. Книга написана простым языком и поможет разобраться в проблемах, связанных с аддикциями, и непрофессиональным читателям.

Структура книги подчинена единому принципу: каждая тема начинается с определения понятий, затем описываются симптоматика. Далее приводятся диагностические критерии в соответствии с принятой в РФ Международной классификации болезней МКБ 10-го и готовящегося 11-го пересмотра, а также 5-го издания Справочника по диагностике и статистике психических расстройств Американской психиатрической ассоциации DSM-5.

Излагаются современные представления о происхождении расстройств, описываются эффективные методы психотерапии и анализируются собственные клинические случаи. Руководство завершается словарем терминов и списком литературы за последние 20 лет.

## Глава 1. ДИАГНОСТИКА АДДИКЦИЙ

### 1.1. Определение понятий

Термин **аддикция** (лат. addictus – приговоренный за долги к рабству; англ. addiction — пагубная, порочная склонность) был введен в употребление Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в 1950 году. Аддикцией стали называть состояние хронического или периодического отравления организма какого-либо веществом, вызывающее потребность в его регулярном употреблении. Основные признаки аддикции:

- Всепоглощающее желание или навязчивая потребность в веществе, доходящая до того, что человек готов использовать любые средства для его получения.
- Тенденция к увеличению требуемой дозы.
- Психическая и обыкновенно также физическая зависимость от вещества.
- Вредные последствия от употребления вещества для индивида и общества.

В 1957 году ВОЗ ввела термин **привыкание** к препарату (drug habituation), который подразумевает психическую зависимость больного от лекарства, назначенного с целью облегчить труднопереносимые проявления болезни. Основные признаки привыкания:

- Желание (не навязчивое) употреблять препарат, потому что оно вызывает у потребителя приятные ощущения.
- Слабая тенденция к увеличению дозы или полное отсутствие таковой.
- Некоторая психическая зависимость от эффектов препарата, однако физическая зависимость отсутствует, и в связи с этим синдрома отмены нет.
- В случае наличия вредного влияния оно ограничивается индивидом.

В 1964 г. ВОЗ объединила понятия аддикции и привыкания термином **зависимость от препарата** (drug dependence). Под этим термином понимается как физическая, так и психическая зависимость от какого-либо химического вещества, возникшая в результате периодического или постоянного его употребления.

В 2001 г. три американских сообщества (American Academy of Pain Medicine, the American Pain Society, and the American Society of Addiction Medicine) опубликовали совместный

документ «Дефиниции, относящиеся к использованию опиоидов для лечения боли» (Definitions Related to the Use of Opioids..., 2001), в котором дали следующее определение:

«**Аддикция** – это первичное, хроническое, нейробиологическое заболевание (disease) с генетическими, психосоциальными и средовыми факторами, влияющими на его развитие и проявления. Оно характеризуется поведением, которое включает одно или более проявлений: нарушение контроля над употреблением наркотика или лекарства, тягу к нему, компульсивное употребление и продолжение употребления, несмотря на вред».

В РФ в соответствии с Федеральным законом от 8 января 1998 г. N 3-ФЗ "О наркотических средствах и психотропных веществах" используются следующие основные понятия:

**наркотические средства** – вещества синтетического или естественного происхождения, препараты, включенные в Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, в соответствии с законодательством Российской Федерации, международными договорами Российской Федерации, в том числе Единой конвенцией о наркотических средствах 1961 года;

**психотропные вещества** – вещества синтетического или естественного происхождения, препараты, природные материалы, включенные в Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, в соответствии с законодательством Российской Федерации, международными договорами Российской Федерации, в том числе Конвенцией о психотропных веществах 1971 года;

**аналоги наркотических средств и психотропных веществ** – запрещенные для оборота в Российской Федерации вещества синтетического или естественного происхождения, не включенные в Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, химическая структура и свойства которых сходны с химической структурой и со свойствами наркотических средств и психотропных веществ, психоактивное действие которых они воспроизводят;

**препарат** – смесь веществ в любом физическом состоянии, содержащая одно или несколько наркотических средств или психотропных веществ либо один или несколько прекурсоров, включенных в Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации;

**наркомания** – заболевание, обусловленное зависимостью от наркотического средства или психотропного вещества;

**больной наркоманией** – лицо, которому по результатам медицинского освидетельствования, проведенного в соответствии с настоящим Федеральным законом, поставлен диагноз "наркомания".

Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, состоит из четырёх списков.

1. Запрещённые к обороту наркотические средства (гашиш, героин, ДОБ, ЛСД, МДМА и др.) и психотропные вещества (метаквалон, метилфенидат и др.).
2. Наркотические средства (кодеин, кокаин, морфин и др.) и психотропные вещества (кетамин и др.), оборот которых ограничен и контролируется.
3. Ограниченные к обороту психотропные вещества (декстрометорфан, тарен и др.), для которых исключаются некоторые меры контроля.
4. Вещества, используемые в производстве психоактивных веществ, и яды, оборот которых ограничен и в отношении которых устанавливаются меры контроля (ацетон, перманганат калия, толуол, псевдоэфедрин, эрготамин, нитрометан, серная, соляная и лизергиновая кислота и др.).

Зависимость от упомянутых ядов именуется **токсикоманией**. Зависимость от алкоголя и табака в России традиционно не относятся к нарко- и токсикоманиям. Препараты, с которыми связаны химические аддикции, условно делятся на три большие группы: **депрессанты** (алкоголь, опиоиды, барбитураты, транквилизаторы), **стимуляторы** (кокаин, амфетамины, кофеин, никотин) и **галлюциногены** (каннабиоиды, мескалин, ЛСД, ингалянты).

**К нехимическим (поведенческим) аддикциям** причисляют различные формы компульсивного и импульсивного поведения. Как правило, у аддикта развивается **коаддикция** – сопутствующая аддикция. Так, пищевые аддикции часто сочетаются с потреблением алкоголя, сигарет и марихуаны. Кoadдиктивность особенно характерна для компульсивного секса, гемблинга, клептомании, шопоголизма и Интернет-аддикции.

Партнер аддикта зачастую страдает **созависимостью** – компульсивным стремлением контролировать поведение аддикта. Созависимым необходимы так называемые *токсические эмоции*: тревога за зависимого, жалость к нему, периодическое появление стыда, вины, обиды, ненависти. При удовлетворении этих патологических эмоциональных потребностей у созависимого возникает чувство удовольствия и облегчения.

## **1.2. Клинические проявления**

**Наркологические симптомы** включают формы потребления психоактивного вещества (ПАВ), толерантность, защитные реакции, формы опьянения, патологию влечений, спо-

способность достижения физического или психологического комфорта в состоянии опьянения.

**Формы потребления ПАВ:** эпизодическая (ситуационная, ритуальная) и измененная (с патологическим влечением, одиночным потреблением). При измененной форме потребления различают систематическое и периодическое потребление. К периодической форме потребления относят *ложные запои*, которые начинаются и прерываются под влиянием ситуации, и *истинные запои*, возникающие под влиянием актуализирующегося влечения и прекращающиеся спонтанно вследствие нарастающей непереносимости ПАВ.

**Толерантность** – максимально переносимая доза ПАВ при сохранении функционирования. Поведенческая толерантность проявляется в способности контролировать внешние признаки опьянения. Функциональная толерантность отражает биохимические нарушения и заключается в необходимости со временем повышать дозу ПАВ для достижения такой же степени опьянения.

**Защитные реакции** свидетельствуют о том, что доза ПАВ превышает физиологическую толерантность. Специфическими защитными реакциями являются: на алкоголь – рвота, на опий – зуд кожи лица, заушной области, шеи и верхней трети груди, на барбитураты – икота, обильное потоотделение, слюнотечение, резь в глазах, чувство дурноты, тошнота и головокружение. Неспецифические защитные реакции встречаются при интоксикации разными ПАВ и проявляются в виде тошноты, рвоты, вегетососудистых расстройств (боли в сердце, озноб, болезненно обостренная кожно-мышечная чувствительность). С переходом к регулярной интоксикации неспецифические реакции исчезают, что является признаком второй стадии заболевания.

**Формы опьянения** – комплекс психических, поведенческих и соматоневрологических проявлений, развивающихся вследствие приема ПАВ. Измененная форма опьянения – нарушение соотношения и проявлений отдельных компонентов классического варианта опьянения соответствующим веществом, появление несвойственных ему проявлений или изменение его динамики. Так, на первом этапе болезни ослабевает, а затем исчезает соматовегетативный компонент интоксикации, на втором – уменьшается интенсивность эйфории с необходимостью увеличить дозу для достижения прежнего эффекта, на третьем эйфория не вызывается даже максимальной дозой наркотика, он способен лишь нормализовать состояние.

**Патология влечения** встречается в двух формах: 1) психическая – с навязчивыми мыслями об объекте влечения, борьбой мотивов и неспецифичностью влечения и 2) физиче-



ская — с влечением, доминирующим даже над витальными потребностями, полностью определяющим поведение, почти без борьбы мотивов, с выраженной вегетативной симптоматикой: расширением зрачков, потливостью, тремором, повышением сухожильных рефлексов.

**Способность достижения психического и/или физического комфорта** (не эйфории!) в состоянии опьянения. Только прием ПАВ купирует психические нарушения (эмоциональное напряжение, раздражительность, депрессивные реакции с идеями самообвинения, дисфорические состояния, несобранность, повышенную отвлекаемость, снижение работоспособности) и ощущение соматического неблагополучия.

**Наркологические синдромы** включают опьянение, большой наркоманический синдром и последствия хронической интоксикации ПАВ. **Опьянение** включает психические и соматоневрологические компоненты. Психический компонент состоит из аффективных расстройств, расстройств восприятия, мышления и сознания. Соматоневрологический компонент во многом зависит от вида и дозы ПАВ; общим для большинства ПАВ является повышенная сексуальная возбудимость, снижение аппетита, мышечного тонуса, скорости и координации движений. Исключение составляют стимуляторы, кодеин и галлюциногены.

Аффективные расстройства выражаются, в первую очередь, в *эйфории*, которая при употреблении различных ПАВ имеет свои особенности. Так, опий дает ощущение соматического наслаждения и чувства покоя, блаженства. Стимуляторы вызывают энергетический и эмоциональный подъем и переживание интеллектуального просветления. Гашиш и ЛСД нарушают восприятие и сознание с появлением мистических, фантастических переживаний. Ингалянты делают восприятие действительности более красочным. Быстрая смена психосенсорных впечатлений контрастирует с замедленностью мышления, что дает ощущение «наплыва», задержки, навязчивости мыслей. Возможна диссоциация мышления, отстраненное наблюдение за своими переживаниями. «Все становится ясным», «другой смысл всего» с невозможностью для опьяневшего сказать, что «все» и какой «другой».

**Течение** аддикций чаще хроническое, прогрессирующее, рецидивирующее.

Выделяют три стадии развития наркоманий. На 1-й стадии избирается объект аддикции. Перед реализацией влечения у аддикта нарастает состояние напряжения, а после реализации наступает облегчение. Влечение реализуется компульсивно (с попыткой контроля) или импульсивно (неконтролируемо) с иллюзией контроля поведения и отсутствием адекватного отношения к негативным последствиям такого поведения. Формируется

психическая зависимость от наркотика: без него нет душевного комфорта, трудно сосредоточиться, страдают память и мышление. Абстиненция (воздержание) вызывает дисфорию и усиление влечения, растет толерантность.

2-я стадия развивается через несколько недель. Формируется физическая зависимость, резко возрастает толерантность, приходится резко повышать дозы. Наркотик нужен как допинг, выражены соматовегетативные нарушения, утрачиваются аппетит и половое влечение. Деньги на наркотик помогают добывать гомосексуализм, проституция, воровство и разбои. Физическая зависимость, как правило, имеет последствия в виде соматоневрологических и психических расстройств, вплоть до выраженного психоорганического синдрома и деградации личности. Высока смертность от суицида, передозировки наркотика, СПИДа и других соматических осложнений.

3-я стадия встречается редко из-за высокой летальности второй стадии. Больные нетрудоспособны из-за крайнего истощения (залеживаются в постели) и сведения круга интересов к добыче наркотика, который необходим, чтобы самостоятельно поесть и элементарно себя обслужить.

*Ремиссии* при протекании химических зависимостей делятся на два типа. 1) Дисфорический тип проявляется астенодепрессивной симптоматикой. Отмечаются вялость, слабость, неспособность к активным интересам и занятиям, нежелание учиться или работать, раздражительность, обидчивость, плаксивость, капризность. Приступы злобы, агрессии чередуются с состояниями избыточной активности с приливами инициативы, подвижности, не заразной веселости. 2) Органический тип развивается при злоупотреблении барбитуратами и опиатами и проявляется психоорганической симптоматикой.

*Инттоксикационные психозы* при наркоманиях развиваются в случаях смены наркотика, употребления фальсифицированного вещества или неудачной комбинации ПАВ. Они имеют все черты острого экзогенного психоза: расстройство сознания, динамичность, при которой один синдром может сменяться другим, острое начало и течение. Глубина амнезии по выходе из состояния наркотического опьянения зависит от степени помрачения сознания; продуктивную симптоматику перенесенного психоза она затрагивает в последнюю очередь, бывшая разорванность сознания отражается в непоследовательности воспоминаний. Психоз включает также особенности, присущие интоксикации ПАВ: дисфорический дебют и необычайно глубокий сон на выходе.

Наблюдаются *соматоневрологические расстройства*: бледность, вялость кожи, отсутствие блеска глаз, ногтей и волос, расслоение ногтей, выпадение волос, похудание. В ре-

зультате наркоманы выглядят намного старше своего паспортного возраста. В местах введения наркотика вены поражаются тромбозом с последующим разрастанием соединительной ткани, что превращает их в плотные хрящевидные тяжи. Кожа над венами пигментирована, со следами инъекций. Отмечается слабость миокарда с повышенным риском инфаркта. У полинаркоманов часто поражается печень. У опиоманов и барбитуроманов преобладают расстройства желудочно-кишечного тракта, у гашишистов – органов дыхания. В результате поражения подкорковых образований головного мозга развиваются парезы и параличи, чаще всего – стоп и голеней.

К. Ясперс определяет инстинктивные влечения следующим образом: «Влечения — это переживаемые нами инстинкты, то есть функции, осуществляемые как следствие некоторого стремления; при этом содержание и цель стремления не осознаются, но порожденные им функции осуществляются таким образом, что в конечном счете сложная цепь целесообразных событий благодаря направленным движениям приводит к должному результату. Влечения — это соматические потребности: голод, жажда, потребность во сне, то есть все те потребности, которые удовлетворяются прямо — при условии, что для этого имеются необходимые средства. Влечения — это формы творческой деятельности; таковы, например, движения тела, развивающие и демонстрирующие его сущность, каким-либо образом выражающие или представляющие его (потребность в выражении, потребность в представлении); таковы и влечения, для удовлетворения которых необходимо целенаправленное усилие (потребность в знании, в художественном творчестве). Влечения — это мотивированные действия, то есть импульсы, цель которых осознана и достигается путем преднамеренного использования подходящих средств» (Ясперс, 1997, с. 386).

Иерархически влечения подразделяются на три группы: «Группа 1 — соматические, чувственные влечения: половое влечение, голод, жажда; потребность во сне, влечение к деятельности; удовлетворение, получаемое от сосания, от принятия пищи, от дефекации и мочеиспускания. ...В негативном отношении к ним находятся только отвращение и пресыщение.

Группа 2 — витальные влечения. Для этого типа влечений характерно отсутствие локализации на соматическом уровне; они направлены на бытие в целом. К витальным влечениям относятся:

(а) Витальные влечения, имеющие значение для наличного бытия в целом (*vitale Daseinstriebe*): воля к власти — воля к подчинению; потребность в самоутверждении — потребность в самопожертвовании; своеволие — влечение к коллективу (стадный ин-

стинкт); храбрость — страх (агрессивный гнев — боязливая потребность в помощи); самоуважение — влечение к самоуничижению; любовь — ненависть...

(б) Витальные душевные влечения (vital-seelische Triebe): любопытство, потребность в заботе о младших, влечение к путешествиям, влечение к покою и удобствам, воля к обладанию...

(в) Витальные творческие влечения: стремление к самовыражению, представлению, производству инструментов, труду и творчеству.

Группа 3 — духовные влечения: стремление к постижению определенного состояния бытия и к посвящению себя этому состоянию, проявляющемуся в ценностях — религиозных, эстетических, этических или относящихся к воззрениям субъекта на истину, — переживаемых как абсолютные. ...Общим фактором для группы в целом служит влечение к сохранению себя в вечности, причем не в смысле продолжительности во времени, а том смысле, который предполагает определенную форму временного участия в бытии, пересекающем время» (там же, с. 388-389).

**Аддиктивное влечение** возникает спонтанно, чаще на фоне дисфории, оно компульсивно или импульсивно и сопровождается нарушением планирования и прогнозирования реакции окружающих. Аддиктивное влечение не обусловлено жизненно важной потребностью, но является для индивида высоко значимой (Менделевич, Зобин, 2012).

**Компульсии** являются целенаправленными, повторяющимися и преднамеренными действиями, производимыми по определенному шаблону, стереотипу. Они направлены на предотвращение и/или нейтрализацию тревоги, дистресса и/или воображаемого катастрофического события. Реализация компульсии является «защитной», она снижает тревогу, но не приносит удовольствия и удовлетворения. Для компульсий характерно постоянное, устойчивое желание реализовывать бессмысленные действия. Пациент отдает себе отчет, что эти действия являются необоснованными и чрезмерными (эгодистонными).

**Импульсивное** влечение в поведении проявляется «прорывом импульса» и стремлением к удовлетворению инстинктивных нужд. Пациенты ощущают возбуждение в начале, удовольствие и эйфорию во время совершения действия и вину после его реализации. Импульс в момент реализации переживается эгосинтонно и приносит удовлетворение и разрядку, но эгодистонен при воспоминании о нем и часто сопровождается «раскаянием». Импульсивное влечение к объекту аддикции не переживается как компульсия, оно не чуждо Эго, и оно не является бессмысленным (Автономов, 2009).

**Увлечения** характеризуются интеллектуализированными эмоциями и осознанностью мотива и цели. Их динамика непрерывна, а не приступообразна, им не предшествуют дисфорические состояния, они не осуществляются компульсивно или импульсивно и обычно не связаны со сферой инстинктов (Гурьева, Семке, Гиндикин, 1994) .

**Сверхценные увлечения** характеризуются 1) глубокой и длительной сосредоточенностью на объекте увлечения; 2) пристрастным, эмоционально насыщенным отношением к объекту увлечения; 3) утратой чувства контроля за временем, затрачиваемым на увлечение; 4) игнорирование любой иной деятельности или увлечения. К сверхценным увлечениям относят работоголизм, коллекционирование, фанатизм – религиозный, спортивный, музыкальный и пр. (Менделевич, 1998, 2003; Менделевич, Зобин, 2012).

Ряд современных авторов причисляют к аддикциями такие сверхценные увлечения, как аддикция к накоплению или трате денег, аддикция к власти, аддикция физических нагрузок, лихачество, ургентная аддикция – зависимость от состояния цейтнота, бегство от «рутины» в виде дальних путешествий, частой смены работы, места жительства и т.д.

### **1.3. Классификации**

Все расстройства в данной книге кодируются по принятой в РФ Международной классификации болезней 10-го пересмотра МКБ-10 (Психические расстройства..., 1998; The ICD-10..., 1992-2004). Раздел **«Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ»** F1 построен по следующему принципу: буква F соответствует наименованию раздела, вещество указывается первыми двумя цифрами после буквы F, а 4-я, 5-я и 6-я цифра определяют клиническое состояние.

Химические аддикции в МКБ-10 классифицируются следующим образом: психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя; опиоидов; каннабиоидов; седативных или снотворных средств; кокаина; других стимуляторов, включая кофеин; галлюциногенов; табака; летучих растворителей.

В готовящейся к выпуску МКБ-11 (ICD-11..., 2015) и в Справочнике по диагностике и статистике психических расстройств Американской психиатрической ассоциации DSM-5 (American Psychiatric Association..., 2013) кофеин выделен в отдельную рубрику. Диссоциативы в DSM-5 входят подрубкой в галлюциногены, а в МКБ-11 для диссоциативов, включая кетамин и РСР, намечена отдельная рубрика, как и рубрика для экстази и родственных ПАВ. Среди других специфических ПАВ в МКБ-11 предлагается рассматривать анаболические стероиды, антипаркинсонические и антигистаминные препараты, закись азота, летучие нитриты, растительные и синтетические катиноны.

В МКБ-10 зависимость от химических веществ рассматривается как следствие их умеренного потребления. Этот подход оставлен без изменения и в МКБ-11. В DSM-5 раздел **«Расстройства, связанные с веществами и аддиктивные расстройства»** содержит две группы химических зависимостей: «Расстройства, связанные с потреблением веществ» и «Расстройства, вызванные веществами». Первую группу характеризует тяга к потреблению веществ и нарушение контроля над ним, вторая дополнительно включает в себя интоксикацию, абстиненцию, толерантность, социальные и медицинские проблемы.

При диагностике указанных расстройств не учитываются симптомы толерантности и отмены, развивающиеся во время лечения предписанными лекарствами (например, опиоидных анальгетиков, седативных средств, стимуляторов). Однако если рецепты на лекарства используются ненадлежащим образом, и есть другие симптомы компульсивного поиска препаратов, может быть поставлен диагноз «Расстройство, связанное с потреблением веществ».

В качестве аддиктивного расстройства в данный раздел включен **гемблинг**, поскольку он имеет те же клинические проявления, церебральные механизмы и коморбидность (сочетание с другими расстройствами), что и расстройства, связанные с веществами. Кроме того, для лечения гемблинга эффективны те же лекарства и методы психотерапии, что и для лечения упомянутых расстройств. Иные поведенческие аддикции не рассматриваются из-за недостатка убедительных доказательств, необходимых для их диагностики в качестве аддикций.

В МКБ-10 гемблинг помещен в рубрику **«Расстройства привычек и влечений» F63**. наряду с kleptomaniya – импульсивными мелкими кражами, пироманией – импульсивным поджигательством, аутоагрессивным поведением и перемежающимся взрывчатым (взрывчатым) расстройством. В МКБ-11 к ним добавлены компульсивное сексуальное поведение, а рубрика переименована в **«Расстройства контроля импульсов»**. Указанные расстройства объединяет повторная неспособность сопротивляться порыву (impulse), позыву (drive) или побуждению (urge) выполнить действие, которое желанно (rewarding) для человека, по крайней мере, в краткосрочной перспективе, несмотря на долгосрочный вред себе или другим.

В разделе МКБ-10 «Обсессивно-компульсивное расстройство» F42 имеется рубрика **«Преимущественно компульсивное действие (навязчивые ритуалы)» F42.1**, в которой **компульсивный синдром** представлен в следующем виде.

Большинство навязчивых действий (компульсий) касается соблюдения чистоты (особенно мытья рук), непрерывного контроля за предотвращением потенциально опасной ситуации или за порядком и аккуратностью. В основе внешнего поведения лежит страх, обычно опасности для больного или опасности, вызываемой больным, а ритуальное действие является бесплодной или символической попыткой предотвратить опасность.

Компульсивные ритуальные действия могут ежедневно занимать по многу часов и иногда сочетаются с нерешительностью и медлительностью. Они в равной степени встречаются у обоих полов, но ритуалы мытья рук более характерны для женщин, а медлительность без повторения для мужчин.

Помимо компульсивных действий, непосредственно связанных с навязчивыми мыслями и/или тревожными опасениями и направленными на их предотвращение, в эту рубрику следует относить и компульсивные действия, выполняемые больным в целях избавления от спонтанно возникающего внутреннего дискомфорта и/или тревоги.

У аддиктов тоже происходит борьба между влечением и запретом, но у них первично влечение, а компульсивные действия направлены не для символической защиты от тревоги, а на реализацию влечения. Влечение можно объективировать с помощью психологических тестов и нейровизуализации (функциональное магнитно-резонансное изображение, позитронно-эмиссионное и однофотонно-эмиссионная томография), обнаруживающей активно функционирующие структуры мозга.

С помощью нейровизуальных техник исследований было установлено, что аддиктивное влечение связано с такими когнитивными функциями, как память, внимание и механизм принятия решений. Поскольку влечение предшествует клиническим проявлениям аддиктивного расстройства, его выявление имеет профилактическое значение и обеспечивает раннее начало терапии.

В DSM-5 и МКБ-11 в разделе «Обсессивно-компульсивное расстройство» появилось «Патологическое накопительство» (англ. hoarding), известное в отечественной психиатрии как синдром Плюшкина. Ряд авторов относят данное расстройство к поведенческим аддикциям, как и пищевые аддикции: переедание и избегающее-ограничительное расстройство приема пищи.

Имитируемое расстройство (Factitious disorder) F68.1, характеризующееся систематической фальсификацией болезни или травмы при отсутствии социальной выгоды, в МКБ-10 находится в разделе «Расстройства личности и поведения у взрослых» F6; в DSM-5 оно

помещено в раздел «Соматические симптомы», а в МКБ-11 для него выделен специальный раздел “Factitious disorders”.

Делаются попытки систематизировать аддикции по ведущему механизму развития (Белов и др., 2013):

1. Эйфоризирующие: гиперсексуальность (нимфомания, сатириазис); просмотр порнографии (см. электронные формы); ониомания (шопоголизм).

2. Психостимулирующие: экстремальная и спортивная деятельность; просмотр спортивных зрелищ; игровая, зависимость от азартных игр; серийные убийства; клепто-, пиромания.

3. Викарные (заполняющие психологическую пустоту): симптом «замещающего шума»; «запойное» чтение; созависимость; светские развлечения; накопительство; трудоголизм.

4. Электронные версии предыдущих форм: компьютерные игры; избыточное пользование Интернетом; избыточное пользование компьютером.

5. Психоделические: психодизлептики, галлюциногены; телевизионная и кинозависимость.

6. Изменения внешности и соматического состояния: булимия, анорексия; анаболические стероиды.

Следует учитывать, что зарубежные психиатры заинтересованы в признании поведенческих аддикций болезнями, признанными медицинским сообществом, для включения их в справочник психических и поведенческих расстройств. В таком случае они будут признаны и страховыми фирмами для оплаты медицинских страховок.

#### **1.4. Принципы диагностики**

Диагноз **наркомании** в отечественной наркологии ставится при наличии хотя бы одного из трех синдромов, входящих в **большой наркоманический синдром**:

1) синдром измененной реактивности – утрата защитных токсических реакций, нарастание толерантности, появление измененных форм потребления и опьянения;

2) синдром психической зависимости – обсессивное (навязчивое) влечение к опьянению, способность к психическому комфорту в состоянии интоксикации;

3) синдром физической зависимости – компульсивное (насильственное) влечение к опьянению, маскирующее психическое влечение; способность к физическому комфорту в опьянении с формированием психических и физических расстройств при прекращении действия ПАВ и восстановлением физического комфорта при интоксикации.



В отличие от обсессивного, компульсивное влечение полностью овладевает сознанием, вытесняя все конкурирующие представления и соображения. Оно определяет фиксацию внимания и аффективный фон, диктует поведение, устраняет противоречащие мотивы и контроль – все усилия направляются на поиск наркотика и преодоление препятствий к этому.

Ряд характеристик абстинентного синдрома зависит от вида ПАВ. Так, признаки абстиненции появляются уже через несколько часов после алкоголизации и лишь через сутки после приема опиатов и гашиша. При алкоголизме абстинентный синдром формируется медленно, быстрее – при гашишизме, еще быстрее – при злоупотреблении снотворными препаратами и стимуляторами, и в самый короткий срок – при опиомании. При отмене снотворного больше выражены психопатологические симптомы, при лишении гашиша и опиатов – вегетативные.

Сужение репертуара употребления вещества также считается характерным признаком (например, тенденция одинаково употреблять алкоголь как в будни, так и в выходные дни несмотря на социальные сдерживающие факторы). Существенной характеристикой синдрома зависимости является употребление определенного вида вещества или наличие желания его употреблять. Субъективное осознание тяги к веществу чаще всего имеет место при попытках прекратить или ограничить его употребление.

Синдром зависимости может проявляться по отношению к определенному веществу (например, табаку), классу веществ (например, опиатам), или к более широкому спектру различных веществ (некоторых лица регулярно принимают любые доступные наркотики с появлением беспокойства, возбуждения и/или физических признаков синдрома отмены при воздержании). Зависимость от вещества понимается как болезненный процесс, закономерно проходящий через последовательные стадии, имеющий свое начало и исход. Однако не все стадии можно обнаружить в динамике зависимости от отдельных психоактивных веществ (галлюциногены, табак и другие).

Отмена седативных и снотворных препаратов приводит к обострению симптоматики и у некоторых тревожных больных, вынуждая их возобновить прием лекарств. Однако причиной ухудшения у этих больных является не потребность в лекарстве, а тревога за свое состояние. В таких случаях можно говорить о придании лекарству символической роли спасителя. Это подтверждается эффектом плацебо: состояние больного может нормализоваться сразу после приема лекарства, когда оно еще не успело попасть в кровь.

## Глава 2. ПРОИСХОЖДЕНИЕ АДДИКЦИЙ

Эволюция отечественных концепций зависимого поведения выглядит следующим образом (Анохина, 1996; Бочков и др., 2003; Дмитриева, Положий, 2003; Иванец и др., 2000; Лисицын, Сидоров, 1990; Пятницкая, 2008; Сидоров, 2006).

Социально-гигиеническая концепция объясняет природу зависимостей условиями жизни и взаимоотношениями людей, характером обычаев социальной микросферы, производственных и экономических отношений.

Социально-психологическая концепция трактует зависимости как неспецифические показатели социально-психологической несостоятельности личности, неразвитости ее нравственно-ценностной сферы, как показатель невключенности человека в социально активную жизнь.

Генетическая концепция на основании клинико-генеалогических и близнецовых методов исследования достаточно убедительно показывает роль наследственной предрасположенности. Молекулярно-биологические исследования показали, что индивидуальная предрасположенность к алкоголизму и наркомании генетически детерминирована и определяется особенностями функций «системы подкрепления» мозга, различной организацией деятельности катехоламиновой системы и ее контроля со стороны генетического аппарата.

Генетотрофическая концепция пытается объяснить зависимое поведение наследственно обусловленными нарушениями обмена веществ, в основе которых лежит необычайно высокая потребность в некоторых необходимых для организма пищевых продуктах (витамины группы В, ненасыщенные жирные кислоты, микроэлементы и т. д.).

Этаноловая (наркоманическая) концепция главную причину алкоголизма и наркомании усматривает в специфическом действии на организм самого алкоголя и наркотика. Согласно этой концепции, людей разделяют на «алкоголе-устойчивых» и «наркоустойчивых», «алкоголенеустойчивых» и «нарконеустойчивых».

Адренохромная концепция объясняет пристрастия нарушениями катехоламинового обмена, приводящими к постоянному психическому напряжению. Психическая напряженность зависит от соотношения в организме адреналина и продуктов его распада — адренохрома и адренолютина, а также предшественников, то есть чем больше в организме адреналина и меньше его метаболитов, тем сильнее выражено напряжение, снимаемое той или иной зависимостью.

Эндокринопатическая концепция сводится к тому, что у зависимых личностей имеет место первичная слабость эндокринной системы, и для адекватной эмоциональной реакции необходима ее постоянная искусственная стимуляция, особенно в экстремальных условиях. Алкоголь и наркотики, иные формы зависимого поведения, являясь такими стимуляторами и воздействуя на гипофиз, активируют эндокринную систему и таким образом облегчают выход личности из психотравмирующей ситуации.

Психопатологическая концепция подчеркивает роль психических, преимущественно характерологических, особенностей личности в этиологии зависимости. Правда, не всегда бывает возможно однозначно оценить — первичны или вторичны эти особенности.

Биоэнергетическая концепция исходит из того, что алкоголь и токсиканты действуют прежде всего на водно-ионную структуру организма, нарушая ее стабильность. При хронической интоксикации возникает патологическая архитектоника водно-ионных систем с резонансной спектральной памятью. Резонансная настройка биоэнергетической системы требует постоянного употребления алкоголя и наркотиков, что приводит к потере устойчивости биоэнергетических структур организма человека и физической зависимости.

Системная концепция механизмов зависимости от различных ПАВ исходит из того, что биологические механизмы синдрома зависимости идентичны, независимо от химической принадлежности веществ, вызывающих его развитие, и связаны со специфическими нарушениями функций дофаминовой нейромедиаторной системы, нарастающими при повторных и регулярных приемах ПАВ.

На современном этапе приоритет отдаётся комплексной биопсихосоциальной модели аддиктивного поведения, рассматривающей зависимость как следствие нарушений в функционировании сложной многоуровневой системы «социум-личность-организм». Таким образом, аддиктивное поведение должно одновременно рассматриваться во многих аспектах: культурологическом, социальном, правовом, психологическом, медико-биологическом.

К первичным аддиктивным механизмам относят биологически обусловленную предрасположенность, к вторичным — клинические проявления, связанные с патогенезом расстройства, к третичным — нарушения, возникшие под влиянием аддиктивных факторов (Сиволап, Савченков, 2005; Менделевич, Зобин, 2012).

## **2.1. Биология аддиктивности**

Особое значение в формировании зависимого поведения имеет наследственная отягощенность психическими и наркологическими расстройствами родителей и ближайших

родственников. У детей, родившихся от пьющих родителей («детей субботы»), наблюдается алкогольный синдром плода: задержка психофизического развития и минимальная мозговая дисфункция (ММД), приводящая к гиперактивности и плохой обучаемости. Подростки с этим синдромом не могут безболезненно освободиться от влияния родителей, построить хорошие социальные и сексуальные отношения со сверстниками и разумно планировать свою жизнь. Часто они пытаются контролировать свою гиперактивность с помощью марихуаны и других наркотиков; снижают остроту депрессивных реакций, принимая алкоголь.

Последствия инфекционных и травматических поражений головного мозга, а также хронические соматические заболевания вызывают слабость торможения, гипервозбудимость и тугоподвижность психических процессов, влияют на толерантность по отношению к употребляемому ПАВ (Пережогин, Вострокнутов, 2012). В патогенезе аддиктивных расстройств участвуют также поздний пубертатный криз и психический инфантилизм, формирование импульсивной, антисоциальной и демонстративной личности, ранняя сексуальная активность и подростковая беременность.

Гиперсексуальность может быть связана с избытком полового гормона тестостерона. Его название происходит от слова тестикулы – яички, поскольку у мужчин он вырабатывается в основном в яичках. Там же производится эстроген, тормозящий у мужчин либидо. У женщин тестостерона меньше и он синтезируется в надпочечниках. Зато в женских яичниках вырабатывается больше эстрогена, который повышает у женщин половое влечение и обеспечивает переживание оргазма. На уровне головного мозга половую активность регулируют, в частности, нейромедиаторы (межклеточные передатчики нервного импульса). Дофамин повышает либидо, а серотонин тормозит.

Эффекты воздействия алкоголя, барбитуратов, средств для ингаляционного наркоза и летучих растворителей (бензина, ацетона, нитролаков) объясняет мембранная теория (Bernstein, 1902, 1912). Наркотические и токсические вещества, взаимодействуя со специфическими компонентами клеточных мембран, нарушают функционирование насосных систем клеток. Воздействуя в дозах, не вызывающих глубоких поражений клеток, эти вещества нарушают прежде всего процессы активного коркового торможения и тонкой регуляции работы отдельных корковых зон и подкорковых центров. При этом возникает растормаживание лимбической системы с переживанием эйфории и несбалансированность работы чувствительных центров с развитием особых переживаний и галлюцинаций. В более высоких концентрациях указанные вещества подавляют корковую активность в

целом, что клинически проявляется состоянием протрации и оглушенности. Еще более высокие концентрации этих веществ угнетают работу дыхательного и сосудодвигательного центра, что является нередкой причиной смерти при передозировке вышеперечисленных веществ.

Согласно современным представлениям (Анохина и др., 2011; Наркология: национальное руководство, 2008; Шабанов, 2015; Blum et al., 2011), предрасположенность к развитию наркомании и алкоголизма связана с изменением реактивности мезокортиколимбической системы мозга, участвующей в подкреплении естественного пищевого и полового поведения путем формирования чувства удовольствия. Она же обеспечивает гедонистические ощущения при приеме алкоголя и других препаратов, а также от азартных игр и другого рискованного поведения.

В функционировании этой системы участвуют различные нейромедиаторы и нейромодуляторы. Нейромедиаторы (лат. mediator — посредник) — химические вещества, которые синтезируются в нейронах, содержатся в пресинаптических окончаниях и высвобождаются в синаптическую щель в ответ на нервный импульс. Нейромедиаторы воздействуют на специфические рецепторы клеточной мембраны и изменяют ее проницаемость для определенных ионов, генерируя потенциал действия — активный электрический сигнал. В ц.н.с. роль медиаторов осуществляют дофамин, серотонин, ацетилхолин, норадреналин, глицин, глутаминовая и гамма-аминомасляная кислота (ГАМК).

Нейромодуляторы не обладают самостоятельным действием, но влияют на эффекты медиаторов. Нейромодуляторы вырабатываются в нейронах и окружающих их глиозных клетках и действуют, помимо постсинаптической мембраны, также на другие участки нейронов. К нейромодуляторам относятся, в частности, опиоидные пептиды: динарфины, энкефалины и эндорфины. Недостаток эндогенных опиатов вызывает состояние скуки и мрачного недовольства, их избыток создает чувство кайфа, эйфории.

Динарфины способствуют успокоению. Энкефалины обеспечивают аналгезию и положительное подкрепление. Эндорфины, кроме этого — ретроградную амнезию (забывание событий, предшествовавших травме), подавление исследовательской активности, стимуляцию эмоционального поведения и двигательной активности. Эндорфины выделяются, в частности, во время усиленных физических нагрузок. Они вызывают эйфорию, которая проявляется как «пик бегуна» и тяга к тренировкам, а также выравнивают настроение при легких формах депрессии. Кроме того, они облегчают переносимость боли при спортив-

ных травмах. Действие эндорфинов имитирует морфий. В то же время опиоиды понижают выработку эндорфинов в мозге.

Серотонин и ацетилхолин тоже могут играть роль модуляторов, т.к. к ним имеются соответствующие рецепторы. Серотониновая система тормозит активность, ведущую к тревоге или агрессии; низкий уровень серотонина связан с депрессией. Норадреналин имеет отношение к побуждающим, мотивационным аспектам поведения. Никотин напрямую воздействует на Н-холинорецепторы и активирует высвобождения норадреналина из пресинаптических окончаний нейронов.

Нейромедиатор дофамин, взаимодействуя с эндорфинами и серотонином, обеспечивает положительные эмоции, связанные с пищевым, питьевым и половым поведением. Некоторые наркотики увеличивают выработку и высвобождение дофамина в мозге в 5-10 раз. Так, амфетамин напрямую стимулирует выброс дофамина, воздействуя на механизм его транспортировки. Кокаин и амфетамины блокируют естественные механизмы обратного захвата дофамина, увеличивая его концентрацию в синаптическом пространстве.

Этанол провоцирует высвобождение дофамина и связывание его с соответствующими рецепторами в мозгу. Искусственное высвобождение дофамина предупреждается энкефалинами и эндорфинами, но алкоголь блокирует их действие. При синдроме отмены наблюдается снижение функциональной активности дофаминергической системы, что проявляется абстиненцией, которая и поддерживает продолжение употребления алкоголя.

Воздействие дофамина модулируют в частности, глутаминовая кислота и ГАМК. Глутаминовая кислота или глутамат участвует в обучении, развитии и созревании нервной системы. Одни рецепторы глутамата обеспечивают быстрые синаптические ответы посредством повышения входа в клетку ионов натрия, другие опосредуют синаптические ответы большей длительности путем изменения проницаемости для ионов кальция, натрия и калия. Активность глутамата тормозится этанолом.

ГАМК осуществляет тормозящие эффекты через специфические рецепторы, связанные с трансмембранными ионными каналами. Эти рецепторы образуют вокруг ионного канала специфический участок. ГАМК воздействует на него, запуская механизм входа отрицательно заряженных ионов хлора в клетку, что приводит к повышению трансмембранной разности потенциалов и проявляется физиологическим феноменом гиперполяризации клетки. Таким образом стимуляция ГАМК-рецепторов приводит к появлению анксиолитического, седативного и миорелаксирующего эффекта. Действие ГАМК потенцируют барбитураты, алкоголь и анестетики.

Нейрорегулятор анандамид участвует в механизмах происхождения боли, депрессии, аппетита, памяти, репродуктивной функции. Психоактивный тетрагидроканнабинол, который содержится в конопле, связывается в мозге с теми же рецепторами, с которыми взаимодействует анандамид.

Неспособность контролировать употребление аддиктогенных агентов связывают (Lubman et al., 2004), с повреждениями в мозговых отделах, которые в нормальных условиях позволяют преодолевать импульсы, продуцируемые системами “получения награды”. Эти отделы включают фронтально-орбитальную кору и anterior cingulate (переднюю часть поясной извилины коры головного мозга). Они имеют важное значение для ингибиторного контроля над поведением, и их повреждение приводит к импульсивности и расторможенности. Ингибиторный контроль особенно значим для поведения, направленного на достижение отдаленной по времени цели, а также при необходимости подавления ранее заученных привычных способов реагирования. Систематическое воздействие ПАВ на указанные отделы мозга снижает способность подавления влечения к аддиктивной реализации.

Аддикты неосознанно пытаются восполнить лежащий в основе эмоционального дискомфорта биохимический дефицит:

а) с помощью приема ПАВ, приступов обжорства, сексуальных оргий, громкой ритмичной музыки;

б) поведения, связанного с риском, будь то азартная игра на деньги (риск обнищания), мелкие кражи (риск наказания) или экстремальные виды спорта (риск для жизни);

в) повышенной агрессивности, в том числе приводящей к антисоциальному поведению.

Материальный объект зависимости имеет для аддикта то преимущество, что он быстро снимает стресс, ничего не требуя взамен, его легче достать и контролировать. Аддикт доверяет этому объекту больше, чем родной матери, не говоря уже о терапевте, собирающемся лишить его спасительного объекта.

Хотя эротическую аддикцию относят к числу нехимических, в ней тоже участвуют биохимические стимулы. Это феромоны – летучие вещества, вызывающие у партнера сексуальное влечение. К ним относятся андростенон, присутствующий в поте мужчины и обладающий мускусным запахом, и копулин, входящий в состав женских половых выделений. В пылу любовного увлечения в мозгу вырабатываются фенилэтиламин и дофамин, которые стоят в одном ряду с эйфоризирующим наркотиком амфетамином. Пребывание наедине с любимым человеком стимулирует выработку эндорфина, а эротические ласки

приводят к выделению окситоцина, с которым связано переживание оргазма и сексуального удовлетворения, а также удовольствия от комплимента или похвалы. У пироманов обнаружен низкий уровень некоторых моноаминов и тенденцию к гипогликемии.

Предрасположенность к аддиктивному поведению нередко имеет генетическую природу. Одинайцевые близнецы, родившиеся у алкоголиков, становятся А-зависимыми независимо от того, кто из них воспитывался в какой семье – алкоголиков или благополучной. Больные с наследственной предрасположенностью к химическим аддикциям обнаруживают нейрохимические нарушения работы дофаминовой системы, а также дефекты генетической регуляции рецепторного звена и механизма обратного захвата нейромедиаторов в этой системе (Анохина и др., 2011).

Левшество и амбидекстрия у гемблеров отмечалась в 43% случаев, недоминантность левого полушария по речи – в 52%. ЭЭГ показала дисфункциональную активность у 65 % игроков. Когнитивный дефицит и импульсивность гемблеров напрямую связан с патологической активностью орбито-фронтальных и лимбических структур. МРТ-исследования обнаружили снижение стриатумной и вентро-медиальной префронтальной активации у гемблеров, по сравнению с контролем, причем, чем выраженнее аддикция, тем ниже активация структур, связанных с «системой награды». Лица, страдающие пищевыми расстройствами, достоверно чаще имеют наследственную отягощенность алкоголизмом и другими химическими зависимостями. С помощью ФМРТ идентифицированы зоны, активирующиеся при появлении тяги (хвостатое ядро, гиппокамп, инсула), одинаковые при пищевой и химической зависимости.

Эндогенные опиоидные и каннабиноидные системы играют ключевую роль, определяющую подкрепляющее действие пищи: они отвечают за гомеостатическую и гедонистическую стороны пищевого поведения. При сниженном уровне эндорфинов избыточное переедание, как и голодание, приводит к усилению их выброса, что обеспечивает положительное подкрепление. Пристрастие к ПАВ связано со сниженной чувствительностью к дофамину системы награды. Это характерно и для лиц с перееданием.

Выделены два вещества, естественным образом угнетающие аппетит: гормон лептин и белок глюкогоноидный пептид-1. Предполагается, что рецепторы мозга, реагирующие на эти вещества, у больных булимией дефектны. У них выявляется пониженная активность нейромедиаторов норадреналина и серотонина, у многих наблюдается депрессия.

Жадность в потреблении жирной пищи может быть вызвана увеличением числа жировых клеток, которое может быть обусловлено как за счет перекормливания в раннем дет-



стве, так и генетически. У детей, один из родителей которых страдает избыточным весом, ожирение развивается в 6 раз чаще, а у детей, у которых больны оба родителя – в 13 раз.

Мужчины с лишней Y-хромосомой (47/XYY) бывают очень рослыми, антисоциальными и агрессивными. Любое понуждение вызывает у них неконтролируемые вспышки ярости. По английским данным, среди преступников выше 184 см примерно каждый четвертый имеет именно этот набор хромосом. Наиболее характерные преступления при этом кариотипе — педофилия, клептомания и пиромания (Шевченко и др., 2002; Эфроимсон, 1995).

Известно, что ген DRD4, отвечающий за поиск новизны и работу дофаминовых рецепторов, участвует в повышенной импульсивности, раздражительности, склонности к нарушению правил, которые мешают в достижении каких-либо целей. Аддикты имеют длинную форму гена DRD4, что снижает сродство дофамина к рецептору и уменьшает количества рецепторов. В результате для получения той же самой реакции аддиктам требуется большая стимуляция, чем людям с короткой формой гена. Из-за этого у аддиктов сильнее, чем у других людей, выражено стремление к поиску новых ощущений, для них характерна повышенная импульсивность, синдром дефицита внимания и гиперактивности.

Описан синдром дефицита вознаграждения (Reward Deficiency Syndrome, RDS) – хроническое состояние, когда у человека активизируются несколько генов, которые начинают вырабатывать белки обратного захвата дофамина, серотонина, норадреналина и белки, блокирующие рецепторы нейромедиаторов, в результате чего человек практически теряет естественную способность быть удовлетворённым (Blum et al., 2013; Zuckerman, 2007).

## **2.2. Воспитание аддикта**

Человек рождается без возможности использовать инстинкт самосохранения, эту функцию выполняет мать. Отсюда базовая потребность человека – инфантильное влечение к получению заботы (Реан, 2013). Бессознательная тревога матери тормозит формирование способности младенца быть одному. В результате у него вырабатывается зависимость от ее присутствия и ее функций по уходу за ним, формируется установка на созависимые отношения. Регрессируя к младенческой стадии развития, аддикт остается без защиты инстинкта самосохранения, не говоря уже о более сложных функциях.

Биологические потребности младенца включают в себя, в частности, потребности в еде, движениях и ощущениях (корни пищевой и химической аддикции, клептомании, аддикции физических нагрузок и лихачества, пиромании и веб-серфинга). Месячный ребен-

нок улыбается, когда слышит или видит мать (социальная улыбка, выделение Значимого другого). Начинается формирование психологических потребностей: в исследовании и созидании, в игре, в отношениях, лидерстве и продолжении рода. Фиксация на этих потребностях лежит в основе таких аддикций, как гемблинг, аддикция отношений и эротическая аддикция.

Винникотт (2000) указал на значение переходных объектов (предметов или деятельности), символизирующих для ребенка отсутствующую мать, пока он еще не способен интроецировать материнскую фигуру как функцию внутренней хорошей матери. Если процессу интроекции препятствует поведение родителей, ребенку приходится расщепить образ себя на две части: одна часть – ложная – соглашается с требованиями внешнего мира, а другая – тайная – составляет субъективный мир ребенка. Аддикт амбивалентно идеализирует и демонизирует избранный им переходной объект. В коммуникативных аддикциях им становится партнер или группа.

Не получив в раннем детстве доступа к эмоционально чуткой и теплой матери, аддикт помещает свой материнский идеал вовне и отгораживает его, чтобы идеальная мать была внешней, но легко доступной, как пища. В результате идолопоклоннического переноса все доброе приписывается только идеализированной матери, поэтому ее любовь необходимо получить любой ценой. Однако пользоваться любовью значит нарушить материнские границы, а это вызывает страх мучительного наказания. Выходом становится поворот от матери к вещам, так как они заслуживают большего доверия и в результате становятся аддиктивными объектами. Они приносят удовлетворение и наказание, временное забвение в смертельных объятиях и возрождение (Кристал, 2000).

Лишая ребенка способности самостоятельно принимать решения или приучая его к тому, что он все время с кем-то, кто полностью ему принадлежит, у него формируют потребность в симбиотических отношениях и тенденцию к созависимости. Такой человек не имеет четких личностных границ, неспособен дифференцировать свои мысли и чувства от мыслей и чувств других людей, нечувствителен к собственным эмоциональным переживаниям, склонен брать на себя ответственность за других, перекладывая при этом на них ответственность за себя (Уайнхолд Б., Уайнхолд Д., 2002).

Когда ребенка тревожно оберегают от неприятностей и боли, у него не формируется опыт терпения и преодоления страданий. В этом случае ПАВ воспринимается как добрый и могущественный волшебник, способный улучшить настроение и самочувствие, и к тому же обеспечить восприятие других людей как родных и надежных защитников. Компания

сверстников символизирует идеальную материнскую фигуру. Так развиваются химические зависимости и аддикция отношений (Макушина, 2011; Смит, 1991).

Описан (Менделевич, 2005) тип «наркогенного» отца, для которого характерны: повышенная требовательность к себе и к своему окружению (в частности, к жене и ребенку), работоголизм, нежелание считаться с индивидуальными, возрастными особенностями ребенка и особенностями ситуации. Его отличает также эмоциональная холодность в сочетании с жестокостью, склонность к конкурентной борьбе, гиперактивность и общительность, часто носящая поверхностный характер и не сопровождающаяся желанием понять и эмоционально принять собеседника. Отцу или другим родственникам Н-зависимого часто свойственно аддиктивное поведение, которое проявляется в форме работоголизма, сверхценных увлечений (в частности, аддикции оздоровления), алкогольной зависимости, гемблинга, религиозного фанатизма и т.п. Это позволяет говорить о семейном аддиктивном сценарии.

Наши алкоголики и наркоманы часто растут без отца или он страдает работоголизмом. Мать или бабушка уделяют ребенку недостаточно внимания или слишком строги. Пытаясь найти замену отцовской фигуре, подросток использует ПАВ, которые вызывают стабильно сильные изменения в ощущениях, а сила и стабильность — это проявления, ассоциирующие с фигурой отца.

У детей алкоголиков часто имеется представление о положительном воздействии алкоголя в период стресса, оценка алкоголя как вознаграждения; для них характерны отсутствие похмелья, эмоциональная неустойчивость, трудности в планировании и организации своих действий, проблемы с прогнозированием последствий своих поступков, склонность к отчаянному риску.

Чувства, которые испытывает аддикт в абстиненции, могут быть проявлением родительских предписаний (Шустов, 2009). Так, чувство стыда может быть связано с заброшенностью и насилием в детстве. Чувство вины может быть следствием суицида родителя, смерти матери или близнеца в родах, смерти брата или сестры, с которыми ребенок находился в конкурирующих взаимоотношениях. Предощущение трагического конца, чувства страха и тревоги, безнадежности, тоски и беспомощности могут свидетельствовать о попытках аборта, рождении от нежелательной беременности, преждевременном оплакивании в случае детской болезни.

В **социогенезе** зависимостей можно выделить следующие факторы (Пятницкая, 2008; Дмитриева, Положий, 2003; Сидоров, 2006; Иванец и др., 2006; Пережогин, Вострокнутов, 2012):

Макросоциальные факторы:

- состояние социально-экономической ситуации в стране с высоким риском дистрессовых состояний у населения;
- кризис базовой системы ценностей и культурных норм;
- формирование устойчивой наркотической субкультуры с закреплением установок на употребление ПАВ как «престижное» поведение;
- доступность психоактивных веществ.

Семейный микросоциальный фактор:

- злоупотребление ПАВ членами семьи;
- дисфункциональные стили воспитания с высоким уровнем семейного стресса, низким уровнем семейного дохода, семейной нестабильностью;
- отсутствие чувства принадлежности к семье;
- несоблюдение членами семьи социальных норм и правил.

Школьный микросоциальный фактор:

- асоциальные формы поведения в образовательном учреждении;
- школьная неуспеваемость, особенно начавшаяся в младшем школьном возрасте;
- частые переходы из одной школы в другую;
- конфликтные отношения с педагогами и соучениками;
- отстраненное или «скрывающее» отношение педагогического коллектива к употреблению ПАВ учениками.

Коммуникативный микросоциальный фактор:

- наличие в ближайшем окружении ребенка сверстников с девиантным поведением или лиц, употребляющих ПАВ;
- конфликтные взаимоотношения со сверстниками;
- одобрение наркотизации в ближайшем окружении ребенка.

У аддиктов отмечается высокая степень нарциссизма и переход от преувеличения собственных достоинств к самоуничижению как защите от реакции общества на аддиктивную практику. Могут появляться садомазохистские взаимодействия. Подросток часто вовлекается в аддиктивный процесс из-за стремления к бунту. Его отношения с окружаю-

щими становятся все более болезненными, сопровождаясь учащением случаев спровоцированного, условного (в наказание) или абсолютного отвержения.

Аддиктивное поведение может стать формой псевдолидерства вследствие сильной потребности подростка в лидерстве среди сверстников, когда он не в состоянии приобрести статус лидера иным путем. Из-за особенностей воспитания подросток не может реализовать в поведении модели сексуального поведения, принятую обществом. Поэтому он втягивается в аддиктивную практику в тайном сговоре со сверстниками, чтобы справиться с чувствами стыда, тревоги или вины.

Участие в группе наркоманов облегчает обретение статуса, который зависит здесь не столько от личных качеств, сколько от возможностей добывания наркотика, предоставления места для сбора компании и т.п. В группе молодых наркоманов нередко нет лидера, ее стабильность построена на слепом выполнении каждым членом группы своей функции, а попытка оставить группу грозит издевательствами и побоями (Залыгина и др., 2004). Обычно наркоманы объединяются в группы под влиянием следующих факторов (Гоголева, 2003):

- страх передозировки наркотика и надежда, что группа спасет;
- совместный криминальный поиск средств и добычи наркотиков;
- наркопритоны специально снабжаются наркодельцами;
- взаимовыручка перед лицом внешней угрозы со стороны семьи, правоохранительных органов, врачей, граждан;
- наличие сильного лидера или лица, способного удовлетворить потребность в наркотиках;
- совместные действия и яркие, эмоционально насыщенные переживания;
- отсутствие обычных обязанностей, независимость от общества и семьи.

Социальные аддикции (к власти, накопительству и импульсивной трате денег, к учебе или работе и принадлежности к группе, зависимость от соцсетей в Интернете и зависимость от гаджетов) развиваются на базе потребностей в социализации, формирующихся в школьные годы. В юношеском возрасте возникают духовные аддикции (духовные поиски, идейный фанатизм).

При этом мотивацией аддикта являются положительные эмоции как таковые. Вначале аддикт стремится испытать эти чувства, а затем ему необходимо, чтобы они им овладели, то есть превратились в аффект, когда воля концентрируется на единственной цели – испы-

тать экстаз. Чтобы поддерживать требуемую интенсивность чувств, необходимо продлевать время такого акта, совершать его чаще, вводить различные препятствия и риск.

При невозможности реализовать увлечение наступает абстинентное состояние. Аддиктивное поведение происходит уже не ради эйфории, а ради избавления от симптомов абстиненции. Остальные интересы постепенно ослабевают и утрачиваются. Как и при химической аддикции, человек теряет социальные связи и деградирует.

Постепенно круг интересов сужается на доминирующей аддиктивной потребности, заостряются преморбидные личностные расстройства, обедняются межличностные отношения, возникают семейные и профессиональные конфликты, совершаются аморальные и асоциальные поступки.

### **2.3. Аддиктивный процесс**

Компульсивное поведение как лишенное контроля, всеохватывающее и непреодолимое характерно для ребенка начиная с оральная стадии развития и является способом первичного слияния с объектом влечения, путем его поглощения и усвоения. Компульсивный компонент имеют практически все аддикции в процессе своего развития, наиболее явными являются пищевые, алкогольные и наркотические компульсии.

Аддиктивный процесс (Хэттерер, 2006) начинается с фиксации, которая происходит при встрече с воздействием того, что вызвало у будущего аддикта эйфорию с иллюзиями контроля, комфорта и совершенства. Особенность фиксации заключается в том, что она влечет за собой неотвратимый позыв (тягу) пережить эйфорию ещё раз. Такое непреодолимое стремление в последующем повторяется всё чаще.

Аддикт сосредотачивается на той сфере, которая позволяет ему на какое-то время вырваться из состояния бесчувственности и апатии. Обычно процесс развивается таким образом, что мысли о реализациях и их осуществление занимают всё большее количество времени, что мешает самовыражению в других направлениях и затрудняет критическое отношение.

Если вначале аддиктивное поведение сопряжено лишь с удовольствием, то потом — еще и с негативными переживаниями в случае лишения. Лишение как первого, так и второго состояния вызывает синдром отмены или абстиненцию, которые сами становятся необходимыми аддиктивными факторами, что получило название «дистрессомания» (Котляров, 2005; Москаленко, 2002; Психология зависимости, 2005).

В понятиях бихевиоризма наркотик играет роль безусловного стимула, условная реакция на него зачастую носит компенсаторный антагонистический характер (Денни, 2006).

При повторном потреблении компенсаторные эффекты усиливаются и возникают через более короткие интервалы времени. Такое обусловливание противодействует ожидаемым эффектам от применения наркотика (обусловленная толерантность), и человек должен принимать все большие и большие дозы для достижения желаемого эффекта.

Когда компенсаторный механизм оказывается обусловленным сопутствующими ключевыми признаками и когда эти ключевые признаки присутствуют в данной ситуации, а наркотик — нет, тогда компенсаторная реакция возникает без какого-либо противодействия его эффектам. В результате этот компенсаторный эффект вызывает симптомы отмены, объясняя сильную мотивацию к принятию наркотика.

Н-зависимые обычно принимают наркотики в одном месте и в кругу одних и тех же людей, а это приводит к тому, что повторяющиеся условные раздражители начинают вызывать компенсаторную физиологическую реакцию, которая снижает эффект от употребления ПАВ. Но когда наркоман принимает его в другое время и в другом месте, тогда условные раздражители, вызывающие такую компенсаторную реакцию, отсутствуют. В таком случае эффект обычной дозы наркотика усиливается и может повлечь за собой смертельный исход.

Выделяют 5 этапов развития аддиктивного поведения (Короленко, Донских, 1990; Королев, 2000):

- 1) человек открывает способ, с помощью которого может сравнительно легко менять свое психическое состояние;
- 2) он привычно использует этот способ в трудные моменты;
- 3) аддиктивное поведение становится частью его личности и не подлежит критике;
- 4) аддиктивная часть личности начинает полностью определять жизнь аддикта;
- 5) разрушается психика и биологические процессы в организме.

Для развития аддиктивного процесса наибольшее значение имеют следующие личностные факторы (Короленко, Дмитриева, 2001):

- Аддикт стремится к немедленному и гарантированному получению удовольствия, не обращая внимания на отдаленные по времени отрицательные последствия; у него недостаточно представлены самоанализ, чувство вины, стыда.
- Слабое Эго затрудняет преодоление фрустрации, мешает формированию волевых функций, профессиональных и социальных навыков.
- Аддикт не удовлетворен своим ролевым поведением, несоответствующим его нарциссическому радикалу. В результате приема ПАВ облегчается выход за пределы прагматич-

ной реальности, появляется возможность ощутить себя вне времени и пространства, слиться с Высшей силой, временно приблизиться к своей первичной самости.

- Вытесненные в бессознательное деструктивные self-объектные отношения со собственными им негативными эмоциональными переживаниями, провоцируют неосознанное беспокойство, тревогу, дистимическое состояние, генерализованное чувство вины.

- Аддиктивный процесс стимулируется затруднениями в установлении социальных контактов, социальной фобией, одиночеством, чувством пустоты и скуки;

- Развитию аддикции способствует воспитание в условиях недостаточной эмоциональной поддержки со стороны родителей или наиболее близких родственников в первые годы жизни;

- Эмоциональная нестабильность, отсутствие постоянства в поведении в семье, непрогнозируемость событий создают условия для возникновения спутанности, неуверенности в себе и недоверия к людям. Эти факторы являются благоприятной почвой для возникновения привязанностей к аддиктивным заменителям, которые воспринимаются как более надежные по сравнению с поддержкой окружающих.

## **2.4. Психология аддиктов**

Аддикты страдают синдромом дефицита удовольствия, который проявляется в постоянном ощущении скуки. Жизнь представляется аддикту серой и однообразной, он нуждается в дополнительной стимуляции и направляет всю свою энергию на ее поиск. Общая модель поведения, связанная со склонностью к поиску впечатлений, была определена как "потребность в различных новых впечатлениях и переживаниях и стремление к физическому и социальному риску ради этих впечатлений" (Zuckerman, 2007).

Аддикты отличаются следующими психологическими особенностями (Segal, 1989; Пережогин, Вострокнутов, 2012):

- ориентация на снятие напряжения, обусловленного стрессором, а не на изменение внешних условий; стремление уходить от ответственности в принятии решений; зависимость;
- страх перед стойкими личностными контактами, маскируемый внешней социабельностью; тревожность;
- скрытый комплекс неполноценности, сочетающийся с внешне проявляемым превосходством; стремление обвинять других, зная, что они невиновны; лживость;



- отсутствие жизненной перспективы; сниженная переносимость трудностей повседневной жизни наряду с хорошей переносимостью кризисных ситуаций; социальная пассивность;
- быстрая фиксация и стойкость аддиктивной модели: активирующей, успокаивающей, компенсаторной, гедонистической, коммуникативной, конформной, манипулятивной; стереотипность, повторяемость поведения.

Выделено четыре формы ухода от разрешения конфликтов (Пезешкиан, 1996). 1. Бегство в тело – психосоматические расстройства или самосовершенствование. 2. Бегство в деятельность – концентрация на учебном или рабочем процессе. 3. Бегство в сферу контактов – сверхобщительность или избегание отношений. 4. Бегство в фантазии – жизнь в мире воображения.

Аддикты отношений маскируют страх перед стойкими личностными контактами поверхностной общительностью, растворяются в симбиотическом контакте или, наоборот, изолируются. Комплекс неполноценности может компенсироваться высоким уровнем притязаний, карьеризмом, вещизмом и работоголизмом («алкоголик – золотые руки»). Подчеркнутая «уважительность», экстравагантная культурность, безотказность и предупредительность позволяют избежать обвинений в эгоизме со стороны окружающих и самообвинений.

Адаптация к условиям жизни в дисфункциональной семье и неблагополучном окружении формирует у будущего аддикта инфантильный гедонизм, неразвитость высших чувств и духовных ценностей, слабость моральных тормозов и конкурирующих мотиваций. Аддикты полагают, что все, что с ними происходит, не зависит от их воли и не является следствием их поведения. Жизнь они воспринимают как predetermined судьбой нагромождение случайных обстоятельств, которые невозможно изменить. Потребность к достижению успеха у аддиктов заторможена, их побуждает к действию избегание отрицательных эмоций и наказания. От своей активности они также ожидают отрицательного подкрепления.

У аддиктов отмечаются признаки половой слабости из-за того, что они не могут вынести отключение чувства «Я», происходящее в момент эякуляции. ПАВ притупляет чувство психосексуальной неполноценности. Сексуальные желания больше не тревожат аддикта или он может продолжать половой акт бесконечно, не доходя до оргазма. Пытаясь избежать ситуационной тревоги, аддикт регрессирует к детской сексуальности, проявляя эксгибиционизм, садизм, мазохизм, инцестуозные и гомосексуальные тенденции. Однако

при этом он становится беззащитным перед тревогой, свойственной той стадии, к которой он регрессировал.

Привлекательность аддикции заключается в следующем (Короленко, Дмитриева, 2011; Griffiths, 1996) :

- надежный способ изменения настроения и субъективного опыта;
- облегчение для принятия решения и осуществления разных видов деятельности;
- копинг-стратегия для преодоления любых неприятностей (обида, душевные раны, социальная тревога, страхи, напряжение и т.д.);
- стратегия для лечения, сопротивления, мщения и т.д.
- растормаживание поведения (в том числе сексуального и агрессивного);
- чувство раскрытия в себе чего-то ранее не испытанного и обычно привлекательного;
- чувство выхода за границы обычного Эго-состояния, оставаясь при этом самим собой; расширение границ собственного Я;
- источник самоидентификации и/или смысла жизни;
- позитивный опыт от удовольствия, возбуждения, релаксации;
- поддержка эмоциональной дистанции (предупреждение эмоционального сближения);
- чувство появления возможности по желанию изменять свое психическое, прежде всего эмоциональное состояние, контролировать его.

Аддикты нуждаются в эмоциональной поддержке, поскольку не имеют достаточной физиологической возможности оказать ее себе самим и поскольку привыкли получать вместо нее суррогат (еду, физический контакт, развлечение, заслуженную награду). Основные мотивации аддиктивных расстройств таковы (Короленко, Донских, 1990): 1) противотревожная, 2) субмиссионная (подчиненная влиянию других), 3) гедонистическая (эйфоризирующая), 4) активирующая (часто для сексуальной гиперстимуляции), 5) псевдокультурная (демонстрирующая принадлежность к данной культуре, компенсирующая комплекс неполноценности; может проявляться, например, в стремлении играть роль тамады).

Поведение аддиктов мотивируется следующими иррациональными представлениями (Эллис, Драйден, 2002). Взрослому человеку совершенно необходимо, чтобы его любили или одобряли все значимые люди в его окружении. Чтобы считать себя достойным, надо

соответствовать высоким требованиям и преуспевать во всех отношениях. Некоторые люди плохие, и их надо сурово наказывать. Когда что-то не получается, это катастрофа. Если не везет, то от человека практически ничего не зависит. Если человеку что-то угрожает, надо постоянно думать о том, как это случится. Легче избегать трудностей и ответственности за себя, чем справляться с этим. Надо полагаться на сильного человека и зависеть от него. Текущая жизнь в основном определяется прошлыми воздействиями. Нужно очень сопереживать другим людям. Если не найти идеальное решение проблемы, все погибнет.

Проанализировать мотивацию поведения аддикта помогают следующие вопросы:

- Кем позволяет Вам быть зависимость, кем бы Вы не могли быть иначе?
- Что позволяет Вам делать зависимость, чего иначе Вы не могли бы делать?
- Что Вы можете потерять, если перестанете быть зависимым?
- Как бы изменилось Ваше отношение в себе и другим, если бы Вы не были больше зависимым?
- Когда Вы говорите "Я зависимый", какие слова возникают немедленно вслед за этим утверждением? (Spinelli, 1997, p. 142).

Психоаналитики первыми высказали идею о своеобразном «самолечении» аддиктивных пациентов с помощью ПАВ (Сэбшин, 2000). В состоянии опьянения усиливаются защиты Эго, направленные против таких аффектов, как гнев, стыд и депрессия. В результате ослабляется душевная боль и на некоторое время повышается способность владеть собой и функционировать.

Аддикты ведут непрестанную борьбу с чувством стыда и вины, с ощущением своей никчемности, с повышенной самокритичностью. От чувства беспомощности в травмирующей ситуации и от неспособности контролировать переполняющие эмоции такой пациент защищается «толстой коркой» нарциссизма – грандиозностью и самовозвеличиванием, презрением и холодностью, идеализацией и подчинением. Все это часто прикрывается поверхностной любезностью, дружелюбной уступчивостью и податливостью. Разрываясь между страхом перед унижающей внешней силой и нарциссическими потребностями, имеющими защитную природу, такой человек приобретает поразительную нестабильность и ненадежность (Кристал, 2000).

Компульсивное стремление повторять оставшуюся неразрешенной боль, появившуюся на ранних стадиях развития, объясняется неосознанным стремлением преобразовать пассивный, фрустрирующий опыт переживания собственной бесчувственности в активный опыт контроля над собственными чувствами, даже если они и причиняют боль.

У многих аддиктов обнаруживается алекситимия – неспособность осознавать и описывать эмоции, проявлять эмпатию. Повторяющееся употребление наркотиков является попыткой проработать болезненные аффективные состояния, для которых у алекситимика не существует слов, воспоминаний или иного символического представления (Ханзян, 2000). Наркозависимый бросает тройной вызов: нарциссический вызов наркотику как материнскому образу («Теперь ты никогда не сможешь бросить меня!»); садистический вызов отцовской фигуре («Я плюю на твоё отношение ко мне!»); нарциссический вызов смерти («Тебя нет для меня!»), который затем сменяется на мазохистский («Приди!»).

Вёрмсер (2000) описывает возможные пути формирования аддиктивных защит против карающего Суперэго и возвращения отрицаемого. Вместо того, чтобы стремиться к достижению своего идеала, аддикт ищет состояние абсолютного удовлетворения, грандиозности и умиротворения здесь и теперь. Вместо того, чтобы обладать внутренней самокритичностью и при необходимости наказывать себя изнутри, аддикт провоцирует получение наказания извне. Вместо тонко настроенной, функционирующей способности к самонаблюдению, у аддикта присутствует постоянная готовность чувствовать стыд и унижение перед другими людьми, которые эти чувства провоцируют. Вместо того, чтобы принять ограничения, которых требует реальность и принятые ранее обязательства, аддикт одновременно и бежит от них, и ищет их. Он не переносит ограничений и в то же время парадоксальным образом стремиться к ним. Не заботясь о себе и пренебрегая самозащитой, которую способна дать внутренняя власть Суперэго, аддикт демонстрирует неожиданные колебания и абсолютную эмоциональную ненадежность. В то же время у аддикта наблюдается страстное стремление к человеку, заслуживающему доверия, с ожиданием, что партнер никогда не разочаруется в аддикте, даже если последний злоупотребит его доверием.

Аддикт страдает вследствие переживания внутренней дисгармонии, дискомфорта и фрагментации или из-за неспособности думать хорошо о себе, а следовательно, и о других. Еще больше мучений аддикту доставляют психологические защиты, с помощью которых он пытается скрыть свою уязвимость, но которые оказываются для него разрушительными (Горски, 2003).

Занимая центральное место в жизни аддикта, объект аддикции *идеализируется*. Воображение аддикта заполняется фантазиями, в которых он предвкушает каннибальское поглощение объекта аддикции или оргастическое слияние с ним. Благодаря *интроекции* аддикт тотально и безраздельно контролирует избранный объект. Используя его *магическую*

силу, аддикт приобретает *всемогущество*. Обладая интроектом, аддикт может позволить себе *обесценить* объект аддикции, чтобы не испытывать зависть к его силе. Под воздействием *проекции* пациент перекладывает на объект аддикции собственные импульсы и аффекты. В результате *проективной идентификации* больной может приписать объекту аддикции собственную враждебность и затем со страхом ожидать какого-то вреда, а свою агрессию считать реакцией на это. Дихотомическое разделение мотиваций, интроектов и объектов на жизненно необходимые и смертельно опасные приводит к *расщеплению*. Чтобы сохранить контроль над внутренним и внешним миром, расщепленное сознание прибегает к *отрицанию*, игнорируя наличие аддикции и ее опасность. Невыносимый страх перед этой опасностью удастся заблокировать с помощью *контрфобии*, вызывающей чувство азарта с эйфорией от переживания своего бесстрашия, обеспеченной выбросом внутреннего наркотика – эндорфина. Избежать чувства унижительной зависимости помогает *псевдоднезависимость*. За спасительную помощь упомянутых патологических защит приходится платить чувством изоляции, обеднением эмоциональной сферы и неустойчивостью взаимоотношений с людьми.

На приеме у специалиста аддикт прибегает к следующим защитам.

*Уход с помощью отказа.* «Я не буду об этом говорить. Я буду говорить о чем угодно, только не о моем пьянстве (употреблении наркотиков)».

*Уход с помощью забалтывания.* «Я буду говорить о чем угодно, кроме моего алкоголизма (наркомании), и заговорю тебя до смерти».

*Интеллектуализация.* «Проблема злоупотребления алкоголем и алкоголизма уходит корнями в наши традиционные социокультурные бла-бла-бла...».

*Правовая поддержка болезни.* «Я имею право допиться до смерти, даже если я алкоголик и даже если я умру».

*Рационализация.* «Когда мне указывают на мое пьянство (употребление наркотиков), я могу обвести вокруг пальца кого угодно, приводя доводы в пользу употребления».

*Сравнение.* «Я пью не так много, как мой начальник, а у него нет проблем. Мой дед выпивал по бутылке каждый день и дожил до глубокой старости».

*Поиск козла отпущения.* «Я пью (употребляю наркотики) только из-за своей жены. Если бы вы были женаты на такой женщине или имели такую работу, как у меня, вы бы пили так же, как и я». «Если бы не мой начальник, я бы столько не пил». «Если бы вы были хорошим специалистом, вы бы меня вылечили».

*Уход с помощью скандала.* «Я тебе сейчас устрою, если скажешь еще хоть слово о моем пьянстве (приеме наркотиков)!»

*Манипуляция.* «Я позволю тебе помочь мне, если ты сделаешь все за меня. А если ты будешь заставлять меня делать то, чего я не хочу, ты доведешь меня до запоя».

*Перелет в здоровье.* «Я чист и трезв уже двадцать пять минут, я понимаю, в чем моя проблема, и она уже решена. Я уже слишком много знаю, чтобы когда-либо вернуться к употреблению».

*Обусловленная трезвость.* «Я никогда снова не смогу пить, потому что тогда я заболею и умру. А поскольку я никогда не буду употреблять, то я не нуждаюсь в лечении».

*Постановка себе безнадежного диагноза.* «Я слишком далеко зашел, чтобы мне что-то могло помочь. Как можно ожидать от такого пропойцы, вроде меня, что он сможет изменить свои привычки?».

М.С. Палаццоли с соавт. (2002) подчеркивает, что аддикт испытывает потребность бороться с объектом своей аддикции. При этом воздержание выглядит как уклонение от борьбы и поражение, а запой — как борьба, из которой он выходит живым, а значит, победителем. Игра со смертью может продолжаться до тех пор, пока аддикт не сдастся и не обратится за помощью. С помогающим объектом (врачом, сообществом Анонимных Алкоголиков) он снова меряется силами, отрицая необходимость зависеть от кого-то. «Раз вы называете меня вечным алкоголиком, я докажу, что я сильнее и вас, и бутылки, и буду бывшим алкоголиком».

## **Глава 3. ПСИХОТЕРАПИЯ АДДИКЦИЙ**

### **3.1. Первичное интервью**

К специалисту обычно обращается член семьи аддикта, который отрицает необходимость лечения. В. Джонсон (2012) разработал метод «прямого вмешательства», предполагающий конфронтацию с химически зависимым с помощью его ближайшего окружения и состоящий из семи этапов.

1. Инициатор терапии избавляется от чувства вины за «вынесение сора из избы» и от страха перед реакцией больного; сообщает терапевту о клинике заболевания, его медицинских, психологических и социальных последствиях; помогает терапевту составить список потенциальных участников «коллектива вмешательства» и затем просит их о сотрудничестве.

2. Терапевт организует встречу коллектива, рассказывает о природе зависимости, иллюзии контроля над тягой, подчеркивает, что больной не будет искать помощи и не смо-

жет самостоятельно отказаться от ПАВ, предсказывает его будущее, объясняет необходимость коллективного вмешательства.

3. Проблема «Как мы можем изменить больного?» заменяется на «Как мы можем изменить себя и свои отношения с пациентом таким образом, чтобы мы были довольны им?».

4. Участники команды сообща отреагируют накопившиеся негативные чувства к пациенту, прорабатывают свои переживания и готовятся пойти на риск конфронтации.

5. Каждый член команды составляет список аддиктивных эксцессов, свидетелем которых он был и из-за которых у больного возникали проблемы; участники обмениваются своими списками и обсуждают их. Терапевт помогает сформулировать высказывания, входящие в список, таким образом, чтобы они содержали точное описание событий, поведения больного, отношения участника к употреблению ПАВ, выражение его собственных чувств по этому поводу, пожеланий или положительного отношения к больному.

6. Выбираются лечебные учреждения или сообщества АА (Анонимные Алкоголики) или АН (Анонимные Наркоманы), которые будут предложены больному. Намечается время вмешательства (когда у больного возникает очередная кризисная ситуация) и место (в кафе или другом нейтральном месте, в присутствии терапевта).

7. Больной приглашается на встречу, члены «коллектива вмешательства» зачитывают друг за другом свои списки и сталкивают больного с его реальностью. Под влиянием массы фактов, единодушного выражения озабоченности и симпатии больной соглашается с требованиями немедленно включиться в предлагаемое лечение, выбрав из нескольких вариантов тот, который наиболее его устраивает.

Во время предварительной подготовки терапевт следит, чтобы участники команды не допускали обычных ошибок. Они могут быть следующими: участник говорит за другого или о том, чего сам не видел; навязывает свое мнение, а не ищет истину; перемешивает факты и собственные комментарии, домыслы; высказывает угрозы, которые не собирается осуществлять.

Если получить согласие аддикта на лечение не удастся, рекомендуется урегулировать семейную систему через объяснение проблем, обучение семьи приемам преодоления негативных чувств и участие родственников в группе Ал-Анон. Супругу больного предлагается сделать выбор: 1) вести себя как прежде, 2) отдалиться эмоционально, 3) отделиться. При выборе второго варианта супруга учат не критиковать употребляющего ПАВ, принять ситуацию, как она есть, жить с больным и быть ответственным за собственные реакции на его поведение (Беренсон, 2014).

Когда аддикт обращается самостоятельно, но ссылаясь на инициативу Значимого Другого (ЗД), полезно задать ему следующие вопросы (Ахола, Фурман, 2000):

- Почему, как Вы думаете, ЗД заинтересован в нашей встрече?
- Что больше всего беспокоит ЗД в Вашем поведении?
- Что, по мнению ЗД, Вы делаете не так?
- Что как Вы думаете, что Вам следует перестать делать, чтобы ЗД оставил Вас в покое?
- Как Вы думаете, что Вам следует начать делать, чтобы ЗД оставил Вас в покое?
- Каких конкретных изменений от Вас ожидает ЗД?
- Как Вы думаете, что ЗД ожидает от нашей встречи?
- Чем, по мнению ЗД, эта встреча могла бы быть Вам полезной?
- Ответы, на какие вопросы, по мнению ЗД, Вы сегодня получили?

Проценко (2003) разработал схему структурированного интервью с наркозависимым.

1. Присоединение. Используются приемы присоединения, описанные в руководствах по индивидуальному и семейному консультированию

2. Определение проблемного поведения: «Я бы хотел, чтобы Вы подробнее об этом рассказали. Как Вы оцениваете эту проблему?». Следует взглянуть на проблему глазами клиента; например, что он делает, что у него не получается, указывал ли ему кто-либо ранее на наличие проблемы.

3. Степень тяжести проблемы Необходимо оценить восприятие сложности проблемы клиентом, так как может оказаться, что не она волнует клиента, а, например, повышенная утомляемость при учебе. «Насколько эта проблема для Вас представляет затруднения?». Оценка тяжести проблемы близкими людьми.

4. Мониторинг употребления ПАВ. Следует учитывать следующие параметры: идентификация использования психоактивных веществ, количество, частота приема каждого вещества, пути и способы введения препарата, даты последнего приема, получаемый эффект, мотивация к приему, потребление индивидуальное или групповое, наличие или отсутствие изменений толерантности, появление синдрома зависимости или отмены.

5. Мониторинг употребления других наркотиков/алкоголя.

6. Обращение к другим видам компульсивного поведения: азартные или компьютерные игры, промискуитет, еда (переедание или голодание), чрезмерная работа, поиск острых ощущений.

7. Тип влечения:



А) обсессивное влечение (постоянно появляются навязчивые воспоминания, представления об эффекте опьянения; выражены вегетативные, висцеральные симптомы при воспоминании о наркотики);

Б) доминирующее-сверхценное влечение (влечение полностью и постоянно определяет интересы и поведение аддикта; развивается стойкая анозогнозия, попытки скорректировать поведение вызывают активное сопротивление с дисфорическими переживаниями и расцениваются как покушение на свободу личности, это сближает их со сверхценными идеями).

8. Изменение формы потребления. Защитные реакции не возникают даже при значительной передозировке токсических веществ.

9. Мониторинг эмоциональных триггеров (чувств, которые могут приводить к употреблению наркотика). «Какие чувства побудили Вас добыть наркотик?» (обида, злость, отчаяние, боль и т.д.).

10. Оценка получаемых субъективных выгод от наркотизации по сравнению с субъективными жертвами. Взвешивание за и против.

11. Оценка принятия ответственности за болезнь, оценка преобладающего локуса контроля. Чей запрос скорее служит стимулом к лечению: родительский, ситуативный, собственный.

12. Компульсивное влечение. Компульсивное влечение существует постоянно, меняя поведение клиента, подчиняя себе поведение, устраняя противоречия в борьбе мотивов (наркозависимые часто называют это «гоном»).

13. Обсуждение занятости и/или распоряжения деньгами. В большинстве случаев пациенты не способны самостоятельно и целесообразно распоряжаться деньгами и временем.

14. Мониторинг симптомов после прекращения употребления наркотика. Любые кратковременные перерывы в интоксикации вызывают острые абстинентные явления, характерные для того или иного вида наркоманий.

15. Временная составляющая и социальное сужение личности с начала наркотизации.

16. Поощрение воздержания от наркотизации. Выяснить у клиента, кто поддерживает воздержание и какими способами (члены семьи, друзья и др.).

17. Поиск альтернативного достижения состояния комфорта. Проработка состояний или ситуаций, избегать которых удавалось с помощью наркотика. Создание запроса состояний или ситуаций, при которых клиент чувствовал бы себя наиболее комфортно. Разработка плана конкретных действий достижения этих состояний или ситуаций без наркотика.

18. Обсуждение стрессоров и их влияние на выздоровление К стрессорам относятся те внешние факторы, к которым клиент должен адаптироваться (например деятельность, взаимоотношения, дети). Консультант должен определить взаимосвязь конкретного стрессора и процесса выздоровления (например: «Это повлияло на Ваше желание употребить наркотик?» «Что Вы можете сделать вместо того, чтобы принять наркотик?» «Как это влияет на Ваше выздоровление?» «Это приводило Вас в прошлом к употреблению наркотика?»).

19. Обсуждение симптомов рецидива. Оно должно осуществляться в контексте профилактических мероприятий и включать опознавание специфических предвестников рецидива. Изменения в мышлении, отношениях и поведении расцениваются как симптомы рецидива.

20. Проработка последнего рецидива. Функциональный поведенческий анализ. В него включается обсуждение мест, людей и обстоятельств рецидива (т. е. того, что произошло, когда случился рецидив). Моделирование состояния, предшествующего рецидиву. Проработка эмоциональных и когнитивных механизмов, запускающих рецидив. Обсуждение стратегий и ресурсов преодоления влечения. Поощрение конструктивных стратегий.

21. Определение дисфункциональных когниций клиента, касающихся наркомании. Это относится к тем когнитивным моделям, в которых терапевт опознает дисфункциональные когниции, а затем вовлекает клиента в когнитивный процесс развития когнитивных копинг-стратегий.

22. Рассмотрение последствий употребления наркотиков/алкоголя. Употребление ПАВ в процессе реабилитации и в дальнейшей жизни. Очень часто наркозависимые предполагают возможность разовых употреблений.

23. Поощрение принятия личной ответственности за выздоровление «Кто несет ответственность за Ваше выздоровление?». Важно разделить ответственность, и обсудить, кто за что отвечает в процессе реабилитации.

24. Обсуждение конкретных дисфункциональных отношений. Взаимоотношения с родителями, с лицами своего и противоположного пола.

25. Обсуждение семейных явлений: созависимость, права, употребление алкоголя и т. д.

26. Определение уровней организации личности Выявление признаков психотического, пограничного или невротического уровней организации.

27. Обсуждение сотрудничества клиента или его сопротивления лечению. Оценка негативных изменений (личностных, социальных, биологических), произошедших в период наркотизации.

28. Обсуждение разных аспектов отношений клиента с консультантом. Выяснение, насколько клиент готов в дальнейшем сотрудничать с вами.

29. Подписание двух контрактов о сотрудничестве: один – с наркозависимым, другой – с его родителями или близкими.

В качестве более детальной схемы первичного интервью можно предложить Мульти-модальный опросник жизненной истории А. Лазаруса (2001). Для поведенческой психодиагностики и выбора терапевтических мероприятий автор применяет систему BASIC I.D.

Поведение (В — behavior). Каких действий пациент хотел бы избегать и какие действия он хотел бы в будущем совершать чаще, чтобы реализовать свой потенциал и чувствовать себя счастливым?

Аффект (А — affect). Какие чувства ему чаще всего мешают, с каким поведением и ситуациями они связаны?

Восприятие (S — sensation). Какие приятные и неприятные ощущения переживает пациент (например, вкусовые удовольствия или боль, озноб) и в связи с чем?

Воображение и представления (I – imagery). Какие сцены из прошлого или настоящего приходят в голову пациенту чаще всего? Есть ли негативные или навязчивые образы (например, печальные воспоминания)?

Когниции, мысли (C – cognition). Какие дисфункциональные или иррациональные убеждения разделяет пациент (например, типа «обязан», «должен», «следует»)? Какое влияние оказывают эти установки на его чувства, воображение, поведение, отношение к другим людям?

Социальные связи, отношения (I – interpersonal relationships). Какие проблемы у пациента есть в отношениях с близкими людьми или на работе? Как это влияет на его самочувствие и поведение?

Физиологические переменные (D – drugs and biological factors). Здоров ли человек соматически и психически? Каковы особенности его питания, сна, тренировок и употребления ПАВ?

По итогам первичного интервью составляется биопсихосоциальное заключение, содержащее наиважнейшую информацию медицинского и клинического характера, которая будет способствовать выработке индивидуального плана лечения. В это заключение вно-

сятся такие сведения, полученные от членов семьи, впечатления персонала, другие данные, которые удалось получить.

### **3.2. Принципы терапии**

Лечение аддиктов преследует три цели: соматическое оздоровление, психическая стабилизация и включение в социальную среду. Исходя из этого, можно выделить пять аспектов работы с аддиктом:

- 1) биологический (улучшение состояния здоровья и работоспособности);
- 2) когнитивный (преодоление диссимуляции, аггравации и недостаточного осознания или отрицания болезни; повышение уровня оптимизма и терапевтической мотивации);
- 3) эмоциональный (поиск и тренировка альтернативных способов поведения для испытания благополучия, радости, уверенности в себе и доверия к людям);
- 4) социальный (перестройка взаимоотношений со значимыми людьми на эмпатийной основе, смена близкого окружения, при необходимости – места работы и жительства);
- 5) экзистенциальный (ответственность за свой образ жизни, реализация своего личностного потенциала).

Терапевтические концепции лечения химически зависимых пациентов классифицируют следующим образом (Бюрингер, Ферстль, 2003).

*А. Медикаментозное лечение.* Поддержка во время дезинтоксикации успокоительными и болеутоляющими средствами. Лечение сопутствующих заболеваний и осложнений. Замена наркотиков метадонем и другими легальными заменителями запрещенных ПАВ. Использование антагонистов опиоидов. Лечение медикаментами, сенситизирующими к алкоголю (напр., тетурамом). Применение веществ, снижающих потребность в алкоголе (напр., акампросат).

*Б. Психотерапия:* поведенческая терапия; глубинно-психологические формы терапии; разговорная терапия и эклектические методы.

*В. Социотерапия:* терапевтические «общения» с бывшими наркоманами и алкоголиками в качестве «персонала»; терапевтические сообщества с профессиональными терапевтами в специализированных клиниках и амбулаторные группы самопомощи типа Анонимных алкоголиков и наркоманов, а также специализированные клубы (Бурно, 2000, 2002; Бойко, 2012).

Прохаска и Диклимент выделяют у химически зависимых пациентов ряд фаз готовности к изменению, с которыми связывают определенные терапевтические стратегии (по: Перре, Бауманн, 2002).

Фазы	Терапевтические стратегии
1. Отсутствие осознания проблемы: - отсутствие понимания; - отсутствие готовности к изменению.	Незначительные возможности терапевтического влияния; воздействие через факторы окружающей среды (напр., потеря работы, преследование законом) и внутренние факторы (эмоциональные и физические нарушения).
2. Становление проблемы: - самонаблюдение; - взвешивание всех «за» и «против» относительно потребления ПАВ; - наблюдение за реакцией посторонних на собственное потребление ПАВ.	Содействие самонаблюдению; подчеркивание негативных последствий потребления ПАВ и положительных последствий отказа от них; содействие в принятии решения; становление терапевтического альянса; договоренность об индивидуальных целях.
3. Начало лечения: готовность к лечению.	Обучение навыкам и умениям, необходимым для ведения самостоятельного образа жизни без зависимости (напр., релаксация, тренинг самоутверждения, навыки разрешения конфликтов); планирование будущего (упорядочение жизни; распределение времени).
4. Поддержание лечебных целей: готовность к поддержанию изменений.	Содействие в минимизации риска рецидивов (наблюдение и избегание критических ситуаций, тренинг навыков отказа); навыки и умения для преодоления рецидивов.
5. Рецидивы: длинные фазы повторного злоупотребления или возникновения новой зависимости.	Незначительные возможности терапевтического влияния.

В государственных наркологических учреждениях России первая фаза лечения проводится в районном наркологическом диспансере, вторая – в наркологическом стационаре, третья и четвертая – вновь в наркологическом стационаре, где имеются дневной полустационар и осуществляется групповая психотерапия.

В соответствии с приказом Минздрава РФ № 76 от 18.03.97 «О наркологических реабилитационных центрах» в России стали открываться медикосоциальные центры, использующие «Миннесотскую модель лечения химической зависимости» основанную на следующих принципах (Проценко, 1999):

- Алкогольная или наркотическая зависимость не является проявлением заболевания, излечив которое зависимость могла бы исчезнуть. Она сама и есть болезнь.
- Зависимость - это заболевание, возникшее в результате обстоятельств, не зависящих от больного.
- Отношение к зависимым должно быть не пренебрежительное, а сострадающее, не унижающее при этом их человеческое достоинство.
- Нужно убедить человека, что он может излечиться, несмотря ни на какие внешние факторы.
- Человеку с зависимостью надо показать на все признаки и симптомы, которые четко указывают на его заболевание. Это может подтолкнуть его к осознанию необходимости лечения наркомании или алкоголизма и полностью изменить образ жизни.
- Надо убедить пациента, что самый главный признак заболевания - это его отрицание. Иногда это не признают даже родственники пациента.
- Надо добиться в конечном итоге полного воздержания от каких-либо психотропных лекарств или родственных веществ.
- Окружающие родственники и знакомые должны принимать активное участие в лечебном процессе. Только тогда можно добиться положительных результатов.
- Уровень знаний врачей должно быть максимальным. При этом в команде специалистов должны принимать участие больные химической зависимостью, но прошедшие лечение и соблюдающие трезвый образ жизни.
- К каждому больному должен быть индивидуальный подход, потому что у каждого человека есть собственное мышление, отличное от других и соответственно мотивация может быть разной. Для этого создаются небольшие группы, где проходит психотерапия.

- В психотерапии должна быть использована программа "12 Шагов" и постоянные встречи с участниками сообщества Анонимные Алкоголики (АА) и Анонимные Наркоманы (Нар-Анон).

Пациентам ежедневно в течение 2-3-х часов читают лекции о механизмах формирования аддиктивных расстройств. Часть дня посвящена групповым занятиям. Пациенты делятся на группы по 10-12 человек с химическими и поведенческими аддикциями для демонстрации наличия общих механизмов аддикций.

При поступлении пациента в лечебный центр с ним заключается контракт, который подписывает также и родственник, оплачивающий лечение. В контракте пациент должен дать согласие на лечение и сотрудничество с персоналом в осуществлении действий, направленных на его выздоровление. Лечение может быть прервано пациентом по его желанию или директором лечебной программы в ряде случаев: при нарушении больным внутренних правил пребывания пациентов, саботаже лечения со стороны пациента, невозможности проведения психотерапевтических мероприятий по состоянию физического здоровья больного и пр. Перед поступлением в лечебное учреждение пациента необходимо ознакомить с методами лечения и правилами внутреннего распорядка.

Практикуется также заключение трехстороннего контракта между врачом, А-зависимым и его супругой (O'Farrell, Bayog, 1986). Пациент обещает длительное время и регулярно принимать назначенный врачом препарат. Супруга обязуется этот препарат выдавать мужу и каждый прием отмечать в календаре. Оба супруга дают обещание не вспоминать прошлое, связанное со злоупотреблением ПАВ, и приходить вместе на прием к врачу раз в месяц.

Прежде всего важно изменить типичные для больного представления: «Я употребляю ПАВ потому, что у меня тяжелая жизнь» на формулу: «У меня тяжелая жизнь потому, что я употребляю ПАВ». Для снижения патологического влечения и профилактики рецидивов используют аверсивную и суггестивную терапию, тренинг самоконтроля с применением биологической обратной связи, обучение альтернативному поведению, ситуационный тренинг, гештальттерапию, позитивную терапию и др.

Во время стационарного лечения аддикты играют в следующие игры (Штайнер, 2003). Игра в «гориллу», или запугивание и шантаж окружающих возможностью рецидива. Игра в «вечного клоуна» или «шутника», у которого нет проблем. Изображение сумасшедшего, сопровождающееся бравированием и имитацией клинических симптомов. Проецирование на себя образа крайне хрупкого, слабого, ранимого, зависимого человека. Разыгрывание

роли образцового пациента с возложением ответственности за свое излечение на врача или, наоборот, оспаривание всех правил с целью уклониться от лечения. Разыгрывание роли помощника врача по отношению к другим больным с целью избежать отношения к себе как к обычному пациенту. Поглощенность спортом, музыкой, просмотром телепередач и тому подобными занятиями, с помощью которой демонстрируются свои, отличные от общих, цели пребывания в больнице.

Психотерапия должна быть направлена на открытие аддиктом своей силы и обретение им умения пользоваться ею. Такую возможность дает группа взаимопомощи, в которой сильный лидер, возможно, член группы, заменяет пациенту отца. Аддикта резко критикуют за его поведение, не боясь вызвать его ярость, но направляют ее в конструктивное русло «социального интереса» (по Адлеру). В соответствии с взглядами Адлера и современных экзистенциалистов следует укреплять Суперэго пациента, тогда он станет духовно зрелым, и его жизнь приобретет смысл.

Раннее воспоминание, по Адлеру, позволяет разглядеть влияние значимого события на формирование жизненного стиля. Другая проективная процедура – написание «истории жизни». Пациент описывает наиболее значимые моменты своей биографии, поворотные пункты в своем движении к жизненной цели. Эта техника позволяет понять жизненный сценарий пациента и его индивидуальную мифологию. Чтобы уточнить конечную цель, терапевт спрашивает пациента: «Каково ваше призвание?». Выясняет, что помешало реализации честолюбивых замыслов пациента, в чем проявляется его склонность доминировать, чего он боится больше всего (Сидоренко, 2002).

**.Аверсивная терапия** (условно-рефлекторная терапия, УРТ) построена на вызывании отвращения к алкоголю с помощью выработки отрицательного условного рефлекса на его вид, запах и даже словесное обозначение. Достигается тошнотно-рвотная реакция путем приема алкоголя в сочетании с препаратами, вызывающими рвоту (апоморфин, эметин, отвар баранца и др.). Применяется также самокупирование тяги с помощью электрошока с последующим расслаблением для уменьшения дискомфорта.

**Суггестивная терапия** включает аутотренинг, прогрессивную мышечную релаксацию, гипнотерапию, нейролингвистическое программирование (Даренский, 2006, 2007, 2015). Повысить стабильность ремиссии на этом этапе помогает изменение межличностных стереотипов и образа жизни, связанного с ними.

**Аутогенная тренировка** (АТ) помогает пациентам снимать характерное для них внутреннее напряжение, не прибегая к ПАВ. Однако из-за неспособности к длительному воле-



вому усилию аддикты обычно не могут освоить стандартный курс АТ, быстро прекращают самостоятельные занятия. Поэтому состояние релаксации используется в терапии для проигрывания в воображении ситуаций, представляющих угрозу рецидива, с моделированием навыков совладания с подобными ситуациями.

**Прогрессивная мышечная релаксация** по Джекобсону помогает больным овладеть навыками психофизической регуляции, что способствует облегчению аффективного и поведенческого самоконтроля. В состоянии релаксации, как и в АТ, используются формулы самовнушения для репетиции уверенного поведения в проблемных ситуациях. Можно предложить больному тренироваться самостоятельно под аудиозапись в промежутках между сеансами (Бурно, 1986; Пезешкиан, 1996).

**Метод альтернирующей гипносуггестии** (Захаров, 2005). После анализа жалоб, анамнеза и структуры личности, внимание направляют на изучение субъективных психофизиологических реакций, ощущений и переживаний пациента, сопровождающих здоровое и патологическое поведение, с разделением их на положительные и отрицательные, приятные и неприятные. При этом используют максимальный набор ценностных, духовных, нравственных, когнитивных, эмоциональных, физиологических, визуальных, аудиальных и кинестетических характеристик обоих полюсов поведения. В итоге выстраиваются полярные, диаметрально противоположные позитивные и негативные суггестивные комплексы, включающие в себя субъективный опыт больного. Во время сеанса последовательно, многократно чередуют эмоционально-насыщенное описание негативной и позитивной моделей поведения больного, основанных на его выборе в прошлом, настоящем и будущем, с прогнозом последствий этого выбора для него самого и окружающих. Используемое при этом условно-рефлекторное подкрепление оказывают с учетом ранее выявленных индивидуальных особенностей.

С.В. Ковалев (2001) описывает технику **нейролингвистической терапии**, применяемую для лечения химически зависимых.

1. Попросите пациента сесть поудобнее и вспомнить ситуацию, в которой ему страстно хотелось принять ПАВ.
2. Предложите ему почувствовать себя в этой ситуации, и когда его ощущения достигнут пика, кивнуть вам.
3. Сразу после кивка на несколько секунд положите свою руку на колено (кисть руки, плечо) пациента. Повторите 2-й и 3-й пункты 5–7 раз, запоминая выражение лица, направ-

ление взгляда, позу и характер дыхания клиента в момент переживания им пика ощущений.

4. Для проверки прикоснитесь к месту постановки якоря: должны появиться обнаруженные в п. 3 проявления.

5. Пересадите клиента на другой стул (первый мог стать якорем влечения к ПАВ). Попросите его вспомнить ситуацию, в которой он страстно хотел трезвой жизни. Поставьте якорь на другом колене (кисти, плече), запомните проявления трезвой идентичности и проверьте второй якорь.

6. Одновременно нажмите на оба якоря и держите их до тех пор, пока не произойдет «соединение» идентичностей. При этом возникшая вначале асимметрия лица исчезает, пациент делает глубокий вдох или выдох, расслабляется.

7. Возникшее трансовое состояние используйте для внушения: «Ты сможешь найти такие варианты и способы поведения, которые будут удовлетворять тебя в такой же степени, как и наркотик».

Уменьшает аддиктивную симптоматику и улучшает общее самочувствие аддиктов межличностно-ориентированный подход Вирджинии Сатир и разговорная психотерапия по Роджерсу. Арттерапия и музыкотерапия при использовании вместе с основной психотерапией улучшают результат лечения, как и прогрессивная релаксация по Джекобсону. Усилить самоконтроль пациентов в ситуациях искушения помогают методы когнитивной психотерапии и поведенческий тренинг.

С помощью методов **биообратной связи и аудиовизуального тренинга** улучшаются навыки самостимуляции структур, ответственных за синтез эндорфинов (орбитофронтальной зоны, амигдалы и гиппокампа). Глубинная перестройка мозговой активности позволяет аддикту поддерживать себя в состоянии психологического комфорта и контролировать свое поведение (Скок, 1999; Rosenfeld, 1997).

Отечественный программно-аппаратный комплекс БОСЛАБ помогает пациенту повышать и сохранять мощность альфа-ритма, вспоминая приятные состояния. Эффективность тренинга повышается при использовании свето-звукового прибора VOYAGER XL, воспроизводящего приятную расслабляющую музыку, журчание ручьев и голоса леса с целью выработки и увеличения содержания эндорфинов (Макаров, Шубина, 2004).

Лечение химически зависимых во многом сводится к переводу химической аддикции в социально приемлемую поведенческую (спортивную, работогольную, религиозную и т.д.). Обязательным условием является приемлемость лично для пациента поведенческой

аддикции, иначе опять начинается собственный «поиск», заканчивающийся рецидивом социально неприемлемой аддикции (Егоров, 2007).

В то же время поведенческие аддикции могут быть столь же серьезны по своим последствиям, как химические. Они обычно встречаются и стимулируются внутри семейного контекста, и поэтому терапией выбора при этих расстройствах является семейная психотерапия (Marlatt et al., 1988; Brown, 1993; McCown, 2005).

### **3.3. Семейная терапия**

Семьям аддиктов присущ ряд общих черт: страх перед чужими людьми и изоляция от них, тесная сплоченность, фетишизация брака, денег и власти. Для этих семей существует только материальный мир, они ни во что не верят. Члены семьи полностью зависят от оценки родных и окружения, им нельзя искать помощи вне семьи. Неудача, отъезд или смерть одного из членов семьи переживаются всей семьей одинаково трагически. Вместо любви семья держится на чувствах жалости и долга, обиды и вины, общих вкусах и оценках людей. Семья опирается на традиции прошлого, боится изменений, с тревогой смотрит в будущее. Источником ее энергии служат не радости текущей жизни, а тревоги и волнения.

Е. М. Симонова (2001) описывает три типа матерей химически зависимых детей: 1) «мама-девочка», сохранившая дозамужние интересы и безразличная к ребенку; 2) «мать-героиня», организует лечение членов семьи, страдающих алкоголизмом и нередко сама начинает лечиться от наркомании вместо своего ребенка; 3) «мать-страдалица», самоотверженно борется с неисчислимыми проблемами семьи, одновременно усугубляя их (например, «из жалости» дает сыну деньги на героин).

Отцы этих детей также представлены тремя типами: 1) «отец-герой», лишаящий ребенка ответственности за его аддиктивное поведение; 2) агрессор, жестоко наказывающий ребенка за аддиктивное поведение, нередко сам страдает алкоголизмом; 3) «отсутствующий отец» – разведенный, двоеженец, тихий алкоголик, работоголик.

У матерей взрослых героиновых наркоманов выявлены следующие особенности (Шишкова, 2009):

1. Состояние психологического кризиса, который проявляется глубокой личностной дисфункциональностью, ухудшением семейного взаимодействия, деформацией отношения к аддикту.

2. Нарушения личностного функционирования, по своему уровню сопоставимые с аналогичными характеристиками самих наркозависимых и отражающиеся в повышенной

тревожности, сужении круга интересов, трудностях регуляции межличностной дистанции, снижении самооценки, стремлении избегать доверительных контактов.

3. Стремление занимать доминирующую позицию в псевдосолидарной семейной системе, тенденция сохранять «симбиотические» отношения со своими наркозависимыми взрослыми детьми, склонность демонстрировать социально-приемлемый «фасад» семьи, резкое сужение поля социальной активности, а также дихотомичность, экстремальность и категоричность оценки семейной ситуации.

4. Полярность и противоречивость отношения к аддикту, аффективно заряженная фиксация на его негативных характеристиках и неспособность предоставить ему возможность автономного существования.

5. Предикторами выраженности дисфункциональных свойств личности матерей наркозависимых выступают: отсутствие супруга, наличие одного ребенка и высшее образование у матери, а также судимость, длительный срок наркотизации и отсутствие продолжительных ремиссий у наркозависимого.

Дети в созависимой семье принимают одну из следующих ролей. «Герой» защищает своих родственников, в первую очередь братьев и сестер, от родителей-алкоголиков или наркоманов; «козел отпущения» ведет себя плохо, чтобы отвлечь родителей от семейных конфликтов, связанных со злоупотреблением ПАВ, и сплотить семью перед лицом необходимости своего спасения. «Потерянный ребенок» помогает сохранить семью тем, что ничего не требует; «весельчак» делает то же самое с помощью шутовства. Впоследствии «герой» может стать работоголиком и «перегореть» или заболеть психосоматическим расстройством. «Козел отпущения» рискует стать изгоем, «потерянный ребенок» – впасть в депрессию, а «весельчак» – остаться шутом, которого никто не воспринимает всерьез.

Проблемы аддикта служат для разобщенной семьи связующим звеном. По мере того, как пациент возвращается к нормальной жизни, выявляются внутрисемейные проблемы, и тогда требуется краткосрочная (3–5 месяцев) семейная терапия. В работе с созависимой семьей учитывают характерные изменения психики членов семьи (Змановская, 2003). Собственное «Я» теряется, происходит фиксация на употреблении ПАВ одним из членов семьи. Поведение аддикта фактически полностью определяет эмоциональное состояние других членов семьи. Преобладают аффекты ярости, вины, отчаяния. Резко падает самооценка и самоуважение, например, появляется убеждение «мы плохие, мы сами виноваты во всем». Усиливаются роли Жертвы («За что мне такие мучения?») и Спасителя («Я спасу его, чего бы мне это ни стоило!»). Появляется состояние эмоционального отупения и

апатии, наступает изоляция. На фоне хронического стресса неуклонно ухудшается здоровье: обостряются соматические болезни, развивается депрессия.

На первом этапе терапевт собирает всех членов семьи и обсуждает с ними, как помочь больному. Терапевт объединяется с семьей в контроле над поведением пациента и укрепляет уверенность в его конструктивных возможностях. Е.В. Змановская (2003) приводит примерную тематику групповых занятий с родителями по программе «Эффективное взаимодействие с зависимым подростком». Установочное занятие. Общая характеристика наркотических веществ. Признаки употребления наркотиков. Характеристика наркозависимого поведения: особенности, причины, мотивация, условия. Мифы (иллюзии), связанные с наркозависимым поведением и мешающие его преодолению. Роль семьи в формировании и поддержании наркозависимого поведения. Феномен созависимости и способы ее преодоления. Как вести себя с наркозависимым членом семьи. Лечение сопутствующих заболеваний. Оказание помощи в угрожающих ситуациях. Как побудить обратиться за помощью (на лечение, реабилитацию). Формы лечения и реабилитации. Поддержка ремиссии, профилактика срывов. Предупреждение наркозависимого поведения. Специальные стратегии контроля над распространением и употреблением наркотиков. Современная наркоситуация в России и государственная политика в наркосфере. Роль семьи в борьбе с наркоманией как общественным явлением.

Психообразовательная программа «12 плюс» (Вайсов, 2008) состоит из пяти этапов.

1. Диагностика семейной системы. В процессе интервью выявляется созависимость родителей и другие семейные факторы, поддерживающие наркотизацию пациента.

2. Подготовка к тренингу родительской компетентности. Родители заполняют опросник «Шкала созависимости» и убеждаются в наличии у них созависимости. Достигается выработка мотивации родителей к прохождению тренинга родительской компетентности.

3. Тренинг родительской компетентности. В процессе групповой работы выявляются неэффективные стратегии и методы решения проблемы наркозависимости родственниками. Выявляются и обозначаются влияния на жизнь членов семьи наркотизации пациента. Родственников пациента учат определять состояния интоксикации ПАВ по внешним признакам, шантажное поведение пациента, эффективно взаимодействовать с ним, находить конструктивные решения спорных и конфликтных ситуаций, передавать пациенту ответственность за его действия.

4. Семейное консультирование. Достигается осознание родителями проекции на ребенка собственных нежелательных качеств, стремления реализовать в нем собственные

недостигнутые цели, а также запрета в семье на выражение определенных положительных и отрицательных эмоций. Интегрируется опыт, полученный пациентом в рамках реабилитационной программы и его родителями в тренинге родительской компетентности. Заключается семейный договор, регламентирующий правила поведения для членов семьи с учетом проблем наркозависимости и созависимости.

5. Послереабилитационное сопровождение семьи. Осуществляется наблюдение за тем, как решаются проблемы наркозависимого, связанные с адаптацией в новом учебном или трудовом коллективе, налаживанием взаимоотношений с родственниками, близкими и друзьями, не употребляющими ПАВ. Родителям помогают обеспечить занятость и досуг пациента, развить у него новые интересы и увлечения. Им помогают также в решении различных внутри- и межличностных конфликтов.

На первом этапе собирают всех членов семьи и обсуждают с ними образ жизни пациента, проблемы его здоровья, взаимоотношений и утраты прежних ценностей. Объединяются с семьей в готовности помочь больному и укрепляют уверенность в его собственных возможностях и ответственность за свое выздоровление. Помогают понять алкоголизм или наркоманию как семейную болезнь, преодолевают отрицание членами семьи созависимости и сопротивления изменениям. Помогают членам семьи выразить долго отрицавшиеся негативные эмоции с помощью ролевых игр и использовать их для овладения навыками открытого самовыражения и адаптивного разрешения стрессовых ситуаций. Обеспечивают участие пациента и членов семьи в группах взаимопомощи для алкоголиков, наркоманов и их родственников.

Дальнейшая работа с созависимой семьей определяется ее ролевой структурой (Менделевич, 2003).

«Пособник» (обычно это мать или жена) дает деньги на приобретение ПАВ, постоянно извиняется перед всеми за поведение зависимого, помогает скрыть его неблагоприятные поступки, спасти от их последствий. Испытывает чувства вины и стыда, отрицает свое недовольство и гнев. Сильными сторонами, которые можно использовать в семейной терапии, являются способность заботиться, отдавать. "Пособнику" помогают снять с себя ответственность; ощутить свои чувства; сосредоточиться на своих желаниях и потребностях; осознать свою ответственность перед собой за свою жизнь и позволить другим сделать то же самое; научиться обращаться со злостью, не впадая в обвинения и не приходя в состояние неуправляемости.

«Компенсатор» стремится своими успехами вернуть семье признание: жена содержит дом в идеальном порядке, ребенок добивается успехов в учебе и спорте. В семейной терапии я использую умение такой личности работать. "Компенсатора" обучают просить о том, что ему нужно, и принимать помощь; принимать поражение; снимать контроль, расслабляться и дать всему идти своим чередом; сосредоточиться на себе и перестать решать и думать за других; осознать свои потребности, быть честным с собой.

Е.М. Симонова (2001) в семейной терапии наркомании основное внимание обращает на изменение ролевой структуры семьи. Взаимоотношения между членами семьи обычно укладываются в треугольник «Жертва – Спаситель – Палач». Эта дисфункциональная игра зачастую переходит из поколения в поколение, и если ее приходится прекратить, у семьи наступает тяжелейшая абстиненция. Поэтому появление признаков выздоровления у наркомана вызывает сопротивление лечению со стороны членов семьи. Самые частые формы сопротивления – отрицание проблем, их преуменьшение, обвинение окружающих в причинах наркомании и врачей – в плохом лечении, оправдание поведения наркомана рациональными причинами, интеллектуализация проблем вместо их эмоционального осознания, подмена выздоровления снятием симптомов, враждебность при попытках вскрыть затаенные чувства (стыд, вину, злость) или семейные тайны. Самые частые семейные секреты – алкоголизм в родительской или прародительской семье, супружеские измены и сексуальные дисфункции, психические заболевания. Типичная форма сопротивления – манипуляции: стремление соблазнить и подкупить терапевта, лесть, попытки вовлечь его в коалицию, угрозы и шантаж.

На семейных сессиях достигается понимание наркомании как болезни семьи, принятие пациентом ответственности за свое выздоровление; преодолевается отрицание членами семьи созависимости и сопротивления изменениям. Обеспечивается участие пациента и членов семьи в группах взаимопомощи для наркоманов и их родственников. Показана также психодрама, позволяющая пациенту сыграть роль своей сопротивляющейся части и нейтрализовать ее в роли конструктивной части своей личности. Для членов семьи важно выразить долго отрицавшиеся негативные эмоции в защищенном мире игры и использовать ее для овладения навыками открытого самовыражения и адаптивного разрешения стрессовых ситуаций.

На заключительном этапе терапии, после месячного воздержания пациента, решается проблема его отделения от семьи. В это время важно удерживать пациента от стремления вмешаться в проблемы родителей, или, при наличии одной матери, – занять по отноше-

нию к ней супружескую позицию. Решение этой задачи облегчает укрепление или создание альтернативной структуры поддержки для одного или обоих родителей благодаря подключению родственников, друзей и т.д.

### **3.4. Групповая терапия**

Широкое распространение получили группы самоподдержки, состоящие из сотрудников, пациентов и консультантов — аддиктов, воздерживающихся в течение длительного срока и применяющие во всех своих делах принципы программы «12 шагов».

1. Мы зависимы, потеряли самоконтроль. 2. Мы верим, что есть силы, возможности которых больше наших собственных. 3. Мы верим в Бога (как мы Его понимаем). Используется молитва римского императора Марка Аврелия: «Боже, дай мне разум и душевный покой принять то, что я не в силах изменить, мужество изменить то, что я могу и мудрость отличить одно от другого». 4. Мы видим глубину своего падения и принимаем на себя ответственность за это. 5. Мы хотим исповедоваться в своих грехах. 6. Мы готовы совершенствоваться. 7. Мы смиренно молим об исправлении. 8. Мы перечисляем тех, кому причинили зло, и готовы искупить свою вину. 9. Мы возместили причиненный близким ущерб. 10. Мы признаем повторение своих ошибок. 11. Мы находим силы в Боге, как мы его понимаем, для новых и новых попыток самосовершенствования. 12. Мы больше уважаем себя, когда помогаем друг другу освободиться от алкогольной зависимости.

Члены сообщества на собственном примере подкрепляют как опасения нового участника, так и его оптимистические ожидания. Сотрудник лечебного центра является моделью выздоровления; взаимоотношения между сотрудниками являются моделью взаимоотношений для пациентов. В ходе лечения не применяются медикаменты (химически зависимые больные поступают на лечение после детоксикации, если в ней есть необходимость). Формируется критическое отношение к болезни. Больного побуждают выражать чувство вины, не опасаясь осуждения. Больной вынужден проявлять инициативу, ответственность, что приводит к формированию внутреннего локуса контроля. Важнейшими терапевтическими факторами являются идентификация с выздоровевшими и забота о новых больных, для которых надо быть образцом.

Собрания общества протекают в четырех формах: выступления докладчиков на открытых собраниях, на которые допускаются все желающие; закрытые встречи в небольших группах, где участники делятся мыслями и переживаниями личного характера; закрытые и четко регламентированные занятия, на каждом из которых зачитывается и обсуждается одна глава из «12 шагов и 12 заветов»; собрания для новичков, которым помогают вы-



брать куратора – члена общества с длительным сроком воздержания. В задачи куратора входит дружеское общение с новичком, разъяснение ему принципов программы организации, практические советы по воздержанию, психологическая поддержка на начальных этапах воздержания и личный пример.

Первый шаг терапии по программе «12 шагов» осуществляется в виде лекции с последующим обсуждением в малых и средних группах (Каменская, Радченко, 2001) . Обсуждаются следующие положения:

1. Химическая зависимость является заболеванием:

- неизлечимым, т.е. окончательное физическое выздоровление, а также умеренное и контролируемое употребление ПАВ невозможны; однако возможна нормальная жизнь без них;
- прогрессирующим, т.е. болезнь усугубляется, если потребление ПАВ продолжается; возврата к употреблению ПАВ после длительного периода воздержания влечет за собой последствия еще более тяжкие, чем до перерыва;
- смертельным, т.е. являющимся причиной смерти в случае продолжения употребления ПАВ, в том числе вследствие передозировки, самоубийства и несчастных случаев.

2. Зависимость развивается на телесном, психологическом, социальном и духовном уровне.

3. Выздоровление от химической зависимости возможно только в случае полного отказа от употребления ПАВ.

4. Выздоровлением называется не конечное статичное состояние, а постоянный процесс глубокой нравственной и духовной работы над собой, ведущий к улучшению качества жизни; этот процесс описан 12-ю шагами.

5. Выздоровление возможно только в определенной среде – среди людей, имеющих те же проблемы и использующих для выздоровления те же средства – то есть в сообществе Анонимных Алкоголиков или Анонимных Наркоманов.

6. Химическая зависимость – семейное заболевание; это означает, что страдает не только химически зависимый, но и его семья, а также друзья и коллеги.

Т. Горски (2003) подробно описывает 6 стадий выздоровления от химической зависимости с помощью 12-шаговой программы общества Анонимных Алкоголиков и Анонимных Наркоманов.

1. Переход: анализ текущих проблем, признание неспособности контролировать употребление алкоголя и свое поведение, принятие необходимости воздержания.

2. Стабилизация: признание необходимости помощи, физическое выздоровление от синдрома отмены ПАВ, прерывание патологической озабоченности ПАВ, изучение способов преодоления стресса без использования ПАВ, развитие надежды и мотивации.

3. Раннее выздоровление: сознательное признание зависимости, полное принятие и интеграция зависимости, приобретение навыков решения проблем нехимическими способами, кратковременная социальная стабилизация, развитие системы ценностей, основанной на трезвости.

4. Среднее выздоровление: разрешение «кризиса деморализации», исправление социальных нарушений, вызванных зависимостью, создание саморегулируемой программы выздоровления, организация сбалансированного образа жизни, поддержка изменений.

5. Позднее выздоровление: осознание того, как нерешенные проблемы детства затрудняют выздоровление; освобождение от семейных проблем, сознательное исследование детства, приложение проблем детства к взрослой жизни, изменение образа жизни.

6. Поддержание: поддержание программы выздоровления, эффективная ежедневная система решения проблем; продолжение роста и развития, эффективные способы адаптации к переменам.

Преимущества Анонимных Алкоголиков (АА):

- Среда непьющих людей вместо привычной алкогольной.
- Чувство сопричастности из-за принадлежности к значительной организации; чувство собственной значимости.
- Поддержка членов общества, особенно необходимая при желании выпить.
- Хорошая возможность завести новых друзей – ведь всех АА объединяет нечто общее.
- В АА никто никого не обвиняет. Общество объединяет больных людей, а не «мерзких пьяниц».
- Помощь в обретении чувства ответственности. Это не ответственность за свою болезнь, а ответственность за ведение трезвого образа жизни.
- Лечение алкоголизма начинается с того, что человек должен признать, что у него есть проблема с алкоголем. АА помогают в этом. С самого начала здесь принято признаваться перед группой: «Здравствуйте! Меня зовут... Я алкоголик».

#### Недостатки АА:

- Общество не учитывает значения физиологических изменений при алкоголизме. Здесь невозможно получить медицинский совет – ни упражнений, ни изменений в диете, ни приемов релаксации. Часто на собраниях АА предлагаются пирожные, пончики, печенье, сахар, кофе.
- АА предполагает постоянное общение в группе. Это дается легко не всем людям. Многие нервничают на публике и пьют именно для того, чтобы чувствовать себя спокойнее среди других людей.
- Общество требует от человека веры в Бога или какую-то Высшую силу. Необходимо обращаться к Богу, просить его о помощи и т.д.
- Общество настаивает на том, чтобы каждый участник называл себя алкоголиком. Такое наименование игнорирует позитивную часть личности.
- Многие испытывают неловкость из-за публичных признаний в том, что как сорвался и что натворил в пьяном виде. Позитивных высказываний мало.
- АА слишком привязывают к себе, как новая зависимость.
- Алкоголь все равно остается центральным вопросом жизни. До вступления в общество мысли участников были поглощены выпивкой, после вступления - воздержанием от нее. Зависимость от алкоголя остается, только полярность сменилась с «+» на «-». Продолжаются отношения по типу «люблю – ненавижу».
- АА отнимают слишком много времени, которое можно было бы потратить более продуктивно.
- Настойчивое употребление слова «алкоголик» похоже на несмыслимый ярлык.

Существуют различные варианты подобных групп самоподдержки: Ал-Анон (супруги алкоголиков), Взрослые дети алкоголиков, Алатин (тинэйджеры – дети алкоголиков), Анонимные кокаиинисты, Анонимные никотинисты, Анонимные обжоры, Анонимные азартные игроки, Анонимные суициденты и др.

В терапевтической группе родителей наркоманов корректируются следующие дезадаптивные установки:

- поиск покровительства: «Помогите нам, у нас уже нет сил»;
- фиксация на собственной ситуации: «У Вас что... Вот у нас...»;
- отказ от поиска решения ситуации: «А что я еще могу сделать?»;
- поляризованные суждения типа «Мы уже все пробовали: ругали, били... Что же теперь – плюнуть и вообще не подходить к нему?»;

- ориентация на конкретные советы: «Если просит денег, то давать? Что ему сказать, когда приходит поздно?»;
- недооценка собственной роли: «А я при чем? Разве я неправа?»;
- недооценка роли семьи: «Речь ведь не о нас»;
- обвинения государства: «Никто не заботится о детях»;
- уход в абстрактные рассуждения: «А есть какая-нибудь статистика?»;
- обвинения терапевта: «Вы должны все знать, Вы же специалист!».

В сайнанон-группах лечение происходит в автономной общине взаимопомощи. Правила общежития включают: тяжелый физический труд, самообслуживание, полный отказ от алкоголя и наркотиков, занятия в малых группах без руководителей. Основу взаимодействия членов групп составляет конфронтация бывших больных с новыми участниками, при этом резкой критике подвергаются различные уловки, направленные на защиту саморазрушительного образа жизни, и выражается уверенность в сохранившихся конструктивных возможностях.

В последнее время все большее признание получает полимодальная интегративная психотерапия аддиктов (Павлов, 2012; Катков, 2012; Шалаева, 2014). А. Гребенюк (1999) разработал поэтапную программу психотерапии химически зависимых, которая осуществляется в индивидуальной, семейной и групповой форме.

1. Подготовительный этап: сеанс рациональной терапии с участием пациентов и членов их семей. Специалист рассказывает о клинике, течении и патогенезе химической зависимости. При преобладании у больного синестезического образного мышления ему рекомендуют курс условно-рефлекторной терапии. В конце подготовительного этапа с больным и его родственниками заключают индивидуальный терапевтический договор.

2. Этап ролевых игр (см. **Приложения: 6. Групповые упражнения**, игры «Шахматная доска», «Волшебная лавка», «Запретный плод» и «Барьеры»).

3. Завершающий этап проводится в форме индивидуальной терапии. Преодолевается тотемическое отношение больного к психической картине опьянения. С этой целью применяется нейролингвистическое программирование. Для создания положительной терапевтической перспективы используется техника психорисунка. Больной рисует две серии последовательных картин своей будущей жизни, начиная от сегодняшнего дня: пьяной и трезвой. Первая серия рисунков размещается под углом вниз, вторая – вверх.

### **3.5. Личностная ориентация терапии**

При лечении следует учитывать тип темперамента.

**Холерики** защищаются от тревоги, вызываемой как приемом наркотиков, так и необходимостью прекращения их употребления, с помощью идеализации. Такие подростки не очень интересуются эффектом наркотика. Для них самое главное — это компания «сильных» ребят с простой, понятной (то есть примитивной) системой ценностей. Они стремятся психологически слиться с каким-то авторитетом или людьми и действовать так же бесстрашно («безбашенно»). Родители должны разобраться в окружении подростка и продемонстрировать ему «изнанку» его среды, знакомя его с материалами о наркоторговцах и т. д. Такому подростку противопоказано кодирование и другие «волшебные палочки». Он легко может сделать из директивного психотерапевта наркотик, которого будет то идеализировать, то отрицать.

**Сангвиники** защищаются от тревоги с помощью примитивного всемогущества, манипулируя другими людьми. В наркотической среде они очень быстро становятся мелкими торговцами наркотиков или, по крайней мере, добывают деньги с помощью разбавления и перепродажи наркотиков. Их радует, что кто-то другой отравится еще больше, чем они. Дома они манипулируют родителями, не говоря им правду «до последнего». Таким подросткам необходим жесткий контроль в семье. Любая его ложь, любая попытка манипулировать родителями должны быть раскрыты и оглашены публично. Полезно сообщить следующему звену в цепочке, что наркотик разбавляется, чтобы прекратить манипуляцию и внутри наркотической компании. Для таких подростков крайне значим контакт с органами правопорядка и авторитарным психотерапевтом. На весь период лечения необходимо организовать жесткий контроль свободного времени подростка.

**Флегматики** в качестве магической защиты используют примитивное отрицание: «Если я этого не признаю, значит, этого нет». Вариантом отрицания является примитивное расщепление: «Вчера я был наркоманом и был плохой. Сегодня я не курил, значит, я хороший. Можно и покурить разочек». Такие подростки быстро забывает любую неприятность и не испытывают ни тревоги, ни чувства вины перед окружающими. Они склонны к перепадам настроения и во время депрессии легко соглашаются лечиться, но через несколько минут забывают о принятом решении. Следует заключить с таким подростком письменный договор и обратиться с ним в общество Анонимных Наркоманов с его жесткой структурой.

**Меланхолики** защищаются от реальности с помощью примитивной изоляции, уходя в транс, фантазии или наркоз. Они склонны к затяжным переживаниям и депрессиям. Поскольку бегство в фантазии не требует искажения самой реальности, на таких подростков

хорошо действуют нейтральные разговоры родителей о СПИДе или гепатите у Н-зависимых, об их ранней смерти. Каждое требование к ним должно быть убедительно обосновано с помощью рассудка. Такие подростки обычно очень отзывчивы и чутки, что облегчает терапию, особенно в группе невротиков. Основной задачей является выработка активной жизненной позиции.

Эффективность психотерапии взрослых аддиктов во многом зависит от учета их личностных особенностей (Павлов, 2012; Динов, 2010).

**Параноидное расстройство личности** характеризуется наличием сверхценной идеи об особом значении собственной персоны, что нередко становится основой аддикции к власти и других сверхценных увлечений. Применяется когнитивно-поведенческая терапия, направленная на снижение фонового уровня тревожности и совершенствование навыков проблемно-решающего поведения. Необходима предельная открытость и искренность, последовательность тактики, ясность и однозначность высказываний, исключение юмора в общении, поддержка сохраненных сторон личности, акцент на реальности. Внимательно вслушиваясь в жалобы и обвинения больного, следует избегать вставать на чью-либо сторону в конфликте. При работе с проекцией важно выявить, что пациент приписывает собственные устремления, желания и потребности другим людям. При этом внимание концентрируется на проблемах самого пациента, показывая, что только так можно их решить

**Шизоидное расстройство личности** имеет в своей основе глубокую неспособность к эмпатическим отношениям. Шизоидные аддикты предпочитают опиаты и галлюциногены, увлекаются философскими и религиозными течениями, схемами построения здорового образа жизни за счет необычных диет и спортивных занятий и т.п.

Необходимо индивидуализировать программу адаптации в социальном окружении, проявлять к больному теплое, заботливое отношение без навязчивости, для повышения мотивации к лечению использовать тенденцию больного к интроспекции. Пациенты используют изоляцию аффекта для подавления типичных чувств, направленных против них самих: гнева, страха, беспомощности, печали, стыда, вины и недовольства собой. С помощью гештальт-упражнений пациенты начинают понимать, что их эмоциональные реакции возникают на определенные вызывающие события, и их внешние ответные реакции могут быть более эффективными.

При проведении психотерапии мощным антиаддиктивным фактором может стать рационализация аддикции и поиск замещающего увлечения. Эффективна групповая терапия,

направленная на идентификацию эмоций, коммуникативный тренинг, повышение социальной активности в условиях терапевтической среды.

**Демонстративное расстройство личности** часто проявляется как чрезмерная озабоченность своей внешней привлекательностью и постоянный поиск возбуждающих переживаний и взаимодействий, в которых субъект находится в центре внимания. В ситуациях длительного психического напряжения у них развиваются демонстративные агрессивные приступы («истерики») и демонстративно-шантажные суицидные реакции. Характерны стремление к лидерству, любовная и алкогольная зависимость, нарушения пищевого поведения.

Эффективна индивидуальная и групповая психодинамическая психотерапия, направленная на осознание и проработку вытесненного травмирующего опыта. На первой встрече очень важно проявить интерес к пациенту, игнорируя его претенциозность и демонстративность. В ходе терапии нужно поощрять позитивные устремления и достижения пациента.

Преодоление защитного вытеснения проводится с использованием структурирования и обозначение всех долгов пациента, написания самоотчетов, ведения дневника, планирования жизненной стратегии на ближайший год. Для преодоления эгоцентризма полезны метафоры и безоценочные упоминания о гармоничных людях в жизни пациента. Определяющим же моментом в лечении демонстративной личности является поиск конструктивных способов удовлетворения завышенной потребности пациента в признании. Эффективны суггестивные формы психотерапии и групповая терапия с использованием элементов психодрамы.

**Обсессивно-компульсивное расстройство личности** характеризуется нормативностью и авторитарностью. Пациенты чрезмерно озабочены результатами своей деятельности и ее оценкой. Многие пациенты посвящают себя работе в ущерб семье и друзьям, но радость от работы им отравляет постоянный страх совершить ошибку.

Коррекция компульсивных проявлений включает разъясняющую или ориентированную на формирование адекватной самооценки индивидуальную и групповую терапию. Лечение должно проводиться с учетом проблем, связанных с контролем, подчинением, интеллектуализацией и рационализацией.

Следует показать пациенту то положительное, что содержится в его мучительной самокритике (высокая требовательность к себе), постоянно напоминать о необходимости как можно интенсивнее взаимодействовать с окружающей реальностью; необходимо поощ-

рять живое фантазирование, развивать образное, эмоциональное начало с помощью арттерапии.

При преобладании рационализации проводится обучение тому, что не все явления в этом мире можно рационально объяснить, что рациональное объяснение проблемы не является её решением, а лишь уменьшает тревогу по поводу проблемы и отодвигает решение проблемы.

Приходится считаться со склонностью пациентов навязывать собственный план обследования и лечения. Поскольку больные ценят точность, вникают в детали, не следует жалеть времени на систематизированные рациональные объяснения. Нужно терпеливо выслушивать пациента, уважать его стремление к самостоятельности, занимать неконфликтную, гибкую, доброжелательную позицию, заменять моральную модель психологической.

**Уклоняющееся (избегающее) расстройство личности** в быту называют комплексом неполноценности. Пациенты застенчивы, легкоранимы, постоянно ожидают унижающего отвергания. Некоторые из них скрывают нежность и хрупкость своего внутреннего мира за искусственной развязностью, показной заносчивостью и холодностью. У пациентов нередко развивается аддикция избегания со сверхценным отношением к признанию и отказом от взаимоотношений без гарантии понравиться.

Психодинамическая терапия направлена на исследование истории формирования заниженной самооценки, отреагирование аффектов, связанных с негативным опытом. Уклонение от активной деятельности и подавление своих чувств является защитной реакцией личности на глубоко укоренившийся страх неодобрения. Присутствует фоновая агрессия, появившаяся до или после возникновения эдипова комплекса. Отмечается интроверсия – обращение либидо внутрь вследствие чувства неполноценности.

Искреннее сочувствие и уважение помогает установить с этими пациентами тесный терапевтический контакт. Важно показывать им, как приятны окружающим людям их душевные свойства, которых они стеснялись, поощрять их активное поведение в группе. Эффективен ассертивный тренинг – тренировка самоутверждающего стиля поведения в обыденных ситуациях общения. В процессе гипнотерапии следует внушать пациентам уверенность в себе, способность переносить насмешки бывших собутыльников или наркоманов по поводу отказа от приема ПАВ. Родственникам пациента надо указать на его особую чувствительность ко всякой неискренности, неуважению и недоверию.

У **зависимых личностей** обычно развивается созависимость, склонность «цепляться» за значимых других, в тени которых они живут – обычно это тоже аддикт. Женщины это-



го типа подолгу переносят агрессивного, неверного, алкоголизирующегося супруга для сохранения чувства зависимости от него. У мужчин зависимый тип может парадоксально проявляться в гиперкомпенсаторных стереотипах доминирования, сопровождаемого страхом обнаружения базисной зависимой организации личности и негативной оценки ее другими. В случае утраты (или угрозы утраты) близких отношений пациенты чувствуют опустошенность и подавленность, никчемность и ненужность. В одиночестве пациенты переживают чувства дискомфорта и беспомощности из-за преувеличенного страха, что они не способны сами позаботиться о себе.

Следует с подчеркнутым уважением отнестись к проявлениям зависимости пациентов. Необходимо формировать у них на повторных сеансах гипноза избирательную внушаемость, императивно подчеркивая, что в ситуациях соблазна они будут слушать голос собственного достоинства и голоса поддерживающих близких, а не ложные авторитеты.

Для преодоления защитной регрессии пациенту помогают осознать его симбиотические отношения с родственниками и патологическую зависимость от других людей. Поддерживают самостоятельность пациентов, их способность самим отвечать за свои поступки.

При индивидуальной терапии имеется риск формирования зависимости пациента от терапевта. Пациент может оказаться перед крайне мучительным для него выбором между необходимостью сотрудничества с психотерапевтом и сохранения дисфункциональных отношений с супругом. Групповая терапия женщин особенно эффективна в однородных по полу группах и должна включать ассертивный тренинг.

Психотерапевту важно также самому не «застрять» в роли доминирующего лица, обеспечив достаточные условия для формирования автономного поведения пациента. Надо быть готовым к появлению негативных контрпереносных чувств в связи с чрезмерными ожиданиями пациента, что терапевт будет опекать его и принимать за него решения.

**Импульсивный подтип эмоционально неустойчивого расстройства личности** характеризуется приступообразной утратой контроля над побуждениями в сочетании с крайней обидчивостью и вспыльчивостью. Выделяют тип *чрезмерно контролирующих себя агрессоров*, очень сдержанных, внешне покорных и пассивных. Однако когда их терпение лопается, они проявляют неожиданную крайнюю жестокость.

Провоцирующими ситуациями для вспышки агрессии обычно служат обстоятельства или поведение партнеров, ассоциирующиеся с травмирующими ситуациями детства. Особенно резко пациенты реагируют на попытки окружающих противодействовать импуль-

сивным действиям или осуждать их. В отличие от антисоциальных личностей эти пациенты искренне раскаиваются в своем поступке и обвиняют себя.

Аддикты предпочитают снотворные и транквилизирующие препараты.

Необходимо создать жесткие ограничительные условия в терапии. Ее следует направить на помощь пациенту противостоять фрустрации и поверить в собственные силы, а также на то, чтобы научить его распознавать первые признаки появляющегося раздражения и выражать его в приемлемых формах. С учетом склонности пациентов к рассуждательству и эгоцентризму корригирующие формулы внушения должны быть логично убедительными, а выводы из этих внушений – насыщенно эмоциональными.

Контакт с пациентом лучше устанавливать, когда он спокоен. Темп общения должен быть неторопливым, беседы обстоятельными. Желательно поощрительно отзываться о положительных качествах пациента: о последовательности, постоянстве взглядов и желаний, стойкости и любви к порядку, подчеркивая при этом, что эти качества могут вредить пациенту, включаясь в его аддиктивное поведение. Показав с помощью метафор или примеров, какой ущерб пациенту могут нанести упомянутые качества, желательно постараться убедить его искать в моменты раздражения не нечто азартное или опьяняющее, а возможность выговориться, уединиться, заняться любимым делом.

В терапевтической группе следует быть готовым к нападению пациента на других участников. Для детей и подростков полезна семейная терапия, направленная, прежде всего, на сглаживание социальных последствий агрессивного поведения.

**Пограничный подтип эмоционально неустойчивого расстройства личности** (borderline) характеризуется крайней нестабильностью аффекта, отношений и самооценки, их сексуальное поведение беспорядочно, гендерная ориентация неопределенная. На фоне хронической скуки и чувства опустошенности возникают эпизоды выраженной дисфории, раздражительности или тревоги, которые могут длиться от нескольких часов до нескольких дней. У пациентов берет верх то жажда власти, то влечение к смерти, и нередко они рискуют жизнью, пытаясь с помощью суицидального шантажа предотвратить уход любимого.

Пациенты совершают правонарушения, занимаются рискованным сексом, лихой ездой на автомобиле, периодически наносят себе раны, ожоги и другие повреждения, чтобы избавиться от непрерывной опустошенности, скуки и невозможности ощутить себя. Они употребляют наркотики, переедают, транжируют деньги. При назначении фармакотерапии возможно развитие лекарственной зависимости.

В психотерапии используется сочетание поддерживающей и разъясняющей терапии, в которой психотерапевт выступает в роли вспомогательного Я. Пациентам нужны частые, короткие, регулярные встречи, четкое определение ролей и ясные виды на будущее. Следует избегать взаимодействий, выражающих как неотзывчивость, так и чрезмерную вовлеченность. В поддерживающих беседах актуализируется осознание больным своего заболевания, подкрепляются опасения его пагубного влияния.

Поведенческая терапия применяется с целью контроля за импульсивностью и вспышками гнева, понижения чувствительности к критике и мнениям окружающих, обучения социальным навыкам. Для преодоления защитного расщепления пациента обучают принимающему, безоценочному мышлению, показывают, что любое событие может восприниматься целиком, без резко полярного отношения.

В гипнозе используются образные, эмоционально насыщенные формулы внушения, которые имеют логичный, доказательный характер и подчеркивают трагичность заболевания. Эффективно участие в сообществах анонимных алкоголиков и наркоманов.

**Антисоциальное расстройство личности** заключается в грубом игнорировании прав окружающих. Основная черта – стремление непрерывно получать удовольствие, эгоистично эксплуатируя других и избегая всякого напряжения и труда. Начиная с подросткового возраста характерны прогулы, побеги из дома, драки, воровство, суицидный шантаж. В асоциальной подростковой среде распространено потребление алкоголя и наркотиков в сочетании с промискуитетом – беспорядочными, «обезличенными» половыми связями, в том числе родственными.

Психотерапия включает длительное, повторное установление допустимых границ. Важны четкие рамки, затрудняющие манипулирование со стороны больного, в особенности – суицидный шантаж. При отрицании достигается принятие пациентом проблем, связанных с его аддикцией, проводится информирование без затрагивания личности пациента, что дает возможность ему самому сопоставить полученную информацию с происходящими событиями в его жизни.

Необходимо помочь пациенту отличать тестирование реальности от запугивания, согласованный с ним контроль от нарушения его прав; его надо стимулировать к нахождению альтернативных решений. Полезно участие в группе взаимопомощи, супружеская и семейная терапия.

Выделяют *садистический тип личности*, который начинается в ранней молодости. Садист приходит в восторг от сцен жестокости, ранений или пыток, он обожает оружие.

Развлекается или получает удовольствие, если другие испытывают психологические или физические страдания. Заставляет других делать то, что он хочет, запугивая и терроризируя их. Садизм, как правило, сочетается с мазохистскими чертами, особенно у женщин.

Садист получает удовлетворение не только от причинения боли своей жертве, но и от мазохистской идентификации с ней. Большое значение имеет чувство безнаказанности за нарушение культурного запрета на причинение боли и ощущение безграничной власти над объектом, что может вызывать сексуальное возбуждение. Садистические личности могут направляться на принудительное лечение; используются, в частности, аверсивные методы терапии, которые, впрочем, имеют кратковременный эффект.

Для **нарциссического расстройства** личности характерно преувеличение собственной значимости и повышенная озабоченность вопросами самоуважения, завышенные притязания, потребность в чрезмерном преклонении перед собой. Нарциссическая личность фиксируется на фантазиях о безграничном успехе, власти, уме, красоте или идеальной любви. Характерны жажда славы и богатства, импульсивное удовлетворение желаний и зависимость от ПАВ. Переоценка собственных возможностей и будущих доходов, способствует развитию такой актуальной аддикции, как кредитомания.

Лечение включает индивидуальную психотерапию, поддерживающую или ориентированную на формирование адекватной самооценки. Для преодоления защитного всемогущества применяется пошаговое обучение тестированию реальности и соотнесение своих возможностей и реальных событий. Важно сохранять самоуважение пациента, которое может пострадать от вмешательства терапевта, подчеркивать права пациента, избегать соперничества, обнадеживать. В процессе терапии достигается признание пациентом проблемности той модели взаимоотношений, которую он использует. В терапевтической группе пациент учится выносить на обсуждение свои слабости и недостатки. Полезны ролевые игры, направленные на тренинг обратной связи и эмпатии; в тяжелых случаях необходима терапия средой.

**Оппозиционно-вызывающее расстройство личности** отличается постоянной установкой к скрытому саботажу. Такой человек находит особое удовольствие в том, что портит удовольствие окружающим. Их негативные реакции на его поведение замыкают порочный круг. Этому расстройству часто сопутствуют синдром дефицита внимания и гиперактивности. Расстройство нередко сочетается с химической зависимостью. Повышен риск попытки самоубийства.

Применяется ассертивный и социально-психологический тренинг. Выраженное сопротивление терапии преодолевается с помощью парадоксальных предписаний, когда пациенту предлагают делать противоположное тому, чего от него добиваются. На суицидные угрозы следует реагировать не как на депрессивную реакцию по поводу утраты любви, а как на скрытую агрессию.

**Пораженческим (мазохистским) расстройством личности** чаще страдает женщины, для которых характерны следующие черты. Собственные успехи и другие положительные события в жизни вызывают у них подавленность и чувство вины, они реагирует на них неосознанным стремлением причинить себе боль. Провоцируют злобу или отвержение со стороны других, а затем чувствуют себя оскорбленными, побежденными или униженными. Они отвергают собственное удовольствие, игнорируя возможности его получения или не желая признать, что получили удовольствие. Постоянно стремятся принести себя в жертву, несмотря на противодействие и неодобрение партнеров. Вступают в связи, где заведомо будут только страдать. Нередко отрицают страдания, чтобы продемонстрировать свою выносливость к боли, всепрощение и неспособность заподозрить обидчика в плохих намерениях.

К мазохизму приводит сексуализация ситуаций, связанных с объективной опасностью. Агрессивная энергия, которая не получила разрядки в борьбе, может быть захвачена Суперэго и служить источником чувства вины (Гартман и др., 2000). Влечение мазохиста к страданию связано со стремлением повторить ранний болезненный опыт общения с матерью. Мазохист стремится к боли из-за того, что она ассоциируется с объектом любви, который раньше причинял боль.

При проведении динамической терапии укладывание пациента на кушетку подчеркивает доминирование терапевта; предпочтительнее положение лицом к лицу, избегание проявлений как всемогущества и превосходства, так и готовности к самопожертвованию, акцент на реальных отношениях и способности пациента улучшить свое положение. Если терапевт принимает на себя ответственность за несчастье такого пациента и пытается найти решение его проблем, он угрожает лишить пациента выгод от его обычной стратегии. В этом случае у «отвергающего помощь жалобщика» развивается негативная терапевтическая реакция: «Только попробуй помочь мне – станет хуже и мне, и тебе». Следует игнорировать попытки пациента привлечь к себе внимание своими страданиями и поддерживать его, когда он открыто отстаивает свои права.

В анализе невроза переноса акцент делается на осознании склонности пациента к подчинению и провоцированию партнера, пассивному сопротивлению контролю, использованию партнера с целью поддержания собственного депрессивного состояния, скрытому бунту, агрессии и упадку духа, маневрам, позволяющим избежать личной ответственности.

В работе с чувствами основное внимание уделяется таким запретным для пациента эмоциям, как чувство гнева и удовольствия. Они обычно прячутся за маской апатии или саботажа терапии. Переживания гнева и удовольствия блокируются страхом наказания и чувством вины. Терапевт должен вначале вскрыть и разрешить пациенту испытывать и выражать открыто чувства страха и вины, а затем – гнева и удовольствия. На заключительном этапе терапии акцент перемещается на работу с чувством печали по поводу первоначальной трагедии и упущенных, вследствие мазохистского стиля жизни, возможностей. В это время необходимо поощрять отказ пациента от желания отомстить за перенесенные в прошлом потери.

Динамическая терапия **депрессивной личности** направлена, в первую очередь, на поощрение вскрытия и отреагирования враждебных чувств, которые позволены с терапевтом в отличие от того, как это было с родителями. Необходимо поддерживать у пациента проявления эгоизма, соперничества, а иногда и оппозиции, интерпретируя их как победу над страхом и угодничеством. Важно признавать свои терапевтические ошибки и соглашаться с критикой пациента в свой адрес, чтобы помочь ему перейти из позиции «снизу» в положение «на равных».

Готовность пациентов к самокритике следует использовать для атаки их сурового Суперэго. Прохождение завершающей фазы терапии требует бережной работы со страхом разлуки, который связан у этих больных с детским переживанием необратимой сепарации или утраты. Применяется также групповая и межличностная (например, супружеская) терапия.

Важно, чтобы эти пациенты почувствовали искреннее расположение к себе. Суть психотерапии состоит в том, чтобы научить их уметь находить светлые стороны жизни в трудные минуты. Важно, чтобы устойчивые эмоциональные привязанности таких аддиктов были способны удерживать их от рискованного поведения. Также важно сформировать ресурсное поведение – чтобы вероятные конфликты с эмоционально-значимыми лицами не привели к новым рецидивам.

**Конформист** безгранично разделяет авторитетную точку зрения. Попад под влияние группы, такой человек легко спивается, втягивается в групповые правонарушения или становится адептом культа. Первичная выгода конформизма заключается в бегстве от личной ответственности, вторичная – в ожидании награды за свое верноподданничество. При этом конформист жертвует своими правами человека и самоуважением в обмен на групповую идентификацию и возможность занятия безопасной социальной высоты.

Пациенты обладают такими полезными для терапии качествами, как способность к искреннему раскаянию, нежелание причинять горе родным и близким. Важно выработать у пациента четкое осознание того, что его ценят в основном как безотказного компаньона и того, насколько его аддиктивное поведение тягостно для его семьи.

Такие аддикты обычно равнодушны к недирективным воздействиям, поэтому рациональные и разговорные виды психотерапии менее эффективны, чем эмоционально-стрессовые виды погружения в транс. Для преодоления защитной интроекции необходимо добиться разотождествления между чужими установками, принятыми когда-то без критики, и личностью пациента. Это помогает ему изменить свое отношение к ним и установить над ними сознательный контроль. Чтобы предотвратить характерную для этих личностей депрессивную реакцию во время осознания болезни, необходимо сразу же приступить к выработке стратегии выхода из создавшейся ситуации и включить пациента в терапевтическую группу.

### **3.6. Авторская концепция**

Для защиты от эмоциональной интимности аддикты используют стимуляцию инстинктов, подавление потребностей и уход от реальности. Этим способам соответствуют химические зависимости от стимуляторов, депрессантов и галлюциногенов. Аналогами зависимости от стимуляторов служат переедание, сексомания и коммуникативные аддикции; от депрессантов – голодание, компульсивная аутоагрессия, работоголизм и вещизм; от галлюциногенов – гемблинг, Интернет-зависимость, телемания и фанатизм.

#### **Классификация аддикций:**

**Химические аддикции:** к алкоголю, седативным, снотворным и противотревожным средствам (опиатам, барбитуратам, транквилизаторам, анальгетикам и антигистаминным препаратам), стимуляторам (кокаину, кофеину, амфетаминам, метилфенидату, МДПВ, никотину), галлюциногенам и ингалянтам (каннабиооидам, ЛСД, мескалину, псилобицину, эрготамину, циклодолу, астматолу, димедролу и летучим растворителям).

**Стимулирующие аддикции:** переедание, ониомания, компульсивное накопительство, клептомания, пиромания, перемежающееся эксплозивное расстройство, гемблинг, эротома-  
ния.

**Подавляющие аддикции:** голодание, аддикция упражнений, ургентная аддикция, имитируемое расстройство, созависимость.

**Виртуальные аддикции:** телевизионная и Интернет-зависимость, компьютерные иг-  
ры, идейный авантюризм, нигилизм, мифомания, болтаголизм, работоголизм, аддикция к  
духовным поискам, религиозный фанатизм и сектантство.

По аналогии с описанным в МКБ-10 синдромом зависимости F1.2 можно сформулиро-  
вать **диагностические критерии аддиктивного расстройства:**

В течение, по меньшей мере, 1 месяца (или, если менее месяца, то повторно в течение  
последнего года) в клинической картине должны быть совместно представлены три или  
более из приведенных ниже критериев:

- 1) компульсивная потребность в аддиктивных действиях;
- 2) снижение контроля за аддиктивными действиями (начало, окончание, количествен-  
ные параметры), характеризующееся увеличением стимулов и/или длительности проце-  
дуры и безуспешными попытками или сохраняющимся желанием остановиться;
- 3) соматический синдром отмены при снижении или прекращении стимуляции, смяг-  
чающийся при возобновлении аддиктивных действий;
- 4) повышение толерантности, снижение эффекта при прежнем уровне стимуляции, вы-  
зывающие необходимость усиления ее для достижения прежнего эффекта;
- 5) увеличение времени, затрачиваемого на организацию аддиктивного эпизода, проце-  
дуру и перенесение последствий, сопровождаемое сужением здоровой социальной актив-  
ности и интересов личности;
- 6) продолжение аддиктивного поведения, несмотря на наличие вредных последствий и  
знание пациента об этом вреде.

Для обоснования диагноза состояние должно соответствовать общим критериям аддик-  
тивного расстройства, для уточнения ведущего синдрома и стадии течения необходимо  
соблюдение клинических критериев, специфических для данной аддикции.

Перечисленные симптомы преобладают в клинической картине и не могут быть объяс-  
нены лучше другим расстройством. Могут быть выявлены специфические изменения  
ц.н.с. В расстройство включаются психические и поведенческие расстройства вследствие



употребления психоактивных веществ F1 и расстройство привычек и влечений F63. Исключается обсессивно-компульсивное расстройство F42.

В легкой форме аддиктивное расстройство включает тягу к веществу или определенной деятельности, гедонистический оттенок, компульсивность и чрезмерность в реализации влечения, толерантность, сниженную способность контролировать аддиктивное поведение и невозможность отказаться от него, несмотря на вредные последствия.

В умеренно выраженной форме добавляются симптомы отмены и изменение поведения и образа жизни, обусловленные доминированием аддиктивных потребностей над всеми остальными.

В выраженной форме в дополнение к вышеперечисленным симптомам отмечаются признаки личностного снижения и психосоматические расстройства, переносимость вещества может уменьшиться.

Легко выраженное аддиктивное расстройство проявляется в невротической форме, умеренно выраженное – в психопатической форме, выраженное – в психотической, психоорганической, соматической. Химические аддикции проявляются во всех трех формах, поведенческие – в первых двух.

Зрелая личность – это система стабильных реалистичных отношений, аддикт же – человек состояний. Объект аддикции выполняет функцию смертельного врага, которого можно победить, только забрав его силу. Выход живым из запоя или из ломки – полпобеды. Воздержание и тем более согласие на лечение – поражение.

При компульсивной форме аддикции важным терапевтическим фактором является способность пациента признать свою зависимость и желание освободиться от нее. При импульсивной форме аддикт отрицает свою зависимость и не способен на конструктивную мотивацию к терапии.

**Уровни мотивации к психотерапии** (они могут меняться даже в течение одной сессии):

1. Конструктивный – с готовностью ответственно сотрудничать в терапии.
2. Симптоматический – с мотивацией лишь на улучшение состояния.
3. Манипулятивный – попытка использовать терапию для улучшения отношений к себе участников конфликта и других выгод.
4. Иждивенческий – с перекладыванием на терапевта всей ответственности за результат терапии.
5. Демобилизующий — с отказом от психотерапии, оппозицией и саботажем терапии.

Традиционно терапевтической мишенью является тяга к объекту аддикции. С учетом вышеприведенной классификации необходимо учитывать функцию данного объекта на всех уровнях: биологическом, психологическом, экзистенциальном. В соответствии с этим авторская программа психотерапии состоит из следующих этапов.

1-й период – диагностический. Клиническая оценка аддиктивного расстройства, уровня терапевтической мотивации и позиции ближайшего окружения. Оценка актуального уровня функционирования личности, его максимума в лучшие времена и возможностей компенсации или роста, если его требует ситуация. Выявление неосознанных блокированных потребностей и опасений, связи текущих конфликтов с неоплаканными утратами и неотреагированными обидами.

2-я стадия – пробная терапия. Заключение предварительного терапевтического договора. Оценка реакции на воздержание. Выявление неосознаваемого конфликта между неудовлетворенными эмоциональными потребностями и блокирующими иррациональными установками. Выявление возможностей и ограничений, ресурсов самопознания и развития личности. Развитие терапевтического союза. Выбор метода психотерапии. Выработка мотивации к семейной и групповой терапии. Коррекция терапевтического договора.

3-я стадия – рабочая. Мобилизация конструктивных ресурсов пациента и его ближайшего окружения. Адекватный самоконтроль вместо компенсаторного стремления контролировать объект аддикции и свою независимость от него. Поддержка усилий по преодолению тяги. Осознание примитивных и незрелых защит, проявляющихся в компульсивном поведении. Эмпатическая поддержка в моменты неприятия себя. Укрепление позитивных качеств личности. Поддержка в выборе между примитивными, незрелыми и зрелыми защитами. Коррекция неадаптивных установок. Мобилизация веры во врожденные конструктивные силы. Замена вредной аддикции полезным увлечением. Выработка мотивации к тренингу навыков адаптации. Тренинг более зрелых защит в индивидуальных сессиях, групповом и семейном (супружеском) формате. Выработка и закрепление новых форм поведения. Взятие ответственность за себя без страха наказания. Укрепление самостоятельности и эмпатии. Организация более зрелых отношений с окружающими, отказ от аддиктивной компании.

4-я фаза – завершение. Проработка страха разлуки, оживления иждивенческих ожиданий, опасений ухудшения состояния. Творческие планы, их практическое обеспечение, организация полнокровной жизни. Взятие обязательств. Планы на случай рецидива.

Пробные периоды самостоятельности. Прощание с подведением итогов и подчеркиванием вклада клиента.

В ходе терапевтического процесса пациент вместе с терапевтом, а также с участниками семейной и групповой терапии вскрывает свои внутренние конфликты, пересматривает прошлое, планирует работу над собой, находит ресурсы в себе и взаимоотношениях, начинает тренировать недостающие навыки, отслеживает положительные изменения, формирует новые вкусы и ценности, организует новые значимые отношения. Он начинает искать смысл жизни не столько в получении удовольствий и избегании неприятностей, сколько в личностном, социальном и духовном росте.

## **Глава 4. АЛКОГОЛИЗМ**

Алкоголизм (F10) – хроническая болезнь, развивающаяся вследствие длительного злоупотребления алкоголем с патологическим влечением к нему, обусловленным психической, а затем и физической зависимостью. Хроническое отравление алкоголем и вызванные им нарушения обмена могут вызывать психозы. На конечной стадии алкоголизма развивается слабоумие.

Генетические предпосылки его развития наиболее сильны для сына, отец которого страдал алкоголизмом, независимо от того, в какой семье ребенок воспитывался. Группу наивысшего риска составляют дети пьющей матери. В группу повышенного риска входят подростки – злостные прогульщики, исключенные из школы хулиганы, дети, выросшие в дисфункциональных и неполных семьях, где наблюдается алкоголизм, жестокость, безнадзорность.

С учетом количества употребляемого алкоголя построена распространенная классификация (Дунаевский, Стяжкин, 1991):

- Трезвость: до 100 гр. вина два – три раза в год.
- Случайное употребление алкоголя: 50–150 гр. в пересчете на водку от одного раза в 2–3 месяца до 1-2 раз в месяц.
- Умеренное употребление алкоголя: 100–300 гр. водки 1-4 раза в месяц.
- Систематическое пьянство: 200–400 гр. водки 1-2 раза в неделю.
- Привычное пьянство: 500 гр. водки 2-3 раза в неделю без клинически выраженных нарушений.

#### **4.1. Клинические формы**

Алкоголь в малых дозах обладает стимулирующим эффектом, с увеличением дозы он вызывает возбуждение и гиперактивность, а в очень больших дозах оказывает чисто седативный эффект.

Признаки, входящие в синдром психической зависимости (Антропов и др., 2014):

1. Не вполне осознаваемый поиск поводов для организации застолья.
2. Поиск людей, с которыми «полагается» выпить (старые друзья и др.).
3. Смущение и неудобство в разговорах с близкими и знакомыми о проблеме употребления и злоупотребления спиртными напитками.
4. Почти все, что привлекает внимание, напоминает об алкоголе.
5. Ощущение замедленного течения времени.
6. Оживление при обсуждении предстоящей выпивки.
7. Повышенная инициатива часто с элементами суетливости в подготовке к предстоящему застолью.
8. Активность в действиях, направленных на устранение возможных препятствий к алкоголизации.
9. Чувство психологического комфорта в состоянии опьянения.
10. Перепады настроения.
11. Подавленность и раздражение в трезвом состоянии.
12. Эпизодическое чувство безотчетной тревоги и вины.
13. Алкогольные сновидения.
14. Появление в разговорах постоянной алкогольной тематики.
15. Недостаточность рационального элемента в суждениях, имеющих отношение к алкогольной проблеме.
16. Использование алкогольных речевых штампов.
17. Категорически отвергается и не рассматривается употребление алкоголя как причина появившихся трудностей.
18. «Непроницаемость» к доводам рассудка при обсуждении алкогольных проблем.
19. Вина за возникновение трудностей и конфликтов возлагается на других.
20. Враждебное отношение к лицам «навязывающим» трезвость.
21. Легкость и частота обещаний прекратить выпивки (больные сами верят в свои обещания), которые не выполняются.
22. Неполное осознание или отрицание алкоголизма.

### 23. Легко возникающие состояния непсихотического сужения сознания.

**Классификация** алкоголизма. Широко распространенной является клиническая классификация Еллинека (по: Короленко, Дмитриева, 2000), который выделил следующие формы А-зависимости. *Альфа* – психологическая зависимость, при которой алкоголь используется как средство снятия физического или душевного напряжения («пьянство ухода, бегства»). *Бета* – «соматопатическое пьянство». У больных появляются расстройства внутренних органов и сосудистые нарушения, снижается сопротивляемость инфекционным и онкологическим заболеваниям. Они страдают от недостаточности питания, связанной с употреблением алкоголя, т.к. он дает калории, но не имеет пищевой ценности. Больные пьют, когда есть повод или когда не могут устоять перед соблазном; зависимость формируется медленнее, чем у предыдущего типа.

*Гамма* – «злокачественный тип алкоголизма», при котором сочетается психическая и физическая зависимость. Повышается толерантность, появляется абстинентный синдром; признаки предыдущих форм необязательны. Больные способны долго воздерживаться от выпивки, но, начав пить, теряют контроль.

*Дельта* – больные имеют сильную психическую и физическую зависимость, поддерживают постоянную концентрацию алкоголя в крови в течение дня. Контроль над дозой сохраняется, но нет возможности воздерживаться от выпивки. Толерантность повышена, абстинентный синдром развивается даже при кратковременной отмене. Распространен в винодельческих странах и среди любителей пива. *Эпсилон* – запойное пьянство с периодами воздержания до нескольких месяцев (дипсомания, от греч. *dipsa* – жажда). Запой обычно возникает в конце недели, месяца («с получки»). Пьют зачастую много дней подряд, в большом количестве.

Короленко и Диковский (1972) предложили классификацию А-зависимости, которая отличается от вышеприведенной исключением Бета – формы и добавлением следующих форм. *Дзета* – мягкий вариант Гамма – формы (потеря контроля наступает в средней стадии опьянения, симптомы похмелья снимаются небольшими дозами алкоголя). *Эта* – состоит из неалкогольной части (аддикция отношений с участием в группе по интересам) и скрытой алкогольной части (алкогольный ритуал облегчает взаимодействие членов группы, психологическая и физическая алкогольная зависимость развиваются медленно). *Йота* – алкоголь заглушает невротические страхи (фобии, приступы паники и ожидание сексуальной неудачи).

Психическую зависимость помогают обнаружить такие вопросы: Ожидаете ли Вы с нетерпением конца рабочего дня, чтобы выпить и расслабиться? Ловите ли вы себя на том, что ждете конца недели, когда можно немножко гульнуть? Замечаете ли вы, что мысль о выпивке врывается иногда в Ваше сознание в самый неподходящий момент, когда вам нужно думать о чем-то другом? Не появляется ли у Вас потребность «принять на грудь» в определенное время суток? О повышении выносливости к алкоголю судят на основании следующих вопросов: Изменилась ли ваша личная доза алкоголя, от которой вы пьянеете? Не находите ли вы, что можете пить больше других и при этом не пьянеете? Гордитесь ли вы тем, что можете выпить больше других?

Физическую зависимость можно диагностировать, если человек продолжает употреблять алкоголь в больших количествах, несмотря на одно или несколько перечисленных ниже обстоятельств. 1. Нарушение важных для него взаимоотношений (например, супружеских), происшедшее, по мнению партнера или самого пьющего, из-за пьянства. 2. Потеря работы из-за пьянства. 3. Два или более привода в полицию, связанные с употреблением алкоголя. 4. Наличие признаков ухудшения здоровья, включая алкогольный абстинентный синдром, сердечную патологию, цирроз печени, полиневрит.

Для диагностирования хронического алкоголизма необходимо выявить четыре или больше признаков из перечня в восемь пунктов: постоянные мысли об алкоголе; повышение выносливости к алкоголю; быстрое поглощение алкоголя; употребление алкоголя в одиночку; употребление алкоголя в качестве универсального лекарства; покупка алкоголя про запас; не планируемая выпивка; выпадение из памяти момента окончания выпивки.

Больного спрашивают, в какой форме происходит алкоголизация, постоянно или эпизодически, когда, где и с кем, в качестве допинга или «за компанию». Выясняют, сколько времени занимает поиск спиртного, его употребление, воздержание, возврат к норме. Как отражается употребление алкоголя на социальной и трудовой сфере, каким образом больной достает спиртное и сколько тратит на него, употребляет ли другие ПАВ, какие и каким образом. Часто ли пьет по утрам, бывают ли провалы в памяти. Насколько часто близкие просили его бросить пить. Бывали ли несчастные случаи (травмы головы, переломы ребер, автомобильные аварии), драки, прогулы, попадания в вытрезвитель, милицию, какие социальные и семейные проблемы существуют у больного.

#### **4.2. Рецидивы**

В течение первого года терапии рецидивы наблюдаются в 75 % случаев. Для профилактики рецидива важное значение имеют следующие признаки риска срыва у бывшего пациента (Королев, 2000).

1. Внутренние предупреждающие признаки срыва. В этой фазе выздоравливающий чувствует внутреннюю неспособность функционировать нормально и испытывает различные трудности.

1.1. Трудности с ясным мышлением.

1.2. Трудность контроля над чувствами и эмоциями: быстрая переменчивость, колебания настроения либо вспыльчивость.

1.3. Трудности с памятью, когда сложно удержать в памяти цифры, события и даты.

1.4. Трудности контроля над стрессом: гиперреакция на обычные раздражители.

1.5. Трудности с полноценным сном: долгое засыпание, прерывистые, тревожные или кошмарные сны, раннее пробуждение.

1.6. Трудности с физической координацией: частые порезы, мелкие ожоги (например, сигаретами), спотыкания.

1.7. Чувства стыда, вины, безнадежности без видимой причины.

2. Возвращение отрицания. В этой фазе выздоравливающий становится неспособным признать и честно рассказать другим о том, что он думает или чувствует.

2.1. Возрастает озабоченность самочувствием: физический дискомфорт, самолечение различными таблетками, многократные медицинские обследования.

2.2. Вслед за этим появляется отрицание озабоченности самочувствием: на расспросы окружающих о причинах изменения поведения больного дается стандартный ответ: «все нормально».

3. Избегание и защитное поведение. В этой фазе человек не хочет думать ни о чем, что может вызвать возврат болезненных или беспокоящих его эмоций. Когда ему задают прямые вопросы о самочувствии, он уклоняется от честного ответа. Появляются следующие признаки:

3.1. Слепая убежденность больного в том, что он никогда не будет пить.

3.2. Склонность переживать за других вместо того, чтобы беспокоиться о себе.

3.3. Нарастание защитного поведения: уход от прямой оценки и осознания своего самочувствия и жизненных проблем, тенденция переводить разговоры на другую тему.

3.4. Компульсивное поведение: появление навязчивых мыслей о возможности употребления алкоголя, «случайные» формы поведения, предрасполагающие к употреблению спиртных напитков, появление в местах застолий, празднеств, восстановление связей с пьющими приятелями, возможно приобретение и хранение алкоголя.

3.5. Импульсивное поведение: проявление тенденций к неуправляемым, эмоциональным, неосознанным поступкам.

3.6. Склонность к одиночеству и избеганию привычных человеческих связей с одновременным болезненным переживанием своей изоляции.

4. Нарастание кризиса. В этой фазе человек начинает сталкиваться с многочисленными жизненными проблемами, вызванными отрицанием личных чувств, самоизоляцией и пренебрежением программой выздоровления. Даже если он хочет решить их и упорно работает над этим, на месте одной проблемы появляются две новые.

4.1. Туннельное видение: резко ограничивается способность видеть в жизни что-либо, кроме своих проблем, неприятностей, неудач. Исчезает чувство перспективы, способность планировать будущее, появляется ощущение безнадежности.

4.2. Субдепрессия: хроническое чувство подавленности, апатия, неудовлетворенность своим настоящим, осуждение своего прошлого, мысли о бессмысленности будущего.

4.3. Паралич перспективы: попытки конструктивного планирования своей жизни оказываются тщетными из-за потери ощущения перспективы, неверия в себя, отсутствия самоуважения и жизненной энергии.

4.4. Планы и попытки что-либо сделать или изменить оканчиваются неудачей, что еще больше подрывает самооценку больного, его уважение к себе, усугубляет все симптомы этой фазы. Процесс становится самоподдерживающимся.

5. Иммобилизация (функциональный жизненный паралич). В этой фазе человек не способен начать что-либо. Его «несет» по жизни; вместо того, чтобы управлять жизнью, он сам управляет ею. Для этой фазы типичны:

5.1. Мечтательность, а точнее, уход в беспочвенные фантазии о «чудесном повороте судьбы», «волшебном средстве» или «могущественном спасителе».

5.2. Ощущение невозможности найти выход из сложившейся ситуации, чувство бессмысленности и безнадежности своих попыток что-либо изменить.

5.3. Незрелое (инфантильное) желание стать счастливым – немедленно, безгранично и навсегда.

6. Замешательство и чрезмерная реакция. В этот период теряется способность мыслить ясно. Человек недоволен собой и окружающими, становится раздражительным и неадекватно реагирует на незначительные события.

6.1. Появляются периоды замешательства, т.е. дезорганизации мышления и поведения, что говорит о нарастании хаоса мыслей и чувств.



6.2. Нарастает раздражение по отношению к близким по незначительным поводам.

6.3. Чрезмерная возбудимость становится повседневным состоянием.

7. Депрессия. В этот период человек из-за сниженного настроения испытывает трудности с поддержанием обычного распорядка дня. Временами могут появляться мысли о самоубийстве, употреблении алкоголя или наркотиков для улучшения настроения. Депрессия является тяжелой и неотступной, больной не может игнорировать и скрывать ее от окружающих. Нарастают следующие признаки:

7.1. Чередование приступов переедания и отсутствия аппетита.

7.2. Отсутствие желания что-либо предпринимать, доходящее до полной апатии.

7.3. Бессонница сочетается с дневной сонливостью.

7.4. Полностью распадается обычный режим дня, человек выпадает из привычного ритма жизни.

7.5. Периоды глубокой депрессии длятся по нескольку дней.

8. Утрата контроля над поведением. Человек становится неспособным контролировать или регулировать свое поведение и распорядок дня. Он отрицает или не осознает в полной мере утрату контроля над ситуацией. Поведение человека становится беспорядочным во всех сферах жизни и выздоровления. Типичные признаки этой фазы:

8.1. Нерегулярное посещение собраний Анонимных Алкоголиков и назначенных приемов у врача-консультанта.

8.2. Появление безнадежности: «Все равно ничего не изменишь».

8.3. Открытый отказ от помощи: «Оставьте меня в покое, мне уже ничто не поможет».

8.4. Крайняя степень неудовлетворенности жизнью во всех ее сферах, вплоть до ненависти к самому себе.

8.5. Постоянное чувство бессилия и беспомощности перед лицом происходящего.

9. Признание утраты контроля. Часто внезапно отрицание разрушается, и человек неожиданно осознает, насколько тяжелы его проблемы и какой неуправляемой стала его жизнь, как мало у него сил и контроля для решения любой из этих проблем. Это осознание является крайне болезненным и пугающим. К этому времени человек уже настолько изолирован, что, ему кажется, нет никого, к кому можно было бы обратиться за помощью.

9.1. Жалость к себе нарастает, душевная боль становится невыносимой.

9.2. Мысли о «контролируемом» употреблении алкоголя делаются отчетливыми.

9.3. Сознательная ложь самому себе и окружающим становится обыденной.

9.4. Полная потеря уверенности в себе приводит к появлению ощущения безнадежности.

10. Сужение выбора. Человек чувствует себя охваченным болью и неспособным управлять своей жизнью. Ему представляется, что существует только три выхода: безумие, самоубийство или пьянство. Он больше не верит, что кто-то или что-то может ему помочь.

10.1. Непомерное чувство обиды на всех и вся, в том числе и на себя.

10.2. Прекращение всякого лечения и членства в обществе Анонимных Алкоголиков.

10.3. Всепоглощающее ощущение одиночества, болезненное чувство неудовлетворения своих основных потребностей или большинства из них, гнев на всех и по любому поводу, невыносимое эмоциональное напряжение.

10.4. Утрата поведенческого контроля: поведение практически не контролируется и не осознается; человек механически следует внешним стимулам, а не реагирует на них осознанно.

11. Активный срыв. Возврат к употреблению алкоголя или соматическая болезнь, либо эмоциональный коллапс.

11.1. Возврат к «контролируемому» употреблению («От ста грамм ничего не будет»).

11.2. Стыд и вина за употребление алкоголя нарастают, усугубляя тяжесть симптомов.

11.3. Потеря контроля над употреблением: возобновление запоев и похмелья.

11.4. Жизненные трудности и проблемы со здоровьем возвращаются в умноженном виде.

### **4.3. Психология алкоголизма**

Седативный эффект и доступность алкоголя делают его наиболее распространенным средством борьбы с тревогой, депрессией и бессонницей. Алкоголь дает ощущение тепла, защищенности, уверенности и, таким образом, выполняет функции семьи. Имеется определенная семейная модель алкоголизма. В семье алкоголиков доминирует мать, которая культивирует в ребенке инфантильные черты и проецирует на него нежелательные качества, потворствует ему и в то же время недостаточно удовлетворяет его потребности. Установлено, что каждая вторая жена алкоголика знала о его пьянстве еще до брака, каждая третья вдова А-зависимого вновь выходит замуж за алкоголика.

Наиболее подвержены алкоголизму антисоциальные и зависимые личности, незрелые, внушаемые, склонные к дистимии, с повышенной потребностью во власти и чувством неспособности достигнуть поставленной цели. По теории научения первые опыты употреб-

ления алкоголя, связанные с преодолением тревожности («выпить для храбрости»), играют роль оперантного обусловливания, когда поведение определяется предвидением его результатов и последствий. Благодаря эйфоризирующему эффекту алкоголя это предвидение становится оптимистичным, подбадривающим.

Во взаимоотношениях А-зависимые могут быть подчеркнута зависимы или наоборот, демонстрировать свою независимость. Они впечатлительны и внушаемы, склонны к образному восприятию, неаналитическим формам мышления. Алкоголь разрушает способность к сублимации, которая у аддиктов и без того нарушена.

Выделяют (Шайдукова, 2008) три психологических типа женщин, страдающих алкоголизмом: фемининно-асоциальный, маскулинно-социопатический, фемининно-конформный. При *фемининно-асоциальном типе* преобладающими являются такие черты, как: возбудимость, агрессивность, неустойчивость настроения, импульсивность, снижение контроля над своими действиями, потворство желаниям, отсутствие твердых жизненных установок, плохое самопонимание, отсутствие критического отношения к своим поступкам, легкомыслие. При *маскулинно-социопатическом типе* доминируют следующие черты: прямолинейность, грубость, решительность, склонность к риску, отсутствие сентиментальности, склонность к безапелляционности суждений. При *фемининно-конформном типе* обнаруживаются: покорность, подчиняемость, внушаемость, склонность к компромиссам и соглашательству. Алкогольное поведение формируется при различных типах неодинаково.

При первом типе отмечается спаянность алкогольного поведения с сексуальной зависимостью от партнёров, готовность к сексуальным эксцессам. При втором – алкоголизация сопровождается лихачеством и мотивируется проверкой своих возможностей, доказательством своих сил, утверждением равноправия с мужчинами – членами компании. При третьем – основой алкогольного поведения становится конформность, стремление неукоснительно следовать семейным традициям, характерному для их мужей алкогольному паттерну поведения.

Берн (2008) проанализировал распространенную игру «Алкоголик», основанной на «*драматическом треугольнике*», в котором каждый игрок попеременно занимает одну из 3 позиций: Преследователь, Жертва и Спаситель. Главной целью алкоголика является попытка состоянием похмелья с самобичеванием. За этим следует психологическое вознаграждение: выпивка как приятная процедура, как утешение и бунт, как замена сексуальной и эмоциональной близости.

В день получки муж приходит пьяный, без зарплаты и устраивает дома дебош, играя роль Преследователя (а жена – Жертвы). Происходит ссора с женой, где на биологическом уровне идет обмен проявлениями гнева и любви, а на экзистенциальном – подкрепляется позиция: «Все против меня». Наутро муж мучается с похмелья, испытывает чувства стыда и вины и исполняет роль Жертвы, вымаливая прощение жены, которое временно освобождает его от мук совести. Жена вначале находится в роли Преследователя, а простив и дав похмелиться – в роли Спасителя.

Очевидно, что Преследователь и Жертва нуждаются друг в друге для садомазохистских созависимых отношений, при этом Жертва-алкоголик использует готовность Спасительницы-жены самоутверждаться за его счет. Со временем алкоголик все больше подрывает свою самооценку и впадает в зависимость от жены. Когда ей, наконец, удастся привести мужа лечиться, для нее это передача роли Спасителя профессионалу, а для мужа – ее предательство и появление совсем уже безжалостного Преследователя.

Клод Штайнер (2003, 2004) описывает три игры, в которые играют А-зависимые: «Пьяный и гордый», «Выпивоха» и «Забулдыга». В игре «Пьяный и гордый» нет Спасителя, а Преследователь превращается в Простака, когда обнаруживает свое бессилие и глупость, согласившись поверить алкоголику «в последний раз». К психотерапевту такой алкоголик обычно приходит под конвоем жены, он ругает себя и хвалит терапевта. Когда он напивается, то празднует победу в любом случае: если терапевт будет его ругать, значит, он Преследователь, и надо пить ему назло; если он простит, то он Простак, и можно не обращать на него внимания. Выходом из игры является заключение терапевтического контракта и безусловное его соблюдение.

Игра «Выпивоха» (точнее эту игру можно было бы назвать «Искатель приключений») разыгрывается на три роли: Алкоголик, Спаситель – брачный партнер и терапевт (часто он же Простак) и Посредник (он может быть подстрекателем, собутыльником, кредитором). В этой игре А-зависимому не хватает супружеской ласки, он выпивает дома и затем уходит искать сексуального партнера. В эту депрессивную игру чаще играют женщины балзаковского возраста, которым может помочь супружеская терапия или развод.

В игре «Забулдыга» А-зависимый разрушает себя, провоцируя блюстителей закона помещать его в тюрьму или врачей – в больницу. Они играют роль Посредников, от которых он получает помощь только в том случае, если окажется на грани смерти – значит, у этих людей мало сочувствия. Эта игра возможна, пока карающая и медицинская модель не сменится социально-психологической.

В соответствии с транзактным анализом, *Родительская позиция* личности содержит различные, зачастую противоречивые предписания авторитетных фигур детства. Эти предписания актуализируются в разных ситуациях, влияя на отношение человека к алкоголизации. *Детская позиция* относится к алкоголю с восторгом и страхом; алкогольная эйфория позволяет избавиться от многих запретов, беззаботно наслаждаться жизнью прямо сейчас. В то же время, алкоголизация может оживить ситуацию, когда пьяный напугал ребенка или напомнить строгий запрет родителя на употребление алкоголя. *Взрослая позиция* содержит различный опыт: в малых дозах алкоголь повышает аппетит и настроение, снимает напряжение, облегчает общение; опьянение чревато различными неприятностями, а частое потребление алкоголя ведет к алкоголизму. На первом этапе опьянения обычно преобладает Ребенок, на втором – критический Родитель. В любом случае А-зависимому удастся избегать Взрослой позиции со свойственной ей трезвой оценкой реальной жизни и поведения пьющего (Макаров, Макарова, 2002).

И.С. Павлов (2012) выделяет основные механизмы психологической защиты у А-зависимых. *Рационализация* помогает им сохранять «лицо» («пью, потому что тонко чувствую несправедливость»). *Вытеснение* способствует игнорированию, вплоть до нелепого *отрицания*, фактов, которые противоречат алкогольным установкам («пью не больше других»). К этой защите склонны неустойчивые и инфантильные личности. Более сложно организованную личность длительное вытеснение реальности может разрушить. *Проекция* позволяет приписывать вытесненные недостатки другим людям («Все плохое от них, я хороший»). *Девальвация* лишает ценности позитивные альтернативы пьянства («Всё не так, ребята!»). *Изоляция* защищает не только от неприятных переживаний, но и от позитивного эмоционального компонента жизненных ценностей, конкурирующих с пьянством. Крайняя выраженность изоляции эмоций – резонерство А-зависимых («главное – спокойствие!», «истина – в вине» и т.п.). *Всемогущество* защищает больного от признания своих малых возможностей («Все могу, только денег на водку не хватает»). *Реактивное образование* обычно проявляется в форме экстравагантной культурности, предупредительности после запоя или какого-то проступка. Во внутреннем мире подчеркнутая «уважительность» заменяет вытесненный эгоизм, в межличностных отношениях позволяет избежать критики.

#### **4.4. Этапы психотерапии**

В.А. Рязанцев (1983) приводит показания к различным формам психотерапии А-зависимых.

1. Рациональная психотерапия (разъяснение, убеждение, обоснованные предписания и др.) показана: а) лицам, не осознающим свое заболевание; б) больным, у которых поводом к алкоголизации явилась психотравма («обиженные», разочарованные); в) скептически относящимся к лечению («малoverы» с хорошо развитым интеллектом); г) личностям с комплексом неполноценности (трудно адаптирующиеся, неудачники, несостоявшиеся карьеристы, потерявшие семью и др.).

2. Директивная (императивная) психотерапия показана: а) неспособным к рефлексии; б) нетребовательным, без особых претензий личностям; в) легко подчиняющимся постороннему влиянию, инфантильным; г) подчиняющимся приказам (конформные исполнители, «дети среды», «солдаты жизни», «люди приказа»).

3. Социальная психотерапия показана: а) нуждающимся в изменении социального положения (перемене профессии, места работы, жительства, изменении семейных и производственных отношений); б) нуждающимся в изменении микросреды (круга знакомств); в) нуждающимся в активной общественной деятельности (ищущие признания, «общественные лидеры»).

4. Опосредованная психотерапия (с помощью общеукрепляющих препаратов, антабуса и его пролонгов, поддерживающей психотерапии) показана: а) доверчивым, мягким, легко внушаемым, боязливым; б) «инфантильным малoverам», «педантам» с тревожно-боязливым складом характера; в) нуждающимся в «психологических костылях», водительстве, «химической изоляции» («чтобы что-то было»).

5. Психологическая терапия показана нуждающимся: а) в самовоспитании; б) в педагогической коррекции; в) в самоусовершенствовании (учеба, повышение квалификации; расширение кругозора и пр.); в) в отвлечении, переключении направленности (освоение ремесел, увлечение творчеством и т.д.).

О.Ф. Ерышев (2004) описывает четыре этапа психотерапии А-зависимых. 1. Подготовка к активному лечению. Устанавливается контакт, формируется мотивация к лечению. 2. Активная антиалкогольная терапия в период становления ремиссии. Вырабатывается установка на трезвость, достигается понимание и принятие факта зависимости от алкоголя, корректируются нарушения личности и модели поведения, поддерживающие алкогольную зависимость. 3. Поддерживающая терапия в период стабилизации ремиссии. Осуществляется поддержание личностной и социально-психологической компенсации. 4. Терапия личностных расстройств в период сформировавшейся ремиссии (по показаниям). Корректируются индивидуальные особенности личности, затрудняющие ее актуализацию.

**Первый этап психотерапии.** К специалисту обычно обращается член семьи аддикта, и прежде всего следует выяснить у него ряд моментов. Какова природа актуального кризиса? Каково эмоциональное состояние семьи на данный момент? Какова история или сценарий употребления, включая периоды трезвости? Какова история предшествующего лечения, попыток вмешательства со стороны семьи? Какова степень пособничества и созависимого поведения в семье?

В случае отказа пациента от лечения применяют следующие приемы (Зайцев, 2005) :

*«Лечение мамы (жены)».* Мама (жена) может пожаловаться А-зависимому на ухудшение ее здоровья, связывает с тем, что она болезненно реагирует на его выпивки. При этом, «подыгрывая» аддикту, она говорит: «Может, ты и вправду выпиваешь как все, а я слишком болезненно реагирую. Врач сказал, что поможет мне спокойно относиться к твоим выпивкам. Но он поставил условие — чтобы ты присутствовал. Сядешь в уголке и молча слушаешь, как меня лечат, а потом будешь пить, как и раньше, или как захочешь, но я не стану тратить свое здоровье на это, не буду кричать и ругаться». Если больной соглашается, то врач выполняет следующий этап — разговаривает с мамой таким способом, что у сына появляется желание лечиться и жить трезво.

*«Ты мне — я тебе».* Ты мне сходишь на консультацию врача, а я тебе за это... (испеку любимое блюдо; оплачу один из твоих долгов и т.д.). Жена или мама всегда знают слабые стороны больного и могут чем-то заинтересовать его.

*«Из уважения».* Мама или жена могут попросить больного обратиться на консультацию из уважения к ним: «Я для тебя немало делаю, так и ты сходи к врачу из уважения ко мне, если я для тебя хоть что-то значу. Послушай, что скажет врач, а потом поступай как знаешь».

*«На спор».* Если больной человек самоуверенный и азартный, он попытается на спор пить меньше, но вскоре ему придется допивать все что, не было допито за это время. Следует кризис в жизни пациента (со здоровьем, на работе, в семье и т.п.), он проиграет пари и в соответствии с его условием обратится за помощью к врачу.

*«Направление другого врача».* Например, кардиолог направляет больного на консультацию психотерапевта по поводу табачной и алкогольной зависимости. На приеме больной пытается свести все к вреду курения. Но сопровождающая его жена или мать высказывает обеспокоенность его алкоголизацией. Врач выясняет подробности и объясняет, что зависимость от никотина и зависимость от алкоголя — это по сути разные варианты

одной и той же болезни. Врач рассказывает о ней таким образом, что у больного появляется желание начать терапию.

*«Обучение умеренному употреблению ПАВ».* Мама (жена) может предложить больному обратиться к врачу, который, как хотелось бы аддикту, обучит его умеренному употреблению ПАВ. На консультации врач обнаружит у пациента признаки зависимости и с достаточным обоснованием предложит отказаться от ПАВ полностью.

*«Использование момента».* Во время абстиненции больной сильно страдает и может согласиться на консультацию врача. В процессе консультации врач проводит частичную коррекцию созависимости в расчете на то, что больной согласится на лечение если не потому, что произойдет осознание механизмов болезни, то потому, что родные и близкие исправят свое поведение и станут действовать более последовательно, рационально и эффективно.

**Становление ремиссии.** Как указывает О.Ф. Ерышев (2004), специфической трудностью терапии является отрицание больным наличия у себя алкогольной зависимости. После достижения ее признания больным терапия вступает во вторую фазу – отрицания каких-либо проблем, кроме алкоголизма. С целью преодоления отрицания болезни авторы используют механизм проекции, который помогает пациенту идентифицировать себя с другими больными и назвать себя «алкоголиком». После первой, обычно негативной реакции такой ярлык на первом этапе терапии оказывает на больного положительное воздействие, так как предоставляет ему удобную объяснительную систему событий прошлого и четко определяет возможные перспективы будущего, показывает, какие действия необходимы для того, чтобы в жизни произошли желаемые изменения.

С помощью проективных рисунков, групповых дискуссий, во время встреч с бывшими пациентами психотерапевт добивается того, чтобы больной с привычной для него категоричностью четко разграничил два стиля жизни: «Когда я пил» и «Теперь, когда я не пью». Это помогает принять новую самоидентификацию – «непьющего алкоголика». Смена идентификации проходит следующие стадии: я – алкоголик; у меня есть болезнь – алкоголизм; алкоголизм лишает меня свободы, управляет моей жизнью; алкоголизм – только часть меня, он не захватил меня полностью; алкоголизм – мой враг, я хочу справиться с ним; я знаю, как справиться с алкоголизмом; я – непьющий алкоголик, и в этом есть свои преимущества.

Шаги избавления от алкоголизма по методу Г.А. Шичко (Губочкин и др., 2006).



1-й шаг — фотография. Надо сфотографироваться до начала лечения, на 10-й, 30-й и 100-й день. Периодически сравнивать фотографии, чтобы убедиться, как сильно отличается внешность убежденного трезвенника от типичного вида хронического пьяницы.

2-й шаг — описание алкогольного образа жизни. Пациент составляет исчерпывающее письменное описание собственной жизни с момента первой выпивки. Надо осветить ощущения от первых доз спиртного, реакцию близких, физические страдания, материальные утраты, неприятности в процессе работы или учебы, проблемы со здоровьем. Два раза в неделю следует вдумчиво перечитывать эту алкогольную автобиографию, дополнять ее опущенными подробностями, которые могут всплыть в памяти.

3-й шаг — ведение противоалкогольного дневника. Надо фиксировать свои решения и планы, эмоциональное состояние от встреч с собутыльниками или случайных столкновений с ними, записывать свое настроение, физическое состояние, стремления, мечты, случайные мысли о выпивке, алкоголе и всем тем, что с этим связано. Регулярно записи в дневнике надо перечитывать, проводя анализ и сравнение различных периодов.

4-й шаг — выяснение собственной внушаемости. Чаще всего для этого надо просто удобно присесть, расслабиться и убежденно три раза для себя проговорить, что левая рука стала неподвижной, потом подождать с полминуты и попытаться поднять руку. Если самовнушаемость хорошая, человек действительно не сможет поднять руку, если средняя — хотя и с трудом, но сможет поднять. Если рука поднимается без каких-либо усилий, это свидетельствует о чрезвычайно низкой степени собственной внушаемости.

5-й шаг — работа с текстами самовнушения. Данные тексты должны содержать установку на трезвость, описывать и утверждать выработку отвращения к любому алкоголю, позитивную настройку на сугубо трезвый образ жизни, а также побуждать задумываться о собственном поведении и поступках. Их необходимо ежедневно читать, можно дополнять и изменять, а при необходимости даже заучивать.

6-й шаг — закрепление трезвого образа жизни. С этой целью хорошо подходит чтение специальной антиалкогольной литературы, просмотр такого рода видео и других антиалкогольных материалов, кроме того объединение таких людей с трезвой позицией на жизнь в локальные группы — союзы трезвенников, например — анонимные алкоголики. Союзы трезвенников способствуют обменом трезвеннического опыта, а также в целях защиты от бывших собутыльников.

Автор рекомендует также найти увлечение, которое не ассоциируется с употреблением алкоголя, и периодически писать сочинения на темы собственной трезвой жизни. Темой

сочинения может быть, например, «Как изменилась моя жизнь после избавления от алкоголя». Кроме того, можно заняться полной диагностикой своего организма, пройти медицинское обследование и приступить к излечению соматических заболеваний, которые сформировались во время алкоголизма.

В отношениях с больными следует учитывать их тенденцию ставить терапевта в позицию легкомысленной фамильярности (Скрытый собутыльник) или полной ответственности за результат лечения (Спаситель). Необходимо выявить все проявления тенденции к саморазрушению, обратить особое внимание на половую жизнь больного, использовать реалистические предсказания, которые, сбываясь, повышают доверие к компетентности терапевта.

Для снижения патологического влечения к алкоголю и профилактики рецидивов используют авersiveную и суггестивную терапию, тренинг самоконтроля с применением биологической обратной связи, обучение альтернативному поведению, ситуационный тренинг, гештальттерапию, позитивную терапию и пр.

**Аверсивная терапия** (условно-рефлекторная терапия, УРТ) построена на вызывании отвращения к алкоголю с помощью выработки отрицательного условного рефлекса на его вид, запах и даже словесное обозначение. Тошнотно-рвотная реакция достигается путем приема алкоголя в сочетании с препаратами, вызывающими рвоту.

**Суггестивная терапия** включает гипнотерапию, аутотренинг, прогрессивную мышечную релаксацию, нейролингвистическое программирование, медитации. При этом используют склонность пациентов к образному восприятию, впечатлительность и повышенную внушаемость. В своей практике перед проведением гипносуггестивной терапии я выяснял, какие запахи и вкусовые ощущения наиболее неприятны больному, и затем включал их в следующую формулу внушения.

«Запах спиртного Вам неприятен. Он напоминает Вам запах... Когда Вы ощущаете запах спиртного, Вы чувствуете... Если Вы сделаете глоток спиртного, во рту появится вкус... Когда спиртное попадает в горло, оно вызывает у Вас чувство жжения. Спиртное обжигает, его невозможно проглотить. От него начинается спазм в горле, еще немного – и можно подавиться. Алкоголь разрушал Ваш желудок, печень, сердце. Из-за пьянства Вы превратились в больного человека. Алкоголь отравлял Ваш мозг, разрушал Ваши нервы, ослаблял волю, превращал Вас в алкоголика. Теперь Вам противно тянуть из этой бутылки с отравой. Вы можете обойтись без водки, вина, пива и других спиртных напитков. Ваше решение бросить пить твердое и окончательное. Вы чувствуете себя достаточно

сильным, уверенным, самостоятельным человеком, чтобы выполнить свое решение. Вам легко поступать так, как подсказывает Ваш разум. Вид пьющего человека с бутылкой, стаканом спиртного теперь оставляет Вас равнодушным. Вы спокойно проходите мимо винных прилавков. Вы теперь непьющий, и это наполняет Вас радостью и гордостью».

Добиться стабильной ремиссии помогает изменение аддиктивных стереотипов и образа жизни, связанного с ними. Поттер-Эфрон (2002) описывает аддиктивную схему «стыд – пьяное бесстыдство – еще больший стыд – усугубление пьянства» и дает следующие рекомендации для работы с чувством стыда у алкоголиков и наркоманов. Помогите клиенту осознать, что ПАВ был средством избавления от стыда. Помогите клиенту понять, как употребление ПАВ усугубляло чувство стыда. Клиент должен понять, что он может справиться с чувством стыда и без употребления ПАВ. Клиенту необходимо научиться справляться со стыдом, вызываемым его ощущением собственного бессилия. Клиент может нуждаться в помощи для раскрытия своего положения другим. Клиенту может быть необходимо поощрение его вхождения в группу равных, не стыдящих его. Помогите клиенту распознать и изменить поведение «сухого пьяницы», отражающее его стыд. Помогите «сорвавшемуся» клиенту распознать его стыд, чтобы он мог возвратиться в сообщество выздоравливающих.

Такая же аддиктивная схема существует и относительно чувства вины перед окружающими. Рекомендации автора по работе с виной таковы. Не наказывайте клиента сами, но поддержите естественные последствия безответственного поведения и появление рационального чувства вины. Допустите, что клиент готов следовать общепринятым моральным стандартам, укажите на противоречия между этими стандартами и его аддиктивным поведением. Помогите клиенту понять, что употребление ПАВ стало средством защиты от чувства вины. Проинформируйте клиента, что он или она может уменьшить чувство вины, прекратив употреблять ПАВ. Подтолкните клиента к формированию морально ответственного стиля жизни, который позволит минимизировать чувство вины, испытываемое им в трезвом состоянии. Помогите предотвратить срыв, предвидя чрезмерное чувство вины, сопровождающее начальную стадию трезвости. Подтолкните выздоравливающего к возмещению ущерба, нанесенного им близким, как части процесса полного выздоровления. Побудите клиента производить регулярный пересмотр его ценностей и выборов, чтобы поддержать его решимость отказаться от употребления алкоголя.

**Поддерживающая терапия** заключается в адаптации больного к трезвому образу жизни, помощи в установлении новых отношений в семье, на работе, в общении с друзьями,

выработке нового стереотипа проведения досуга. Этот этап терапии совпадает по времени с периодом стабилизации ремиссии, которая может прерываться рецидивами болезни. Последние связаны со следующими факторами: 1) недостаточность компенсаторных возможностей, ригидность «алкогольных» стереотипов поведения, препятствующих адаптации к трезвой жизни; 2) состояние эйфории, уверенности в своей вновь обретенной трезвости, переоценка своих возможностей; 3) отсутствие необходимого понимания и эмоциональной поддержки со стороны семьи, друзей, сослуживцев и 4) недостаточность и неустойчивость собственной мотивации пациента.

Необходимо заранее предупредить больного о возможности переоценки им своих сил, а возникший срыв использовать для того, чтобы он смог осознать, что еще не научился выходить из стресса без алкоголя. Дальнейшая работа заключается в выработке новых способов решения проблем, при этом в фантазиях и снах больного обнаруживается сохраняющееся влечение к алкоголю. Эта работа обычно занимает 6–12 месяцев, она также включает в себя исследование чувств, внутренних и межличностных конфликтов, коррекцию заблуждения, что выпивать «понемногу» можно. Поддерживающая терапия проводится в различных формах: индивидуальной, супружеской, семейной, групповой (группы поддержки, клубы бывших пациентов при лечебных центрах, сообщества АА).

**Психотерапия личностных расстройств** начинается только после 1–2 лет соблюдения полной трезвости, чтобы избежать повышения уровня тревоги, которое могло бы спровоцировать рецидив. Терапия направлена на формирование более открытых, гибких отношений с окружающими, осознание и принятие пациентом себя и своих потребностей. Применяются такие формы терапии, как личностно-ориентированная, поведенческая, гештальттерапия, психодрама, динамическая психотерапия.

#### **4.5. Семейная терапия**

У жен А-зависимых присутствует склонность к эмоциональной неустойчивости, несовпадение вербальных и невербальных компонентов отношения к мужу (Ерышев, 2004). Так, на вербальном уровне жена воспринимает трезвого мужа как игнорирующего ее, характеризует его как скучного и слабого. На эмоциональном уровне она воспринимает мужа, находящегося в состоянии алкогольного опьянения, как сильного, неожиданного, яркого, сексуально привлекательного мужчину. В период терапевтической ремиссии жена, привыкнув единолично решать все семейные проблемы, не решается делить их с мужем. Он, в свою очередь, занят в основном реабилитацией по месту работы и сводит свои се-

мейные обязанности к минимуму, что вызывает недовольство жены. В результате в семье нарастает эмоциональное напряжение, приводящее к оживлению влечения к алкоголю.

Когда аддикт начинает лечиться, созависимая мать или жена провоцирует срыв. Она чувствует ответственность за его выздоровление, проверяет ход лечения, следит, чтобы он принимал лекарства, в то же время высмеивает способы терапии, скрывает факт лечения от близких, хотя о существовании проблемы рассказывает всем. Она активно препятствует встречам аддикта с бывшими собутыльниками, старается везде его сопровождать, волнуется, когда он остается один, принимает к нему. Все решения принимает сама, пытается контролировать его деятельность, защищает его в ситуациях социального взаимодействия, избегает посещать вместе с ним места и мероприятия, где присутствует алкоголь, хотя в первое время это рекомендуется. Имеет нереалистические ожидания, возлагает на него слишком много обязанностей, обвиняет его в финансовых проблемах. Не стремится ни к каким изменениям, желая изменить лишь самого аддикта; постоянно попрекает его за прошлое, проявляет нечестность, манипулирует своими чувствами. В случае срыва реагирует по-старому.

В семейной терапии важно учитывать позицию значимых других, которые могут быть включены в игру «Алкоголик» по Берну. Близким следует отказаться от ролей преследователя, спасителя или жертвы, перестать избегать подлинной близости (жене – в том числе и сексуальной). Необходимо быть готовым к тому, что в семье переставшего пить больного вскоре образуется пустота, которую раньше заполняла игра «Алкоголик». В это время семья оказывает на больного неосознанное давление с целью возобновить прежнюю игру, поэтому терапевт должен заранее разработать программу содержательного времяпровождения не только для пациента, но и для его семьи.

Групповые занятия с женами пациентов проводятся параллельно с групповой терапией больных в течение 1,5–3 месяцев еженедельно по вечерам. Основным методом работы является свободная дискуссия на темы алкоголизма как болезни, предвестников рецидива и т.п. На этапе стабилизации ремиссии пациенты и их жены объединяются в группы супружеских пар для разрешения конфликтов, вызванных пьянством.

Супругов обучают прямо говорить о положительных и отрицательных чувствах, избегая уклончивости и обвинений. Супруги учатся выражать свои желания позитивно («что я хочу», а не «чего я не хочу»). Выбатывается навык конкретной просьбы (что, где и когда) вместо требования с оттенком угрозы. Психотерапевт помогает парам обсуждать, на каких условиях супруги готовы изменить свои отношения, используя специфические за-

просы, компромиссы и письменные соглашения. Эти тренировки помогают разрешению супружеских конфликтов и профилактике рецидивов.

Проводится обсуждение членами семьи широкого круга проблем, касающихся их совместной жизни и способов решения различных общих вопросов. На начальном этапе семейной терапии такая дискуссия помогает поколебать устоявшиеся представления участников, зародить у них сомнения в очевидности, универсальности их убеждений. Далее формируется адекватное представление о том или ином аспекте семейной жизни. При этом нередко выявляются ригидные неэффективные роли (Пессимист, Оптимист, Теоретик, Практик и т.д.), эгоцентризм и соперничество участников. В этих случаях вводятся специальные правила ведения дискуссии, которые обсуждаются членами семьи и закрепляются на последующих встречах: цель дискуссии – не доказать свою правоту, а совместно найти истину; прежде чем возражать, подумай, в чем может быть прав собеседник, и попробуй развить это; важно установить истину, а не просто пойти на соглашение ради мира.

Для обучения членов семьи распознаванию ранних признаков рецидива используются психообразовательные методы. Родственники приглашаются на занятия вместе с больными, прекратившими алкоголизацию. Члены группы учатся распознавать депрессию, переживания гнева и одиночества, являющиеся пусковыми факторами рецидива. Затем группа разбивается на подгруппы, в которых прорабатываются новые подходы к решению проблем, связанных с воздержанием.

Разыгрываются типичные проблемные ситуации: прием гостей, встреча с бывшими собутыльниками, позднее возвращение домой и т.п. Обмен супругов разыгрываемыми ролями приводит к росту эмпатии и к пониманию мотивов поведения друг друга. На более поздних этапах существования группы возможны элементы клубной работы: организация совместного досуга, обсуждение кинофильмов и книг, совместное проведение отпусков.

#### **4.6. Групповая терапия**

По В.А. Рязанцеву (1983), групповая психотерапия особенно показана А-зависимым, которые нуждаются: 1) в коллективном сопереживании; 2) в общении для снятия или облегчения эмоционально-волевого напряжения; 3) в поддержке группы и 4) в коллективной опеке и внимании. Обычно группа включает до 10 человек одного пола в возрасте до 60 лет. Она является гетерогенной по возрасту, социальному и семейному положению участников. Противопоказаниями являются выраженная психопатизация и моральное снижение личности. Наиболее предпочтительна закрытая группа, в которой формируется проч-

ная атмосфера эмоциональной поддержки, благодаря которой пациент занимает более активную, включенную позицию.

В начале работы группы показаны тематические занятия, направленные на когнитивную перестройку сознания пациентов, и в первую очередь – на преодоление иллюзии контроля над тягой. Эффективны биографически-ориентированные и темоцентрические группы. В них анонимно обсуждаются конкретные истории болезни, наиболее типичные и понятные. Член группы, страдающий алкоголизмом, рассказывает о своей болезни, а затем вся группа обсуждает его исповедь. Больного, у которого возник рецидив, опрашивают в присутствии всей группы. Жена нового больного рассказывает о его пьянстве. Бывший больной рассказывает о своей болезни, выздоровлении, формировании прочных установок на трезвость. Просматриваются и обсуждаются специальные фильмы. Читаются небольшие рассказы, статьи, заметки, затрагивающие тему пьянства. Для обсуждения используются также психорисунки и семейные скульптуры, с помощью которых больныеотреагируют свои переживания, обнаруживают неосознанные мотивы и тенденции, ищут новые формы поведения.

Дальнейшая работа направлена на решение личностных и социально-психологических проблем, препятствующих сохранению трезвости. Она имеет личностную, динамическую ориентацию, к ней привлекаются пациенты, имеющие мотивацию к работе над собой и необходимые психологические ресурсы. Проводится работа с психологическими защитами и развитие духовности в группах по 6–8 человек.

А.Я. Гриненко с соавторами (1996) разработали метод аффективной контратрибуции, состоящий из трех этапов и рассчитанный на группу из 4–5 человек. На первом, программирующем этапе пациентам объясняют, что для снятия А-зависимости у них будет вызвано состояние, в котором произойдет образное символическое переживание и осознание отрицательных сторон и последствий алкоголизма. На втором этапе больным вводят препараты, вызывающие негативные эмоциональные переживания и видения, способствующие прочной фиксации пережитого в долгосрочной памяти.

Далее на фоне легкого кетаминowego наркоза и драматической по характеру музыки с каждым больным проводят психотерапевтический диалог, используя формулы внушения, учитывающие данные анамнеза. В моменты наибольшей интенсивности негативных переживаний пациентам дают ощутить запах и вкус алкоголя.

На следующий день больные делятся в группе впечатлениями об испытанных во время процедуры негативных переживаниях и видениях, обсуждают и интерпретируют с помо-

цью психотерапевта личностное значение их символического содержания. Это обсуждение направлено на соотнесение каждым больным негативных галлюцинаторных переживаний с алкогольными проблемами и, тем самым, на осознание и закрепление антиалкогольной установки.

Г.И. Григорьев и О.Н. Кузнецов (1991) разработали метод массовой эмоционально-эстетической психотерапии, в котором задействуется «храмовый эффект». Лечение начинается с подробной беседы с врачом-психотерапевтом; если пациент действительно хочет лечиться, она завершается прохождением медицинской комиссии. Пациенту предписывается двухнедельное воздержание от употребления спиртного. Таким образом, исполняется религиозный ритуал: паломничество (приезд в Санкт-Петербург), исповедь (беседа с врачом), пост (воздержания от алкоголя). Число пациентов на сеансе – от 500 человек. Общая продолжительность сеанса – 6–8 часов. В общем сеансе участвует бригада врачей-психотерапевтов, которые после его окончания проводят заключительную индивидуальную работу с каждым больным. В сеансе принимает участие священник и хор духовной музыки.

Терапия творческим самовыражением по М.Е. Бурно (2002) включает 1) создание творческих произведений; 2) творческое общение с природой; 3) творческое общение с литературой, искусством, наукой; 4) творческое коллекционирование; 5) проникновенно-творческое погружение в прошлое; 6) ведение дневника, записной книжки; 7) творческие путешествия; 8) творческий поиск одухотворенности в повседневных вещах. Термин «творческий» означает здесь осознанное, почувствованное привнесение своей индивидуальности в собственную жизнедеятельность, позволяющее осознать свою самобытность, ощутить свое отношение к миру, найти полезное применение своим способностям, сделаться духовно богаче. Членов терапевтической группы сплачивает общее стремление раскрыть свою неповторимость. Группы являются открытыми, в них входит 8–12 человек. Групповые встречи продолжаются 2–3 часа, они происходят раз в 1–2 недели в уютной обстановке: за чашкой чая, под тихую музыку.

Периодически обсуждаются рассказы, в которых присутствует тема пьянства. Наибольшее внимание уделяется творческому восприятию художественных произведений, коллекционированию, участию в драматических постановках, исполнению музыкальных и вокальных произведений, собственному художественному творчеству: сочинению стихов и рассказов, рисованию и живописи, фотографированию, созданию различных



поделок и т.п. В психотерапии учитываются характерологические особенности больных алкоголизмом. Автор выделяет следующие типы.

*Простодушные* алкоголики. Для них характерна преморбидная органическая акцентуация характера, грубовато-нежная душа, доверчивость, сочетание инертности и взрывчатости, благородства и обидчивости. Это смекалистые умельцы, близкие к природе, жалостливые и глубоко откликающиеся на заботу. Им хорошо помогают гипнотические сеансы с проникновенно-задушевными и в то же время строгими пожеланиями трезвой жизни, участие в клубе трезвости, которым руководит врач, выполняющий роль отца-спасителя, трезво живущего ради своих детей.

*Авторитарные* (эпилептоидные) алкоголики. В преморбиде эти больные характеризуются возбудимой акцентуацией. Алкоголь служит смягчению душевной напряженности от невозможности реализовать стремление к власти. В похмелье усиливаются вспыльчивость, подозрительность, стремление командовать окружающими, причинять им боль. Ранно возникают тяжелые, длительные запои с мощной тягой к спиртному. Они отличаются высокой порядочностью, стремлением к справедливости. Эти черты можно использовать для помощи пациенту в выборе профессии – например, работы в силовых структурах, или хобби – например, дрессировки крупной собаки, которая может стать единственным существом, отвечающим хозяину благодарностью и беспрекословным послушанием. От врача требуется безусловное уважение к больному, мягкая манера общения, избегание малейшей конфронтации.

*Ювенильные* алкоголики. В преморбиде это неустойчивые личности с особой предрасположенностью к алкоголизму. Похмельные симптомы и запои часто возникают уже через несколько месяцев пьянства, поэтому среди представителей этой группы много молодых А-зависимых. Воля такого человека навсегда остается детской, он не способен выполнять своих клятв и обещаний. Приходится довольствоваться возможностью продлить воздержание хотя бы на несколько дней.

*Астенические* алкоголики в преморбиде отличаются застенчивостью и раздражительностью. Им надо помочь утвердиться в жизни благодаря обнаруженным во время психотерапии достоинствам, более высокому, чем прежде, положению в обществе, силе воли, проявленной в отказе от алкоголя. Положительный эффект оказывает возможность заботиться о тех, кто нуждается в их помощи. В определенной степени им помогает держаться чувство благодарности к врачу за его заботу, нежелание подводить и разочаровывать его.

*Синтонные* алкоголики отличаются общительностью и отзывчивостью; они склонны к фазным колебаниям настроения до нескольких недель до нескольких месяцев. Если у них преобладает жизнерадостность, они обходятся без запоев, из-за чего окружающие не считают их А-зависимыми. Часто они не заботятся о своем здоровье, разрушаемом спиртным, однако из-за нежелания огорчать близких людей могут подолгу воздерживаться от пьянства. В этом направлении и следует работать с ними.

*Аутистические* алкоголики – замкнуто-углубленные, прячущие в себе нереализованную духовность, творчески обнаруживающуюся в символических образах сновидений, общении с искусством, природой. Они почти не грубеют личностно, сохраняют свою самобытность, оригинальность. Особенно хорошо им помогает терапия творческим самовыражением, разработанная автором.

## **Глава 5. НАРКОМАНИИ**

### **5.1. Зависимость от седативных, снотворных и противотревожных средств**

**Опиизм.** К опиатам относятся опий, добываемый из сока опиумного мака (*Papaver somnifer*), и его производные: морфин, кодеин, героин, дионин, пантопон, омнопон, а также синтетические препараты с морфиноподобным действием: промедол, фенадон. Наиболее распространенный опиоид – героин – продается в виде напоминающего крахмал порошка, состоящего из мелких кристаллов. Порошок рассасывают под языком, курят или вдыхают, раствор порошка вводят в вены конечностей или подкожно.

Психологическая зависимость формируется очень быстро. Для формирования физиологической зависимости достаточно 3-4 недель регулярного употребления наркотика.

**Абстинентный синдром** формируется через 1–2 месяца регулярного потребления наркотика. В нем выделяют четыре фазы. 1-я фаза возникает через 8–12 часов после последнего приема наркотика. Присутствуют признаки психической зависимости: влечение к наркотику, состояние неудовлетворенности, напряженности. Отмечаются соматовегетативные реакции: расширение зрачков, зевота, слезотечение, насморк с чиханием, «гусиная кожа». Исчезает аппетит, затрудняется засыпание. 2-я фаза наиболее выражена через 30–36 часов после последнего приема наркотика и характеризуется чувством озноба, сменяющимся чувством жара. Наблюдаются приступы потливости и слабости. В мышцах спины, а затем ног, шеи и рук появляется ощущение неудобства, мышцы тела напряжены. Появляется боль в межчелюстных суставах и жевательных мышцах. Симптомы 1-й фазы сохраняются, усиливается зевание и слезотечение, чихание доходит до 100 раз подряд.

3-я фаза развивается к концу вторых суток лишения наркотика. Появляются мышечные боли. Мышцы спины, конечностей, реже шеи сводит, тянет, крутит. У части больных возникают судороги икроножных, стопных и других периферических мышц. Высока потребность двигаться. При движении боли поначалу ослабевают, затем усиливаются. Больные не могут найти себе места, ложатся, встают. Вновь ложатся, крутятся в постели. Они напряжены, недовольно-злобны, подавлены, переживают чувство безнадежности и бесперспективности. Признаки предыдущих фаз усиливаются. 4-я фаза появляется на третьи сутки лишения наркотика и длится до 5–10 дней. Появляются боли в животе, через несколько часов – рвота и понос до 10–15 раз в сутки, сопровождающиеся болезненными позывами.

Во время абстинентного состояния больные не могут спать и есть, теряют в весе на 10–12 кг. Давность заболевания и величина дозы усиливают тяжесть состояния. Кодеиновая абстиненция развивается медленнее морфийной, достигает пика на 5–6 сутки, она менее интенсивна, но более длительна. Менее выражены аффективные явления и расстройства пищеварения. При нелеченном абстинентном синдроме остаточные явления могут сохраняться до 2 месяцев. К ним относятся: периодически возникающее компульсивное влечение к наркотику; недовольство, подавленное настроение; повышенный аппетит; кратковременный сон, иногда бессонница; единичное чихание; периодический озноб или потливость; боль в межчелюстных суставах в начале приема пищи; неспособность к психической и физической нагрузке.

В **течении** опиомании выделяют три стадии. Патологическое влечение возникает после 30 приемов кодеина, 10–15 инъекций морфина, 3–5 инъекций героина. На 1-й стадии снижается потребность во сне, особенно у кодеинистов. Исчезает зуд, подавлен аппетит, уменьшается количество мочи, появляются запоры. Для достижения прежнего эффекта приходится повышать дозу в 3–5 раз. Через 1–2 суток воздержания появляется чувство напряженности, психического дискомфорта, стремление употребить наркотик. При морфинизме продолжительность 1-й стадии – 2–3 месяца, при использовании опия – 3–4 месяца, кодеина – до шести месяцев. Больным удается скрывать свою наркотизацию.

На 2-й стадии наркотизация регулярна, дозы увеличиваются в 100–300 раз, больные часто поступают на лечение с целью снижения дозы («омоложения»). Действие наркотика перестает ощущаться на физиологическом уровне. Нормализуются стул и мочеиспускание, восстанавливается сон. Однако сужение зрачка стабильно сохраняется. Меняется поведение: если на 1-й стадии болезни наркоман был бодр и подвижен до инъекции и затор-

можен после нее, то начиная со 2-й стадии заболевания он выглядит вялым и бессильным до инъекции и оживляется после нее.

Продолжительность 2-й стадии опиомании составляет 5–10 лет. В это время формируется стойкий астенический синдром: снижается работоспособность, особенно умственная; трудно концентрировать внимание, ослабляется память, планомерная работа становится невозможной, исчезает интерес к прежним занятиям. Больные подавлены, раздражительны, слезливы. Они выглядят старше своих лет, истощены, наблюдается дефицит массы тела в 7–10 кг.

На 3-й стадии выражены последствия хронической интоксикации. Преобладают признаки физической зависимости. Толерантность падает приблизительно на треть от прежней дозы, действие наркотика становится исключительно стимулирующим. Для достижения состояния комфорта требуется 1/10 постоянной дозы. Без наркотика у наркомана нет сил передвигаться. Наркотик принимается 3–5 раз в сутки. Абстинентный синдром резко выражен.

Особенно злокачественное течение опиомании наблюдается у эмоционально неустойчивых психопатов, которые быстро доводят потребление морфия до 3–5 г в сутки. При длительном злоупотреблении опиатами кожа приобретает желтоватый оттенок, как при обезвоживании. Быстрее, чем при других формах наркомании крошатся и выпадают зубы. Выражены расстройства желудочно-кишечного тракта. Отмечается резкое истощение, выраженное преждевременное старение. Героиновый наркоман живет в среднем 7 лет после начала заболевания. Смерть наступает от СПИДа, гепатита или передозировки.

**Зависимость от снотворных.** В ряде случаев злоупотреблению предшествует привыкание к назначенным врачом снотворным, развивающееся у людей с нарушенным сном. Оглушающие снотворные лишь облегчают мучительное времяпровождение без сна, вместо них лучше принимать растительные препараты: валериану, корвалол, новопассит. Если бессонница связана с переутомлением, днем стоит принимать ноотропы: ноотропил, пирацетам, пикамилон. Если врач назначил на ночь вечерний транквилизатор или сонипакс, после приема таблетки надо проветрить помещение и прогуляться на свежем воздухе. Тогда вместо рефлекса таблетка – сон формируется рефлекс прогулка, свежий воздух – сон. К таблеткам для сна лучше прибегать лишь в крайнем случае и недолго, часто достаточно положить их перед сном на прикроватную тумбочку – «на всякий случай». Прием снотворных во время беременности может привести к развитию различных дефектов у плода и абстинентных симптомов у новорожденного.

Хотя распространенность злоупотребления снотворными препаратами сравнительно невысока, ее индивидуальные последствия тяжелее, чем при опиомании. Чаще всего в качестве наркотика применяют барбитураты: барбитал (амитал-натрий), нембутал (этамил-натрий), фанодорм (циклобарбитал). Используют также бромурал и ночной транквилизатор ноксирон. Обычно взвесь двух – трех растолченных таблеток вводят внутривенно.

Диагностические критерии острой интоксикации, вызванной употреблением седативных или снотворных средств (F13.0): эйфория и расторможенность; апатия и безразличие; грубость или агрессивность; лабильность настроения; нарушения внимания; антероградная амнезия (на период времени после восстановления ясности сознания); нарушения социального функционирования. Могут быть: шаткость походки; нарушения статики и координации движений; смазанная речь; нистагм; угнетение сознания (например, сопор, кома); покраснения и высыпания на коже в виде мелких пузырьков. В тяжелых случаях острая интоксикация может сопровождаться гипотензией, гипотермией и угнетением глотательного рефлекса.

Передозировка: быстро наступает обездвиженность, глубокий сон, переходящий в кому. АД резко падает, дыхание становится частым и поверхностным, кожа резко бледнеет и становится синюшной, температура тела падает. В 10 % случаев передозировки наступает смерть от паралича дыхательного центра.

Диагностические критерии синдрома отмены снотворных или седативных веществ (F13.3): тремор пальцев вытянутых рук, кончика языка или век; тошнота, рвота; учащенное сердцебиение; понижение артериального давления при вставании; психомоторное возбуждение; головная боль; бессонница; слабость или недомогание; эпизодические зрительные, тактильные, слуховые галлюцинации или иллюзии; параноидная настроенность, судорожные припадки с потерей сознания; дисфория; желание употреблять снотворное или седативное средство.

1-я фаза абстинентного синдрома длится до 20 часов после отнятия, больной напряжен, злобен, не может есть и спать, беспокоен. Наблюдается мышечная слабость, озноб, «гусиная кожа», зевота, бледность, потливость, расширение зрачков. 2-я фаза наступает к концу первых суток. Нарастает мышечный тонус, появляются судороги в икроножных мышцах, подергивание отдельных мышечных пучков, мелкий тремор. При ходьбе больной пошатывается, падает. Не может лежать в постели из-за беспокойства, тревоги, дисфории, не переносит шума, света. Учащается сердцебиение, повышается АД.

3-я фаза отмечается через двое суток. К симптомам предыдущей фазы добавляются боли в желудке, рвота, понос, боли в крупных суставах; в области сердца – боли тянущего, давящего характера. 4-я фаза развивается к концу третьих суток воздержания. Возникают судорожные припадки с потерей сознания, прикусом языка и непроизвольным мочеиспусканием (до пяти раз в сутки), которые повторяются на протяжении последующих трех суток. В это время возникает напряженная дисфория, которая переходит в депрессию или делирий с ярко окрашенными галлюцинаторными образами, монотонностью аффекта и обширной амнезией по выходе из психоза. При этом активность больного ограничена пределами постели.

Развитие наркомании происходит в течение 3–4 месяцев при ежедневном приеме 0,5 г барбитуратов и за 1–1,5 месяца при приеме 0,8 г. 1-я стадия обычно развивается на фоне чередования алкоголя и снотворных. Толерантность постепенно вырастет в 3–5 раз, алкоголизация прекращается, снотворные принимаются и днем, в расчете на стимулирующий, эйфоризирующий эффект, каковой и наступает. Вне опьянения больной чувствует неудовлетворенность и беспокойство. Obsessивное влечение заменяется компульсивным. У больных алкоголизмом и психопатиями эта стадия длится всего 2–3 недели, у больных неврозами при использовании малых доз она может растягиваться на годы.

2-я стадия протекает в течение 10–12 лет. Через полгода систематического приема появляется физическая зависимость от снотворных, толерантность устанавливается на уровне 0,5 г три раза в сутки. Исчезают наблюдавшиеся ранее двигательные нарушения, отмечается дисфория с приступами гнева, однообразная речь с застреваниями и оскудением словарного запаса. При опьянении наркоман испытывает веселость, довольство, уверенность, комфорт. По выходе из состояния опьянения обнаруживаются палимпсесты.

3-я стадия проявляется в снижении толерантности и утрате способности ощущать эйфорию. Дробные дозы снотворных комбинируются с алкоголем, транквилизаторами и употребляются для активизации, восстановления способности выполнять простую работу. Наблюдаются симптомы хронической интоксикации: расстройство артикуляции и координации движений, отупение. Все поведение определяется компульсивным влечением. Абстинентный синдром длится до 5–7 недель, долгое время отсутствуют инициатива, аппетит и сон, наблюдается апатическая депрессия с суицидальными мыслями. Половину всех попыток самоубийства составляют острые отравления барбитуратами, каждый десятый больше не просыпается.

У хронических больных выражена утомляемость, истощаемость внимания, недостаточная способность к концентрации. Сужается круг интересов, наблюдается эмоциональная неустойчивость, дисфории, депрессия. Глаза и волосы тусклые. Кожа пастозная, бледная с землистым оттенком, покрыта гнойничковой сыпью. Выявляется дистрофия миокарда, гепатит, гипоацидный гастрит; характерны коричневый налет на языке, потеря аппетита и склонность к запорам. Частое осложнение – токсическая энцефалопатия и диффузное поражение нервной системы.

**Зависимость от транквилизаторов и седатиков.** Транквилизаторы являются искусственно синтезированными ПАВ. Злоупотребление транквилизаторами связано с их широкой распространенностью и облегченным доступом к ним, распространенностью самолечения. При назначении транквилизаторов надо учитывать, что они лишь способствуют началу психотерапии и неэффективны при длительном применении, а после прекращения их приема надо ожидать усиления симптоматики.

Регулярно принимают транквилизаторы до 5 % населения, большей частью – женщины. Наиболее популярны быстродействующие и наиболее эйфоризирующие препараты: диазепам (седуксен, реланиум, сибазон), хлордиазепоксид (элениум), нитразепам (эуноктин, радедорм).

Интоксикация возникает при приеме 3–4 таблеток (у А-зависимых – 5–10) и проявляется в эйфории, подъеме сил, собранности, активности. Ощущаются волны приятного тепла, поглаживание кожи, легкость, парение. Через 2–3 часа возникает дисфория. При передозировке наблюдаются тошнота, рвота, головокружение, проливной пот, икота, двигательная заторможенность, нарушение координации.

Абстинентный синдром возникает к концу первых суток лишения транквилизатора. Больные тревожны, суетливы, у них появляется мелкая дрожь и судороги, они жалуются на тошноту, звон в ушах, болезненную чувствительность слуха, головокружение. Зрачки максимально расширены, отмечается потливость, отсутствие аппетита, затрудненное засыпание. Больные злобны, высказывают идеи о плохом отношении к ним. На 2–4 сутки повышается АД, учащается сердцебиение, появляются колющие боли в сердце, разлитая боль в животе, понос. К концу первой недели тревога усиливается, возникает речедвигательное возбуждение, судорожные припадки, может развиваться делирий. Продолжительность абстинентного синдрома – до трех недель, затем в течение 1–2 месяцев сохраняется обсессивное влечение, аффективные колебания, нарушения сна, утомляемость.

Зависимость обычно развивается через 1–2 года систематического приема препарата. На 1-й стадии появляется обсессивное влечение к препарату, когда состояние психического комфорта возможно только в интоксикации. Выражены психическая и двигательная активность с поверхностным осмыслением ситуации. Благодушный фон настроения неустойчив, легко возникают гневливые реакции. По выходе из интоксикации отмечаются явления амнезии на пережитый эпизод.

2-я стадия характеризуется появлением компульсивного влечения. Чтобы достичь прежней эйфории, препарат приходится вводить внутривенно. Опынение начинается с оглушения, затем развиваются подергивание глазных яблок, двоение в глазах, нарушается координация движений, повышается АД. Благодушное легко сменяется дисфорией, возбуждением. Длительность опынения сокращается, что вынуждает вводить препарат повторно, при этом нередки передозировки. Вне интоксикации наблюдаются бледность, расширение зрачков, сухость во рту, мелкий тремор, гипертония. Больные не могут выполнять работу, связанную с выполнением точных движений, управлять движущимися механизмами.

3-я стадия отличается падением толерантности, больной возвращается к первоначальной дозе, возобновляет прием алкоголя. Транквилизатор лишь дает возможность собраться, выполнять какую-либо работу, без него отмечаются слабость, апатия, обильные сенестопатии. Больные ощущают себя тяжелобольными, требуют назначения транквилизатора, отказываются от другой терапии. Они испытывают дисфорию, депрессию с суицидальными тенденциями. Абстинентный синдром развивается через 2–3 суток лишения ПАВ. В течение 2–4 дней продолжается речедвигательное возбуждение, сменяющееся вялой депрессией с обилием соматических жалоб. Через 2–3 недели депрессия ослабляется, но раздражительность и подавленность сохраняются до 2 месяцев.

Больные выглядят старше своих лет, они бледны и истощены, производят впечатление соматических больных. Лицо становится маскообразным, речь и движения замедлены. Нарастает вялость и мнестико-интеллектуальное снижение, резко падает физическая и умственная работоспособность. Выражено моральное снижение. Обычно уже на 2-й стадии заболевания больные теряют работу, воруют, подделывают рецепты. Смертность этой категории больных в 2–3 раза выше, чем в целом по населению.

**Анальгетики** анальгин, амидопирин, фенацетин вызывают эйфорию. Интоксикация вызывает колебания настроения от веселой дурашливости до дисфории. Абстиненция протекает с тревогой, бессонницей, болезненным обострением чувствительности, силь-



ными головными болями, чередованием обильных поносов и запоров, судорожными припадками. Через несколько лет злоупотребления ухудшаются память и интеллект, формируется выраженное снижение уровня личностного функционирования, может развиваться эпилепсия. Больные истощены, кожа приобретает зеленовато-серый оттенок, покрыта лекарственной сыпью. Артикуляция нарушена, кисти рук дрожат, походка неуверенная. Часты соматические осложнения: анемия, нефрит с уремией, нередко приводящий к смерти.

**Антигистаминные препараты** димедрол, пипольфен и супрастин назначают для лечения аллергических заболеваний. Они обладают слабым успокаивающим, снотворным и эйфоризирующим действием, что позволяет использовать их в качестве опьяняющих средств. Картина опьянения напоминает опьянение транквилизаторами. Интоксикация сопровождается головокружением, головной болью, сухостью во рту, тошнотой. Описан делирий и психоорганический синдром.

## **5.2. Зависимость от стимуляторов**

### **Никотинизм**

Никотин-зависимых столько же, сколько А-зависимых, причем часто эти аддикции сочетаются. В то же время от курения гибнет больше людей, чем от алкоголизма, наркоманий, убийств и самоубийств, дорожно-транспортных происшествий и СПИДа вместе взятых. Курение табака часто сочетается также с перееданием под предлогом снижения аппетита. Окружающие страдают от «пассивного курения»: через 1,5 часа пребывания в накуренном помещении содержание никотина в крови у некурящего повышается в восемь раз.

Опьянение никотином выражается в эйфории, которая имеет два варианта: 1) повышение тонуса, просветление сознания, ускорение мышления и 2) приятное головокружение, расслабление и чувство удовольствия. Возникает ощущение, что курение повышает работоспособность, улучшает самочувствие и настроение.

Никотин усиливает выработку серотонина и снижает активность мозговых клеток, что ослабляет тягостные проявления стресса и ведет к возникновению чувства умиротворения. Через некоторое время происходит увеличение количества норадреналина, которое сопровождается приятным повышением активности мозга. Однако оно длится лишь несколько десятков минут, и курильщику хочется взять новую сигарету.

Абстинентный синдром развивается в среднем через 1,5 часа после выкуривания последней сигареты. Отмечается ощущение стеснения в груди, затруднение дыхания, першение в горле, сухость во рту или обильное выделение слюны. Появляется потребность жевать, дискомфорт в желудке и кишечнике, что воспринимается как повышение аппети-

та. Развиваются астенические расстройства: раздражительность, вспыльчивость, слезливость, подавленность до безразличия к жизни, повышенная утомляемость, слабость, хотя могут быть и состояния двигательного беспокойства, суетливости. Сон становится поверхностным, с обильными сновидениями, бессонница чередуется с сонливостью.

Никотин используется курильщиками табака как эйфоризирующий стимулятор и противотревожное средство. Заметное успокаивающее действие курение оказывает лишь на страстных курильщиков за счет ликвидации симптомов абстиненции. Никотин повышает скорость реакции, обостряет пассивное (неизбирательное) внимание. Повышается уровень сахара в крови и давление крови, усиливается кровообращение. Ритм жизни как бы ускоряется: сердце бьется 15 лишних раз в минуту, однако, с другой стороны, жизнь укорачивается в среднем на 5 лет.

Курение часто ассоциируется с ситуациями застолья, секса. Пускание дыма связано также с архетипами покорения огня (огнепоклонники, Змей Горыныч, Прометей). Большую роль играет реклама, причем надпись «Минздрав предупреждает» вызывает обратный эффект: «Запретный плод слаще». Курильщики, по сравнению с некурящими, более импульсивны и экстравертированы, недоброжелательны, тревожны, часто менее образованы. Они склонны злоупотреблять алкоголем и кофе, чаще разводятся или покидают семью.

Подростки начинают курить из подражания – желания казаться взрослыми, из-за конформности – нежелания отставать от сверстников, из чувства протеста против власти взрослых, с ощущением героического бунта при нарушении запретов. Курение делает подростков раздражительными, вспыльчивыми, у них ослабевают внимание и память, снижается умственная работоспособность, падает успеваемость. Вред табака для подростка усугубляется необходимостью курить тайком, торопливо затягиваясь, что повышает содержание никотина и других вредных веществ в табачном дыме. Особенно много ядов попадает в легкие при докуривании сигареты до конца.

1-я стадия течения никотиномании продолжается 3–5 лет. Курение приобретает систематический характер, избирается определенный сорт сигарет; увеличивается количество сигарет, выкуриваемых за день. В 85 % случаев никотиновая зависимость начинает формироваться после выкуривания первой сигареты. Психическая зависимость проявляется в двух формах: психосоциальной, которая отражает стремление курильщика к самоутверждению, достижению социального доверия и признания, и сенсорно-двигательной, связанной с эстетическим и чувственным удовольствием от самой процедуры курения. Фар-

макологическая зависимость имеет три формы: потворствующая (гедонистическая), седативная (для успокоения при стрессе) и стимулирующая (для сохранения концентрации внимания в напряженной ситуации). Выраженная физическая зависимость обусловлена развитием абстиненции при лишении никотина

2-я стадия растягивается на много лет. Толерантность повышается, человек выкуривает 1–2 пачки в день. Возникает потребность в дополнительных допингах: крепкий чай, кофе, алкоголь. Через сутки после воздержания или попытки снизить дозу у никотин-зависимого появляется по крайней мере четыре из следующих признаков: страстное желание закурить; раздражительность, фрустрация или злобность; тревожность; трудность сосредоточения внимания; беспокойство; урежение сердцебиения; повышение аппетита. Курильщики беспокоит кашель по утрам, ощущение тяжести в голове, раздражительность. У них ухудшается работоспособность, днем отмечается сонливость, ночью трудно заснуть.

3-я стадия проявляется в падении толерантности с появлением дискомфорта от высоких доз никотина, исчезновением прежних приятных ощущений от курения, падением психического влечения; курение становится автоматическим. Абстиненция выражена в виде тяжести в голове и головной боли, снижения аппетита, усиления жажды, потливости, колебаний пульса и температуры. Ночью приходится просыпаться, чтобы выкурить сигарету, курение облегчает кашель при пробуждении.

У 70 % больных в первые три месяца воздержания отмечаются рецидивы из-за сохраняющейся тяги к табаку, которая усиливается после еды, выпивки, при пробуждении, при умственном и эмоциональном напряжении, а также при виде других курильщиков и ощущении запаха табачного дыма. Попытки перейти на более легкие сорта безуспешны, так как нужная доза получается за счет глубоких затяжек и увеличения количества выкуриваемых сигарет.

В.В. Макаров (1999) описывает пароксизмальную форму течения никотинизма у больных с признаками психоорганического синдрома. У них появляются вегетативные расстройства; развитие фобических, депрессивных и дисфорических симптомов сочетается с потреблением непомерно больших доз никотина. Ослабление психопатологической симптоматики приводит к полному или частичному воздержанию в течение некоторого периода. Затем цикл повторяется.

У хронических курильщиков повышается раздражительность, ухудшаются память, слух и зрение, снижается работоспособность. Разрушаются зубы, развиваются воспали-

тельные заболевания полости рта, снижается иммунитет. У мужчин снижается качество спермы, женщины рожают неполноценных детей с синдромом отравления никотином или страдают бесплодием. Развиваются ранний сосудистый склероз, гипертоническая и ишемическая болезнь сердца, язва желудка, рак полости рта, пищевода и других органов. Специфическим заболеванием является облитерирующий эндоартериит, приводящий к зарастанию просвета мелких артерий нижних конечностей, что приводит к болям в них, перемежающей хромоте, гангрене, начинающейся с пальцев. Характерно, что больные не могут отказаться от курения даже после ампутации части конечности.

Макаров (там же) выделяет 3 уровня никотиномании, которые выявляются с помощью следующего опросника. 1. Курю иногда, но прекращать совсем не хочется. Когда не курю, даже не вспоминаю об этом. Могу не курить в течение недель и месяцев. Затем снова закуриваю. 2. Курю регулярно, каждый или почти каждый день. Могу прекратить курение. На самочувствии это не отражается. Я легко прекращаю курение, но почему-то начинаю снова. 3. Курю регулярно. Прекратить курение трудно. Когда делаю перерыв, ищу возможность закурить. Курение отрицательно отражается на моем здоровье.

1-й уровень – вредная привычка, 2-й – можно прекратить благодаря лишь консультативной психологической помощи, 3-й – необходима психотерапия на фоне медикаментозного лечения.

**Кокаинизм.** Кокаин получают из листьев кустарника кока. Порошок кокаина нюхают через пластиковую соломинку. Соль кокаина смешивают с пищевой содой и водой, выпаривают и получают хрупкие пластинки крэка, который разламывают на кусочки и используют для курения.

Абстинентный синдром протекает с преобладанием соматовегетативных расстройств: головной болью, сердцебиением и болями в сердце, одышкой, судорогами мышц лица и языка, тремором, порывистыми, размашистыми движениями, двигательным возбуждением или заторможенностью. Появляются усталость, зевота, озноб, потливость, выраженная тревога, яркие неприятные сновидения, бессонница или повышенная сонливость, повышенный аппетит. Через 2–3 дня возбуждение спадает, больные вялы, плачут от ощущения безнадежности, аппетит отсутствует. Затем наступает длительный глубокий сон. На высоте абстинентного состояния возможно развитие делирия, напоминающего алкогольный, длящегося от 3 до 15 дней. Затем в течение месяца сохраняется паранойяльная и астено-депрессивная симптоматика с приступами тревожности.

Зависимость возникает через 2–3 недели при вдыхании и курении и после первых же внутривенных вливаний, проявляется в сильном желании повторить ощущения.

1-я стадия длится 1–1,5 месяца и проявляется в доминировании удовольствия от опьянения над прежними интересами и занятиями. Суточная толерантность быстро возрастает в 5–6 раз. Первые две фазы опьянения укорачиваются, в третьей фазе отсутствует избыточная двигательная активность, поведение упорядочено, соматические проявления четвертой фазы слабеют. Ритм приема становится циклическим: 2–3 суток наркотик вводят днем и ночью по окончании действия предыдущей дозы. Наконец наступает психофизическое истощение, заканчивающееся сном, длящимся 1–2 дня. Проснувшись, наркоман ест много жирного и сладкого, испытывает чувство психического дискомфорта, не может сосредоточиться ни на чем, кроме наркотика и вскоре повторяет цикл.

2-я стадия. Дозы кокаина возрастают до 3 г в сутки, инъекции повторяются каждые 2–4 часа. Цикл наркотизации включает 5–10 дней непрерывного потребления и 2–3 дня перерыва. Период эйфории сокращается до 2 часов, яркость восприятия и приятные ощущения резко ослабляются, активность сужается до какой-либо однотипной деятельности. По выходе из состояния опьянения возникает тревога, дисфория. Выражена физическая зависимость от ПАВ, поведение импульсивно, управляется влечением, все внимание сосредоточено на поиске наркотика, больные способны на преступление, агрессию. Отмечается бледность, расширение зрачков, сухость слизистых, тремор, повышение мышечного тонуса и артериального давления, учащается сердцебиение, нарушаются сон и аппетит.

3-я стадия. Циклы укорачиваются, дозы наркотика уменьшаются, его действие выражено слабо, он употребляется в основном для предотвращения абстиненции. В опьянении наблюдается бессодержательная замедленная вязкая речь с застреваниями, собирательство мелких ненужных предметов. Вместо эйфории возникает взбудораженность, страх. Сон возможен лишь со снотворными. В абстиненции выражены колебания настроения от гипомании до дисфории, периодически возникает безотчетная тревога. На выходе несколько недель сохраняются выраженные астено-депрессивные проявления.

С момента формирования циклов больные запускают учебу, прекращают работать, конфликтуют с окружающими. Многие кокаинисты галлюцинируют, находятся под действием бреда преследования, постоянно носят с собой оружие. У них нарушается внимание, мышление становится резонерским, банальным, отмечается грубая переоценка своей личности. Появляются сексуальные перверсии: гомосексуализм, садистические формы педофилии и геронтофилии (влечения к пожилым). Через 1,5–2 года потребления наблю-

дается выраженный регресс психики. Речь становится односложной, появляется грубость, вспыльчивость, злобность, эгоистичность. Больные бездеятельны, грязны, запущены, ведут паразитический образ жизни, продают домашние вещи, не заботятся о детях. Нередко кончают жизнь самоубийством.

Для нюхающих кокаин характерна атрофия слизистых оболочек, хрящей, прободение носовой перегородки. Типичны пигментные пятна на месте гнойников и фурункулов. Больные выглядят существенно старше своего возраста, у них сухая и дряблая кожа, ломкие ногти и волосы, бледное маскообразное лицо, холодные синюшные руки. Стимуляторы со временем истощают собственные ресурсы организма, в результате наступает выраженная астения, могут случаться обмороки, а сочетание перегрева и физической нагрузки может вызвать коллапс и смерть.

**Кофеинизм.** Злоупотреблением считается потребление 4–5 чашек кофе в день (0,5 г кофеина) при весе 70 кг. В местах лишения свободы распространено потребление чифиря (заваривается 50-граммовая пачка чая на стакан кипятка). Симптомы острой интоксикации: психомоторное возбуждение, мышечные подергивания, покраснение лица, головная боль, шум в ушах, сердцебиение, потливость или озноб, тошнота или рвота, учащенное мочеиспускание, скачка мыслей, сужение сознания, беспокойство, тревога, бессонница.

После приема кофеина двигательные проявления быстро наступают и довольно скоро исчезают, психическое возбуждение, напротив, устанавливается медленнее и держится дольше. Кофеин способен вызывать панику, тревогу и усугублять паническое расстройство и агорафобию (навязчивый страх людных улиц и площадей); возможны дереализация и даже нарушения сознания и галлюцинации.

Хроническое использование приводит к повышению толерантности и формированию зависимости. Об опасном увеличении переносимости кофеина говорит то, что одна чашка кофе уже не повышает тонус, не поднимает настроения, не вызывает ощущения прилива тепла в теле, не дает мочегонного эффекта.

Абстинентный синдром развивается через 12–16 часов после последнего употребления кофеина. Появляются головная боль, мышечное напряжение, раздражительность, тревога и утомляемость. Наблюдаются также снижение настроения, нарушение концентрации внимания, снижение мотивации к работе и общительности, сонливость или бессонница.

Осложнения: синдром усталости и ишемическая болезнь сердца.

**Эфедрон** (на сленге – «джеф», «мулька») получают кустарным образом из эфедринсодержащих средств (препаратов, купирующих приступы бронхиальной астмы, капель от

насморка и т.д.). Внутривенное введение эфедрона быстро вызывает ощущение легкости, необычной яркости окружающего, душевный подъем с обостренным чувством доброты и любви к людям. Возникают покалывания в руках и ногах, озноб, сердцебиение. Затем появляются гиперактивность, неусидчивость, повышенная отвлекаемость и переключаемость внимания. Отмечается переоценка собственной личности, своих способностей и возможностей. Усиливается сексуальное влечение, у подростков могут возникать гомосексуальные эксцессы. Могут быть сухость во рту, учащенное сердцебиение, гипертонией, расширение зрачков, подергивание глазных яблок, тремор.

При передозировке эфедрона может наступить острый психоз с переживанием тревоги, бредового восприятия окружающего, идеями отношения, преследования, галлюцинациями, тематически связанными с содержанием бредовых идей.

Для формирования зависимости достаточно нескольких внутривенных введений, в половине случаев она возникает после первой внутривенной инъекции. Психическая зависимость проявляется навязчивыми мыслями о приеме наркотика, синдром отмены – выраженным душевным дискомфортом, расстройствами сна, фобическими эпизодами, повышенной чувствительностью к слуховым и зрительным раздражителям.

Абстинентное состояние в виде озноба, боли в сердце, беспокойства, дисфории, мышечных подергиваний и компульсивный характер влечения приводят к циклическому употреблению эфедрона по типу алкогольных запоев. На высоте абстиненции могут возникать параноидные психозы, купируемые введением эфедрона.

Суточная доза эфедрона возрастает порой в 10-20 раз. Промежутки между вливаниями в связи с ростом толерантности укорачиваются. Уменьшается эйфорический компонент опьянения, он легко исчезает из-за внешних помех. У больных появляется неряшливость, они бросают учебу или работу, занимаются воровством.

**Амфетамины** (фенамин, фенатин, первитин и др.) являются искусственно синтезированными стимуляторами. Их действие состоит в значительном повышении концентрации норадреналина, высвобождению которого они способствуют, одновременно замедляя его распад. Таким образом, они вызывают состояние общего возбуждения, которое далее приводит к упадку сил. Наркотик вводится в вену. Первое введение сопровождается приливом энергии и эйфории, который длится около часа. Человек ощущает физическое благополучие, чувствует уверенность в себе, интеллектуальный подъем, желание говорить, творить и т.д.

Амфетамины вызывают психологическую и физическую зависимость. Толерантность развивается очень быстро, что обуславливает высокий риск передозировки. Эффект последующих вливаний все слабее, а «ломки» при воздержании все тяжелее. «Скоростные» наркоманы употребляют больше 1 мг каждые 2–3 часа.

Синдром отмены включает дисфорию, чувство усталости, бессонницу или повышенную сонливость, повышение аппетита, психомоторное возбуждение или заторможенность, и тягу к амфетамину или родственному веществу. Симптомы абстинентного синдрома похожи на симптомы при кокаиновой зависимости. При длительном употреблении может развиваться психоз.

1-ю стадию амфетаминowego психоза наркоманы называют «непонятками», т.к. из-за перевозбуждения мозг перестает реагировать на внешние и внутренние сигналы, человек превращается в «зомби», автоматически подчиняющегося любым командам. На 2-й стадии наступают «заморочки», наркоман застревает на какой-либо стереотипной деятельности. Девушка часами красит губы, выдавливает угри, убирает квартиру; парень курит 10 часов подряд, всю ночь решает один и тот же кроссворд, раздевается и одевается. Ощущение времени при этом теряется.

3-я стадия – бредовой психоз, наркоман чувствует себя проповедником и его «выносит на базар»: он сутками не ест и не спит, бесконечно повторяя одну и ту же простую мысль, которая кажется ему откровением. Невнимание окружающих или попытки остановить наркомана вызывают у него вспышки агрессии, он легко может убить человека или «выйти в окно», чтобы доказать свое «бессмертие».

4-я стадия – галлюцинаторно-бредовой психоз («навязки»), проявляется в приступах страха преследования, устрашающих слуховых и зрительных галлюцинациях. С целью самозащиты наркоман может напасть на случайного человека. При этом его очень трудно остановить, так как его стимулятор придает ему необычайную силу и выносливость, делает нечувствительным к боли. Эта стадия может перейти в делирий («тараканы») с ощущением ползания тараканов под кожей, восприятием звуков, с которыми они грызут плоть наркомана, и запаха разлагающегося тела. Однако рано или поздно «навязки» переходят в «измену» – хронический бредовой психоз. В этом состоянии наркоман сутками обыскивает квартиру в поисках доказательств измен жены, поджидает на лестничной площадке ее «любовников». В конце концов он может неделями обходиться почти без еды и сна, прячась от «врагов» в заброшенных домах, на чердаках или запираясь дома, не реагируя на попытки установить с ним контакт.



Психопатоподобное развитие личности наступает уже через полгода наркотизации и сопровождается резким снижением интеллектуального и морального уровня. Полностью утрачиваются прежние интересы и трудоспособность. Больные ведут паразитический образ жизни, воруют, побираются, становятся неряшливыми. У них развиваются спастический энтероколит, гипертоническая болезнь, дистрофия миокарда, мышечная слабость, нарастает физическое истощение.

**Экстази** – общее название группы синтетических наркотиков, производных амфетамина (MDMA – «Адам», MEDA – «Ева» и др.). Некоторые из них оказывают галлюциногенный эффект. Продаются в ночных клубах, на дискотеках в виде цветных капсул, часто с рисунком. Экстази возбуждает клетки мозга, вырабатывающие серотонин, что сопровождается эмпатогенными эффектами: пробуждается открытость, доверие и любовь к ближним.

Экстази ускоряет реакции, обостряет ощущения и чувства, повышает интеллектуальные способности и сексуальную активность, дает возможность выдерживать экстремальные физические и эмоциональные нагрузки, долго обходиться без еды, сна и отдыха. Одна таблетка дает человеку возможность двигаться без перерыва 10 часов подряд. Во время длительного напряженного танца температура тела может подняться до 40 градусов, что чревато внутрисосудистым свертыванием крови. После прекращения опьянения наступает сильная усталость и сонливость, в течение нескольких дней наблюдается состояние апатии и подавленности.

Психическая зависимость возникает очень быстро, вскоре препарат приходится принимать, чтобы выполнять обычную работу. При этом прежней эйфории уже не возникает, вместо нее наблюдаются тревога, страх, панические состояния, дисфорические реакции, возможна суицидоопасная депрессия. Длительный прием наркотика приводит к истощению нервной системы и дистрофии внутренних органов, значительным неврологическим нарушениям, вплоть до кровоизлияний в мозг. Препарат пагубно влияет на геном человека и, соответственно, на его будущее потомство.

**Метамфетамин** (на сленге – «спид», «скорость») – белый кристаллический порошок, не имеющий запаха, с сильным стимулирующим эффектом. Употребляется путем вдыхания через нос, проглатывания, курения или инъекционно. Наркотик оказывает возбуждающий эффект, повышает двигательную активность, снижает аппетит. Вызывает агрессию, потерю памяти, оказывает вредное воздействие на сердце.

**Метилфенидат** (риталин, меридил, центедрин) блокирует обратный захват дофамина и норадреналина в пресинаптической области нейрона, увеличивая уровни этих нейромедиаторов в синапсе. В результате повышается уровень бодрствования, концентрации внимания, бдительности и производительности.

Фармакологический эффект метилфенидата подобен эффекту амфетаминов. Наиболее частые побочные действия — раздражительность, нервозность, тревога и бессонница, обострение психопатологической симптоматики. Реже наблюдаются эйфория или дисфория, подавленность, возбуждение, враждебность, нарушения мышления и речи, спутанность сознания, кошмары, галлюцинации, апатия, суицидальные мысли и попытки, потеря сознания.

К другим побочным эффектам относятся увеличение или снижение либидо, зуд, крапивница, лихорадка, потливость, кашель, носовые кровотечения, головокружение, головная боль, колебания давления, мигрень, дискинезия, учащенное сердцебиение, стенокардия, отсутствие или повышение аппетита, сухость во рту, тошнота, рвота, боли в животе, в груди и суставах, понос, частое мочеиспускание, тики или судороги.

При передозировке препарата возможны сверхвозбудимость, галлюцинации, сильное расширение зрачков, повышение температуры, судороги и эпилептические припадки. Значительная передозировка препарата может привести к гипертоническому кризу и инсульту.

**Метилендиоксипировалерон (МДПВ, на сленге - «пыль»)** — ПАВ со стимулирующими свойствами, действует как ингибитор обратного захвата дофамина и норадреналина. Продается в виде порошка от чисто белого до светло-коричневого цвета, который при долгом пребывании на открытом воздухе приобретает запах картофеля.

МДПВ по силе воздействия в четыре раза превосходит метилфенидат, но имеет более короткое действие. Опьянение сопровождается эйфорией, повышением общительности и эмпатии. Острые эффекты могут включать: учащенное сердцебиение, повышение артериального давления, повышение температуры, потливость с неприятным запахом, снижение аппетита, сухость во рту, рвоту, спазм жевательных мышц, повышенную чувствительность к звукам и запахам, возбуждение, затрудненное засыпание.

Высокие дозы могут вызывать продолжительные приступы паники, бессонницу, галлюцинации, бред преследования, судорожные припадки. После опьянения возникает беспокойство, подавленность, головная боль, головокружение, вялость, мышечная слабость,

боли в животе. Регулярное употребления МДПВ может приводить к поражению когнитивной и эмоциональной сферы, аморальному поведению.

### **5.3. Зависимость от галлюциногенов и ингалянтов**

**Зависимость от галлюциногенов.** К галлюциногенам относятся каннабиоиды, ЛСД, мескалин, мускатный орех, псилобицин, эрготамин, циклодол, астматол, димедрол и др. Они отличаются от остальных ПАВ тем, что вызывают не столько эйфорию, сколько расстройство сознания, восприятия и мышления с явлениями психического автоматизма и наплывом галлюцинаций.

В группу **каннабиоидов** входят препараты, изготавливаемые из различных сортов конопли (*Cannabis*). Размолотые листья и цветущие верхушки марихуаны курят, смешивая с табаком. Гашиш представляет собой смесь смолы, пыльцы и измельченных верхушек конопли, напоминающую темно-коричневый пластилин. Он сильнее марихуаны примерно в 10 раз. Его обычно курят (в кальянах или в смеси с табаком), заваривают как кофе, принимают экстракт, смешанный с пряностями, беленой, дурманом, спиртными напитками, добавляют в пищу, глотают в пилюлях.

Нередко развивается снопоподобное состояние с грезоподобными фантазиями или погружением в прошлые эмоционально насыщенные переживания. Выражение лица в это время соответствует переживаемому аффекту, в контакт вступить не удастся. Может развиваться интоксикационный делирий, характеризующийся паническими проявлениями, спутанностью сознания, дезориентировкой, деперсонализацией, устрашающими галлюцинациями, бредовым поведением. Больной ярко галлюцинирует, видит диких зверей, преследующих его, убегает от них, проявляет агрессию к окружающим. Им овладевает то ужас, то растерянность, то безудержное веселье. Психоз продолжается от нескольких часов до нескольких дней. Выход из него происходит через длительный сон и глубокую астению, длящуюся до 2–3 недель.

Передозировка приводит к вегетативному перевозбуждению: зрачки сильно расширены, не реагируют на свет. Лицо гиперемировано, сухость губ и полости рта, голос хриплый, пульс до 120 ударов в минуту, АД до 170/130 мм рт. ст. Координация нарушена, тремор, рефлексы повышены. Затем АД падает, наступает оглушение, а иногда и кома, которая может продолжаться несколько часов.

Абстинентный синдром появляется через 6–12 месяцев постоянного употребления наркотика. 1-я фаза абстинентного синдрома развивается через 4–5 часов после курения и

характеризуется расширением зрачков, зевотой, ознобом, вялостью, мышечной слабостью. Возникают беспокойство, дисфория, исчезают сон и аппетит. 2-я фаза появляется к концу первых суток отнятия наркотика. Мышцы напряжены, отмечаются мышечные боли, мелкий тремор, тики, оживление сухожильных рефлексов. Повышается АД, пульс и дыхание учащаются. Могут возникать спазмы в животе с тошнотой и рвотой, озноб, проливной пот, возможен гипертонический криз. 3-я фаза возникает на вторые сутки лишения наркотика и протекает с ощущением тяжести и сдавливания в груди, болью и сжиманием в сердце, затруднением дыхания. Больной чувствует сжатие и сдавливание в темени и висках, жжение, неприятное покалывание, ползание, дерганье на коже и под кожей. Компульсивное влечение достигает пика, больной становится плаксивым, развивается апатия, гипобулия, астеническая депрессия. На 3–5 сутки воздержания возможно нарастание тревожного беспокойства с переходом в делирий, который длится до недели.

Течение гашишизма проходит три стадии. 1-я стадия наступает через 1–1,5 года систематического потребления наркотика. К этому времени толерантность возрастает до 3–5 сигарет за вечер, гашиш предпочитается алкоголю. Опьянение протекает без проявлений страха и тревоги, вегетативные симптомы ослабевают. Появляется obsessive влечение к наркотику как к средству достижения эйфории, без которого возникает неудовлетворенность и беспокойство. Больной активно ищет свой наркотик.

2-я стадия формируется через 3–5 лет систематического потребления наркотика. Начальное психосоматическое расслабление в интоксикации становится очень кратковременным, человек собран, активен, трудоспособен. Темп мышления ускорен, настроение приподнятое, смешливое. Опьянение длится 1–1,5 часа, после чего снижается тонус, падает работоспособность, исчезает интерес к окружающему. Толерантность возрастает, спиртное больше не употребляется. Вне интоксикации больной несобран, расслаблен, психическая работоспособность низка. Вскоре падает способность к выполнению физической нагрузки без употребления наркотика, формируется физическая зависимость и компульсивное влечение.

3-я стадия развивается примерно через 10 лет постоянной наркотизации. Толерантность падает, гашиш оказывает лишь стимулирующее действие, преобладает физическая зависимость. Абстинентные состояния затяжные, на первый план выступает астеноипохондрическая симптоматика. Для хронических гашишистов характерна темная желтизна кожи, напоминающая старческую пигментацию, у них происходит сужение легочных путей и возникает эмфизема (расширение грудной клетки), повышен риск туберкулеза и рака

легких. У многолетних курильщиков развивается амотивационный синдром: пассивность, отсутствие интересов и побуждений, «выпадение» в процессе беседы и трудности сосредоточения. Встречаются хронические психозы, напоминающие параноидную шизофрению и приводящие к инвалидизации. Марихуана хотя и не вызывает физическую зависимость, но синдром отмены и повышение толерантности к ней способствуют возникновению психической зависимости. Для большинства хронических потребителей марихуаны характерны вялость, ухудшение мышления и самоконтроля.

**ЛСД** (диэтиламин лизергиновой кислоты) – синтетический наркотик, не имеет цвета и запаха, продается в виде порошка или жидкости, которой пропитывают бумагу или ткань, разрисованную яркими картинками и разрезанную на дозы.

Опьянение развивается через несколько минут после приема препарата. 1-я фаза эйфорическая, длится примерно полчаса. Появляется ощущение тепла, истомы. Звуки становятся четкими, краски – яркими. Человек многоречив, весел, подвижен. 2-я фаза может длиться 2–3 часа. Появляется двигательная и ассоциативная заторможенность, в речи возникают паузы. Опьяневшего захватывают яркие воспоминания, при этом нейтральное кажется значимым, важное – безразличным. Человек стремится лечь, ощущает парение, его бросает то в жар, то в холод, он наблюдает себя как бы со стороны. Ему кажется, что размеры и расположение частей его тела изменяются, вплоть до их отделения. Может развиться ощущение себя лицом противоположного пола или неодушевленным предметом. Окружающие предметы непрерывно меняют свои очертания и свойства: холодное кажется горячим, гладкое – колючим. Часты синестезии (напр., цветной слух).

3-я фаза – галлюцинаторная, продолжается в течение 2–3 часов. Опьяневший дезориентирован во времени, окружающей обстановке, собственной личности. Появляются слуховые обманы: щелчки, звонки, а затем и «голоса», к которым присоединяются яркие зрительные образы, чаще в форме четких геометрических фигур. Возникают ощущения, связанные с работой внутренних органов, всплывают воспоминания о давно забытых событиях. Выражены аффективные колебания, опьяневшего одновременно переполняют разнообразные чувства: неизъяснимый восторг, ужас, ярость, витальная тоска. Собственное Я воспринимается отделившимся от тела и парящим в мистическом экстазе или растворившемся в пространстве и времени. Возможны страх сумасшествия, панические реакции, идеи о плохом отношении окружающих к себе, попытки убийства и самоубийства. Типичны различные степени помрачения сознания: делирий, онейроид, сумерки. В ряде случаев развивается затяжной галлюцинаторно-бредовой психоз, который затем может иметь

рецидивирующее течение, когда на фоне светлых промежутков, независимо от приема наркотика, могут возникать психотические приступы.

4-я фаза – астеническая. Хорошо запоминающиеся галлюцинаторные переживания, возможно ложное представление о повышении творческого потенциала, кардинальном изменении личности. В 25 % случаев наблюдается «плохой приход», сходный с приступом паники, после которого до месяца может сохраняться психотическая симптоматика. Стрессы могут провоцировать кратковременные – до нескольких часов – состояния, напоминающие опьянение наркотиком.

Эпизодическое потребление сменяется регулярным, через несколько месяцев развивается психическая зависимость, через год – физическая. Тошнота, расстройство пищеварения, потливость, слабость сохраняются и вне интоксикации. Отмечаются суетливость с непроизвольными движениями, тремор, судороги мышц, боли в мышцах и суставах. Память ухудшается, вплоть до невозможности запоминать простые тексты, мышление становится конкретным, снижаются критические способности, развивается органическое слабоумие. Нарастают возбудимость, вспыльчивость, тревожность, подозрительность, идеи о плохом отношении окружающих, периоды страха, подавленности с суицидальными тенденциями.

**Фенциклидин** (РСР, на сленге – «ангельская пыль») и его аналог **кетамин** применяются в медицине для обезболивания. Наркоманы используют эти препараты для расслабления, эйфории, измененного состояния сознания с обострением и обманами восприятия.

Интоксикация, как правило, длится в течение нескольких часов, но может длиться в течение нескольких дней или дольше. Выраженные клинические проявления интоксикации включают дезориентацию, спутанность, ступор или беспорядочное возбуждение, галлюцинации или бред и кому.

**Зависимость от ингалянтов.** Поскольку чистые наркотики дороги, подростки используют дешевые одурманивающие средства, предпочитая при этом летучие растворители, особенно опасные из-за риска повреждения тканей при повторном использовании, передозировки и асфиксии при использовании пластиковых пакетов. Вдыхание газа из баллончиков для зажигалок чревато также пожаром или взрывом.

В качестве ингалянтов (летучих растворителей – ЛР) используют бензин, ацетон, хозяйственный клей, краски, лаки, аэрозоли, полироли. «Нюхачи» вдыхают ЛР с помощью заложенной в нос ваты, пропитанной токсичной жидкостью, или непосредственно из упаковки, при этом на голову часто надевается пластиковый пакет. «Аппликаторщики»

накладывают смоченную ацетоном тряпку на выбритый затылок. Используют ЛР в основном дети и подростки из малообеспеченных слоев общества.

Симптомы легкой интоксикации подобны интоксикации алкоголем, седативными и снотворными препаратами. После 3–5 вдохов ЛР возникает першение в горле, слезотечение и двоение в глазах, шум в голове, тепло и расслабленность конечностей, легкое оглушение с последующим психомоторным беспокойством. Затем появляется эйфория с чувством превосходства, неуязвимости, парения. Цвета становятся яркими и контрастными, слова и другие звуки повторяются, как многократное эхо. Части тела кажутся удлиненными или укороченными, движения становятся неуклюжими, речь – смазанной; опьяневшие подростки падают, потешаются друг над другом.

Вдыхание паров **бензина** в течение более чем 10 минут приводит к развитию делирия с яркими зрительными галлюцинациями, часто устрашающими, иногда сопровождающимися тематически связанными с ними слуховыми галлюцинациями (угрозы, рычание зверей и т.п.). Опьяневшие принимают галлюцинации за реальность, относятся к ним со страхом и любопытством.

При опьянении парами **пятновыводителей, растворителей нитрокрасок, ацетоном, толуолом** происходит наплыв ярких образных фантазий – обычно на приключенческие и сексуальные темы. Если пары вдыхают с перерывами в несколько часов, развивается онейроид. Стены начинают двигаться, пол проваливается, опьяневший попадает в иные миры, его душа отделяется и растворяется в космосе. Он отрешен от окружающего, перед его взором разворачивается захватывающий фильм, однако понимание субъективного происхождения галлюцинаторных образов сохраняется. Иногда он видит «внутренним взором» отделившиеся части своего тела, мозг, внутренние органы, себя со стороны.

Для опьянения **клеем** характерно сноподобное состояние с красочными «лилипутскими галлюцинациями»: опьяневшие говорят, что им показывают «мультимики». Часто появляются одни и те же сцены, тот же персонаж.

Наряду с галлюцинированием, при вдыхании ЛР нарушается восприятие окружающего, возникает дезориентация, агрессивность, импульсивность. При прекращении ингаляции галлюцинации быстро исчезают, появляется критическое отношение к ним. Затем наступает заторможенность с атаксией, дизартрией, головной болью. Возможна амнезия периода опьянения. При передозировке могут развиваться нарушения сознания, припадки и кома.

После 4–5 эпизодов вдыхания ЛР происходит переход к систематическому употреблению, при этом развивается непереносимость алкоголя. Отмечается рост толерантности,

дозы увеличиваются в 2–3 раза, пары вдыхают в группе из двух-трех человек или в одиночку, несколько раз в день, не таясь от окружающих. Учеба, семья отходят на второй план. Меняется форма опьянения: эйфория, психосенсорные расстройства и галлюцинации возникают уже при первых вдохах ЛР, исчезают неприятные соматические и неврологические симптомы. Появляется способность контролировать вдыхания, поддерживать определенную глубину опьянения и управлять галлюцинациями. Галлюцинирующий подросток внешне упорядочен, прогуливается с компанией, посещает дискотеки и т.д.

Абстинентный синдром возникает через 3–6 месяцев систематического употребления ЛР. В первый день появляются подавленность и дисфория, тупая тяжелая головная боль, расширение зрачков, потливость, двигательное возбуждение с тремором и мышечными подергиваниями. На вторые сутки развиваются тревожность, недоверчивость, подозрительность, нарушения сна, грубые реакции протеста, больной отказывается от еды. Учащается пульс, повышается АД, возникают боли в мышцах. Больные залеживаются в постели, жалуются на тоску, высказывают суицидальные мысли. Это состояние длится 1–2 недели.

Течение безремиссионное. Уже через 2–3 месяца систематического потребления ЛР наблюдается резкое снижение умственной работоспособности, утрата интереса к учебе. Агрессивное поведение в опьянении ведет к частым правонарушениям. Возможны побеги из дома, драки, кражи, грабежи, акты сексуального насилия. Потребление ЛР часто сменяется алкоголизмом или другими формам наркоманий со злокачественным течением.

Обычные соматические осложнения – истощение, снижение аппетита, тошнота, гипотония, токсический гепатит и нефрит, поражение костного мозга, резкое снижение иммунитета. Наблюдаются периферические невриты, токсическая энцефалопатия с психоорганическим синдромом, который в течение 1,5–2 лет приводит больного к инвалидизации. Бывают случаи, когда опьяневший из-за потери сознания не может снять с головы пакет и умирает от асфиксии. Вдыхание этилированного бензина и сжиженного нефтяного газа из баллончиков для заправки зажигалок чревато пожаром или взрывом.

#### **5.4. Подростковая наркомания**

Подростковую наркоманию отличает нечеткость симптоматики наркозависимости. Ее признаки в большей степени определяются ситуацией, чем состоянием болезни. Границы синдромов и этапов болезни размыты, что не позволяет выделить стадии Н-зависимости. Преобладает психопатологическая симптоматика. Быстро формируются эндокринная не-



достаточность и психический дефект, переходящий в апатическое слабоумие с выраженным психоорганическим синдромом.

В формировании подростковой наркомании важную роль играет психическая незрелость подростка, выражающаяся в пониженной критичности к себе, обидчивости, ранимости, неспособности самостоятельно принимать решения и планировать действия, противостоять внешнему влиянию. Факторами риска являются педагогическая запущенность, контакты с асоциальными сверстниками, депрессивные расстройства, низкая способность справляться с проблемными ситуациями.

С.А. Кулаков (1998) выделяет ряд особенностей аддиктивных подростков. В сфере общения наблюдается избегание решения проблем, нестабильность отношений с окружающими, преимущественно однотипный способ реагирования на фрустрацию и трудности, высокий уровень претензий при отсутствии критической оценки своих возможностей, склонность к обвинениям, эгоцентризм. Характерны также агрессивное или неуверенное поведение, появление социофобий, ориентация на слишком жесткие нормы и требования, перфекционизм, нетерпимость и нетерпеливость, не позволяющие установить устойчивые личностные отношения.

В аффективной сфере отмечаются эмоциональная лабильность, низкая выносливость к отказам и быстрое возникновение тревоги и подавленности, сниженная или нестабильная самооценка, преувеличение негативных событий и минимизация позитивных, что приводит к еще большему снижению самооценки, неприятию «обратных связей» и способствует закрытости личности. В мотивационной сфере блокируются потребности в защищенности, самоутверждении, свободе, принадлежности к значимой группе, временной перспективе.

Выражены когнитивные искажения, усиливающие дисгармонию личности, аффективная логика: долженствование, сверхожидания от других, эмоциональные блоки («мальчики не плачут»), игнорирование проблем, построение умозаключения на деталях, вырванных из контекста («если кто-то критикует меня, то я – плохой»), построение глобального вывода на одном единственном факте, максимализм («все или ничего»), произвольность выводов при отсутствии доказательств, перфекционизм, преобладание негативных оценок.

Наркотики выполняют для подростка следующие важные функции: поддерживают чувство взрослости и освобождения от родителей; формируют ощущение принадлежности к группе, а также среду неформального общения; дают возможность отыгрывать сексуаль-

ные и агрессивные побуждения, не направляя их на людей; помогают регулировать эмоциональное состояние; реализуют творческий потенциал подростков через экспериментирование с различными веществами (Змановская, 2003).

Первое знакомство с наркотиком чаще всего обусловлено следующими мотивами: желанием удовлетворить любопытство; стремлением испытать чувство принадлежности к определенной группе; давлением группы; попытками выразить свою независимость, а иногда – враждебное отношение к окружающим; стремлением достичь подъема настроения; потребностью достичь полного покоя и расслабления; попытками уйти от чего-либо гнетущего.

Первому знакомству с наркотиками способствуют такие факторы (по степени значимости), как отклонения личности; особенности социальной ориентации: отсутствие устойчивых, социально ориентированных интересов, антисоциальные поступки, алкоголизация, осведомленность об эйфоризирующем воздействии ПАВ; стремление уклониться от учебы и работы; неблагоприятные особенности воспитания: неполная или дисфункциональная семья, воспитание у родственников или в детском доме, безнадзорность; потакающее воспитание, препятствующая выработке у подростка чувства долга и ответственности; особенности влияния значимой группы сверстников; общение с правонарушителями и преступниками, компанией наркоманов, дельцами наркобизнеса (Шабанов, 2015).

**Ранние признаки употребления наркотиков.** В доме появляются бумажные пакетики с порошком, целлофановые упаковки с темно-коричневыми кусочками пластичной массы, спичечные коробки с зеленовато-травянистым порошком, разноцветные таблетки с выдавленными на поверхности картинками и символами, марки, не очень похожие на почтовые. Родители могут находить в доме упаковки от таблеток и шприцов, ампулы, трубочки из фольги, мелкие квадратики вощеной бумажки, пустые гильзы от папирос, неиспользованный табак или кусочки каких-то растений, закопченные ложки. На коже подростка обнаруживаются следы инъекций, он может носить с собой различные пузырьки и целлофановые пакеты, предметы, которые можно использовать в качестве жгута: резинку, провод, шнур и т.п.

Подросток часто ходит на рынок, проявляет повышенный интерес к справочникам лекарств и химическим реактивам (особенно к кристаллическому йоду, белому фосфору, ацетону). В доме пропадают медикаменты из аптечки, деньги, вещи, или, наоборот, у подростка откуда-то появляются деньги, он что-то скрывает от родителей, часто врет. подро-

сток часто проветривает комнату, окуривает ее благовониями, использует освежители воздуха и дыхания, одеколон и дезодоранты.

Учащаются необъяснимые отлучки из дома, при этом подросток неспособен даже приблизительно сказать, сколько он будет отсутствовать. Он необычно долго разговаривает по телефону, уносит его в свою комнату, вместо старых друзей у него появляются таинственные новые знакомые, которые «забегают на минутку» (передают наркотики?). Обычно они старше его, странно себя ведут, знакомить с ними родителей подросток не хочет. Он постоянно опаздывает в школу, уходит с последних уроков (уменьшается способность к концентрации внимания из-за абстиненции), часто прогуливает занятия, на уроках сонлив, не выполняет домашних заданий, у него ухудшается успеваемость. Отрицает, что наркотики могут приносить вред. У него появляется равнодушие к учебе, спорту и прежним увлечениям, нарастает чувство ущербности и неполноценности.

Подросток отказывается обсуждать с родителями свои проблемы, игнорирует семейные праздники, уменьшает контакты, изолируется. У него появляются немотивированные резкие перепады настроения, он то ведет себя по-детски сумасбродно, то угрюм и демонстрирует негативное отношение ко всему, залеживается в постели. Появляется потребность в немедленном удовлетворении своих желаний, нетерпеливость и импульсивность.

Подросток начинает часто употреблять жаргонные выражения, непонятные взрослым термины. В разговоре он повторяется, выразительность речи снижается, она становится торопливой, невнятной и иногда бессвязной, понижается тембр голоса, растягиваются окончания слов. У подростка ухудшается аппетит, он худеет, а иногда вдруг выказывает необычный аппетит и страстную потребность в сладком. Повышается утомляемость, частые возникают простуды, желудочные боли и судороги в мышцах, головокружение, обмороки, потери сознания. Утренняя вялость контрастирует повышенной активностью по вечерам. Нередко подросток спит днем и бодрствует ночью. Появляется сексуальное безразличие, у девушек нарушается менструальный цикл.

Подросток выглядит усталым, неряшливым, у него красные, опухшие, малоподвижные глаза, они могут блестеть или быть тусклыми, зрачки часто сужены и слабо реагируют на изменение освещенности. Повышается потливость, кожа становится холодной и липкой, пальцы – бледными. При использовании инъекций подросток постоянно носит одежду с длинными рукавами.

После курения гашиша от одежды долго исходит своеобразный сладковатый запах. От кожи лица, пальцев рук, волос может пахнуть жженой листвой, ацетоном, уксусом, бензи-

ном. Следы летучих растворителей можно обнаружить на лице, руках и одежде; замечен специфический запах изо рта. Характерны покраснение и сыпь вокруг рта и носа, раздражение век и глаз, сухость и воспалительные явления слизистых верхних дыхательных путей, постоянный кашель и чихание. У «аппликаторщиков» бывает выбрит затылок, кожа которого становится покрасневшей и раздраженной. При потреблении опиоидов больной ночью бродит по квартире, а днем спит. Курение марихуаны выдают покрасневшие сухие губы, «стеклянные» глаза, а принимающих эфедрон отличает гладкий, отечный, густокрасный язык. Для потребителей галлюциногенов характерны яркий румянец на бледных щеках, яркие губы, замедленность движений, речи и мышления, попытки разговаривать с неодушевленными предметами и другие странности в поведении.

У химически зависимых подростков выявляются следующие иррациональные убеждения: Все надоело. В жизни нужно попробовать все. Наркотики делают жизнь интереснее. От травки зависимости не бывает. Один раз не опасно. Если не колоть в вену, зависимости не будет. Если колоться редко, то зависимость не возникнет. Если я почувствую, что «сажусь», я сумею остановиться. Наркоманами становятся слабые. Все зависит от меня. Я постепенно буду снижать дозу и брошу. Чтобы избавиться от героина, можно курить анашу. Все сидят на наркотиках. Мне никто не поможет. Я никому не нужен. Мне все равно. По кайфу даже умирать не страшно.

### **5.5. Психология наркомании**

Р. Мэй (1997) связывает распространенность наркомании среди молодежи с последствиями сексуальной революции, которая привела к тому, что бунт против родителей реализуется в увлечении наркотиками, смещающим секс на второй план. Он отмечает, что до приема наркотиков у пациентов отмечались признаки половой слабости из-за того, что они не могли вынести отключение чувства Я, происходящее в момент эякуляции. Наркотик притупляет чувство неполноценности, сексуальные желания больше не тревожат наркомана или он может продолжать половой акт бесконечно, не доходя до оргазма. После излечения наркомании либидо и потенция обычно возрастают по сравнению с началом заболевания.

Дж. МакДугалл (2002) полагает, что наркоман бросает тройной вызов: 1) нарциссический вызов наркотику как материнскому интроекту (теперь ты никогда не сможешь бросить меня!); 2) садистический вызов отцовскому интроекту (я плюю на твое отношение ко мне!); 3) нарциссический вызов смерти (тебя нет для меня!), который затем сменяется на мазохистский (приди!).

Наркоманы используют анальгетики и опиаты для ослабления агрессивных импульсов; депрессанты – для смягчения гипертрофированных ригидных защит, держащих их в состоянии внутренней изоляции, пустоты и холодности. Барбитураты избавляют от чувств страха, гнева, стыда, неудовлетворенности, неполноценности; они помогают преодолеть чувство одиночества, пробуждают стремление к симбиотической связи с заботливой сильной личностью. Эйфоризирующие ПАВ облегчают переживания скуки и подавленности; стимуляторы избавляют от вялости, апатии или гиперактивности, которые являются проявлениями слабых или раздутых структур Эго-идеала у депрессивных и нарциссических личностей. Амфетамины устраняют чувство пустоты и отсутствия радости жизни, снимая внутреннее напряжение и создавая ощущение активного и агрессивного овладения миром. Кокаин растормаживает сексуальные и агрессивные влечения, облегчая наркоману контакт с основными слоями своей личности, без чего он не чувствует себя реально живым. Галлюциногены приводят к разрушению высших психических функций, избавляя наркомана от ощущений пустоты, отсутствия смысла и неудовольствия, связанных с наличием этих функций. На смену приходят архаические фантазии с иллюзией примитивной грандиозной Самости и слияния с Великой Матерью.

У наркоманов выявляются такие черты образа Я, как неверие в себя, низкая самооценка, чувства неполноценности и вины, склонность прибегать к психологическим защитам. Основными формами их психологической защиты являются отрицание, регрессия и компенсация. *Отрицается* внутренняя важность переживания, в частности, депрессивных чувств. С помощью *регрессии* к более раннему уровню психического функционирования наркоман пытается избежать актуальной тревоги, становясь беззащитным перед тревогой, свойственной той стадии, к которой он регрессировал. С помощью *компенсации* он избегает тревоги, связанной с нерешенными проблемами, направляя свою активность в более безопасное русло. Следует отметить контраст между низкой самооценкой наркомана и высоким уровнем его притязаний.

Наркоман постоянно жалуется на недовольство, внутреннее напряжение, ненависть к себе, подавленность, неспособность любить, нежелание жить. Вследствие патологии развития Эго и Суперэго, а также недостаточной аутоагрессивной работы печали, настоящая депрессия у наркоманов не развивается. Их агрессия направляется на других людей, общество в целом. Наркоманы относятся к миру хуже, чем алкоголики. Если последние, пытаясь справиться с депрессивной скукой, с одержимостью набрасываются на работу, наркоманы отвергают любую форму упорной, продолжительной деятельности.

Для наркоманов характерно более сильное, чем у алкоголиков, садистическое воздействие примитивного Суперэго еще в преморбиде, ведущее к агрессивному поведению, особенно с родителями и другими авторитетами. От этих конфликтов страдают, прежде всего, сами наркоманы. Садистическое влияние Суперэго проявляется также в постоянных несчастных случаях и наносимых себе увечьях. Подобное поведение связывают с контрфобической защитой, которая призвана доказать наркоману его неуязвимость перед лицом добровольно драматизированных ситуаций, символизирующих смертельную опасность.

Фенихель (2004) заключает, что аддикты действуют так, как если бы любое напряжение грозило им тяжелой травмой. Они воспринимают это напряжение как предвестника явной угрозы существованию, так же, как младенец воспринимает чувство голода. Поэтому их основной целью становится не достижение удовольствия, а избегание напряжения и боли. Фенихель предположил, что химическая зависимость защищает от воздействия болезненных внешних и внутренних стимулов. Если внешние стимулы можно изменить простой сменой социальных условий, то никакой специальной терапии не требуется. Терапия будет менее успешной при наличии заметных ранних нарциссических отклонений. Чем меньше времени прошло с момента возникновения зависимости, тем больше шансов на то, что лечение будет успешным. Необходима предварительная фаза терапии, помогающая пациенту осознать, что он болен. Не следует ожидать от пациента абсолютного воздержания от употребления наркотических веществ в начале лечения.

Кохут (2003) отмечает, что наркотик служит не заменителем любимых и любящих объектов или отношений с ними, а замещением дефекта Самости наркомана. Этот дефект возник по причине того, что ребенок слишком рано почувствовал, что не может полностью контролировать мать в соответствии со своими потребностями: как если бы она являлась частью его самого. Принимая наркотик, он символически овладевает его магической силой, однако дефект Самости остается: «Это похоже на то, как если бы человек с огромной фистулой в желудке пытался утолить едой свой голод».

Ханзян (2000) объясняет компульсивную готовность наркомана терпеть любые муки, связанные с потреблением ПАВ, ради того, чтобы хотя бы на время избавиться от своей глубинной психической боли. Автор предполагает, что в основе этой боли лежит перенесенное в детстве травмирующее обращение близких родственников – абьюз (англ. abuse – злоупотребление, оскорбление). Результатом абьюза стало хроническое болезненное аффективное состояние, не имеющее словесного, образного или иного символического пред-

ставления (в результате изоляции аффекта, алекситимии и ангедонии). Наркотическая «ломка» становится средством преобразования пассивных переживаний в активный опыт контроля над собственными болезненными чувствами.

Вёрмсер (2000) в качестве основных защит, наблюдающихся при наркомании, выделяет отрицание и изоляцию аффекта, превращение пассивной позиции в активную, с отыгрыванием вовне. Следствием отрицания становится расщепление и нарушение преемственности Эго, что приводит к разорванности чувства Я и общей неустойчивости. Ненадежность и непредсказуемость наркоманов возмущает окружающих и унижает самих больных. Защитой от этого становится ледяная корка нарциссизма, прикрытая привлекательным шармом антисоциального психопата.

### **5.6. Психотерапия Н-зависимых**

Наркозависимый демонстрирует серию поведенческих стереотипов и других феноменов, которые затрагивают весь спектр биопсихосоциальной структуры человека. По этой причине успешные программы лечения должны быть направлены на биологические, психологические и социальные проблемы пациента.

#### **Опросник для родителей наркомана (Березин, Лисецкий, 2001)**

Как бы Вы могли охарактеризовать отношения в вашей семье?

Как вы думаете, с чем связана сложившаяся ситуация в семье?

Что больше всего волнует, тревожит Вас в поведении Вашего ребенка?

Как Вам кажется, как обычно Вы реагируете на поведение ребенка, неприемлемое с Вашей точки зрения?

Имели ли место, на Ваш взгляд, трудности в воспитании? С чем они были связаны?

Каких принципов Вы придерживаетесь в воспитании Вашего ребенка?

Какими методами в чаще всего пользовались в процессе воспитания ребенка?

Какие качества Вы хотели воспитать в ребенке?

Что, на Ваш взгляд, удалось сформировать положительного или отрицательного в личностных качествах ребенка?

Что не удовлетворяет Вас в том, как Вы воспитываете Вашего ребенка?

Как Вы считаете, что бы Вы могли изменить в воспитании сейчас?

Как Вы думаете, как оценивает ребенок ситуацию, складывающуюся в семье, как относится к ней?

Какую роль занимает Ваш ребенок в жизни семьи?

Удовлетворен ли Ваш ребенок этой ролью?

Как бы Вы могли описать отношения между Вами и Вашим ребенком, другим родителем и ребенком?

Опишите, пожалуйста, типичный день в Вашей семье.

Как вы думаете, что означают конфликты в Вашей семье?

Зачем, по Вашему мнению, нужны ссоры и скандалы каждому члену семьи?

Что каждый из Вас получает в этих конфликтных отношениях?

Как Вы думаете, на что следует обращать большее внимание в отношениях с ребенком?

Что бы Вы хотели изменить в отношениях с ребенком?

Как Вы считаете, как этого можно добиться?

Что Вы готовы сделать для того, чтобы ситуация изменилась?

Что из того, что Вы готовы сделать для изменения ситуации, кажется Вам наиболее подходящим?

Что может помешать Вам реализовать Ваши планы?

Что может Вам помочь, на что Вы можете опереться, реализуя ваши планы?

С.А. Кулаков и С.Б. Ваисов (2006) приводят схему первого интервью с Н-зависимым.

1. Присоединение.
2. Определение проблемного поведения: «Я бы хотел, чтобы вы подробнее об этом рассказали. Как вы оцениваете эту проблему?» Попробуйте взглянуть на проблему глазами пациента; например, что он делает, что у него не получается, указывал ли ему кто-либо ранее на наличие проблемы.
3. Степень тяжести проблемы. Необходимо оценить восприятие клиентом сложности проблемы, так как может оказаться, что не она одна волнует клиента, а, например, еще и повышенная утомляемость при учебе. «Насколько эта проблема представляет для вас затруднения?». Оценка тяжести проблемы близкими людьми.
4. Мониторинг употребления ПАВ. Необходимо учитывать следующие параметры: какие ПАВ используются; количество, частота приема каждого вещества, пути и способы введения каждого препарата, дата последнего приема, индивидуальное или групповое потребление, наличие или отсутствие изменений толерантности, появление синдрома зависимости или отмены.



5. Обращение к другим видам компульсивного поведения. Азартные или компьютерные игры, промискуитет, переедание или голодание, чрезмерная работа, поиск острых ощущений.
6. Тип влечения. А) Обсессивное влечение: постоянно появляются навязчивые воспоминания и представления об эффекте опьянения. Выражены вегетативные, висцеральные ощущения при воспоминании о наркотике. Б) Сверхценное влечение полностью и постоянно определяет интересы и поведение пациента. Попытки коррекции поведения вызывают активное сопротивление с дисфорическими переживаниями и расцениваются как покушение на свободу личности.
7. Изменение формы потребления. Защитные реакции не возникают даже при значительной передозировке токсических веществ.
8. Мониторинг чувств, которые могут приводить к употреблению ПАВ: «Какие чувства побудили вас добыть наркотик?» (обида, злость, отчаяние, боль и т.д.).
9. Оценка субъективных выгод, получаемых от наркотизации, и приносимых субъективных жертв. Взвешивание за и против.
10. Оценка принятия ответственности за болезнь, оценка преобладающего локуса контроля. Чей запрос скорее служит стимулом к лечению: родительский, ситуативный, собственный?
11. Компульсивное влечение. Существует постоянно, подчиняет поведение пациента, устраняет противоречия в борьбе мотивов.
12. Обсуждение занятости и/или распоряжения деньгами. В большинстве случаев наркозависимые не способны самостоятельно и целесообразно распоряжаться деньгами и временем.
13. Мониторинг симптомов после прекращения употребления наркотика. Любые кратковременные перерывы в интоксикации вызывают острые абстинентные явления, характерные для того или иного вида наркомании.
14. Динамика наркотизации и социальное сужение личности. С момента наркотизации.
15. Поощрение воздержания от наркотизации. Следует выяснить у пациента, кто и какими способами поддерживает его воздержание: члены семьи, друзья и др.
16. Поиск альтернативных способов достижения состояния комфорта. Проработка состояний или ситуаций, избегание которых осуществлялось с помощью наркотика. Выяснение состояний или ситуаций, при которых пациент чувствовал бы себя

- наиболее комфортно. Разработка плана конкретных действий, направленных на достижение этих состояний или ситуаций без наркотика.
17. Обсуждение стрессоров и их влияния на выздоровление. К стрессорам относятся те внешние факторы, к которым пациент должен адаптироваться (например, деятельность, взаимоотношения, дети). Необходимо определить взаимосвязь конкретного стрессора и процесса выздоровления (например: «Это повлияло на ваше желание употребить наркотик?» «Что вы можете сделать вместо того, чтобы принять наркотик?» «Как это влияет на ваше выздоровление?» «Это приводило вас к употреблению наркотика в прошлом?»)
  18. Определение дисфункциональных когниций пациента, касающихся наркомании. Это относится к тем когнитивным моделям, в которых терапевт опознает дисфункциональные когниции, а затем вовлекает пациента в процесс развития когнитивных копинг-стратегий.
  19. Проработка последнего рецидива. Функциональный поведенческий анализ. В него включается обсуждение того, что произошло, при каких обстоятельствах случился рецидив. Моделирование состояния, предшествующего рецидиву. Проработка эмоциональных и когнитивных механизмов, запускающих рецидив. Обсуждение стратегий и ресурсов, позволяющих справиться с состояниями непреодолимого влечения. Поощрение конструктивных стратегий.
  20. Обсуждение симптомов рецидива. Оно должно осуществляться в контексте профилактических мероприятий и включать распознавание специфических предвестников рецидива. Изменения в мышлении, отношениях и поведении расцениваются как симптомы рецидива.
  21. Рассмотрение последствий употребления ПАВ. Употребление ПАВ в процессе реабилитации и в дальнейшей жизни. Очень часто наркозависимые предполагают возможность разовых употреблений.
  22. Обсуждение конкретных дисфункциональных отношений. Взаимоотношения с родителями, с лицами своего и противоположного пола.
  23. Обсуждение семейных явлений. Созависимость, семейные роли, алкоголизм и т.д.
  24. Обращение внимания на динамические проблемы пациента. Выявление фиксации на различных этапах индивидуального развития.
  25. Характеристика степени личностной зрелости. Психоаналитическая диагностика личности. Уровни нарушений: невротический, пограничный, психотический.

26. Обсуждение сотрудничества пациента или его сопротивления лечению. Оценка негативных изменений (личностных, социальных, биологических), произошедших за время наркотизации.
27. Поощрение принятия личной ответственности за выздоровление. «Кто несет ответственность за ваше выздоровление?». Важно разделить ответственность и обсудить, кто за что отвечает в процессе реабилитации.
28. Обсуждение разных аспектов отношений пациента с терапевтом. Выяснение того, готов ли пациент сотрудничать с вами в дальнейшем.
29. Подписание контрактов о сотрудничестве: один – с наркозависимым, другой – с его родителями или близкими.

При установлении показаний к лечению наркозависимого больного важную роль играет определение уровня его готовности к излечению. Р. Гарифуллин (2004) выделяет следующие установки на трезвость: 1) стремление больного к лечению методами, исключаящими возможность приема ПАВ после психокоррекции; 2) отсутствие ПАВ как средства достижения каких-либо целей у значимых других; 3) отсутствие в юморе больного утверждения превосходства пьяных над трезвыми; 4) отсутствие в речи и поведении больного выраженного удовольствия, оживления, бахвальства при воспоминании о пьяной жизни и 5) приближение самооценки больного к адекватной, в частности, относительно характера и тяжести своего заболевания.

Для повышения терапевтической мотивации применяют мотивационное интервью (Miller, Rollnick, 1991), состоящее из 8 шагов.

1. Выявление мотивирующих формулировок самого пациента, что аргументируется их особой значимостью для него, а также тем, что они в значительно меньшей степени вызывают его сопротивление.
2. Эмпатическое слушание по Роджерсу необходимо для того, чтобы сформировать терапевтический альянс, подкрепить самоуважение пациента, улучшить взаимопонимание и смягчить сопротивление.
3. Активный опрос предполагает структурированное и направленное интервьюирование с целью выявления реальных чувств, переживаний, размышлений и планов пациента.
4. Предоставление пациенту обратной связи, когда психотерапевт дает пациенту оценку его случая (устную или подкрепленную записями, визуализацией), в сравнении с другими пациентами и литературными данными по целому ряду параметров, относящихся к злоупотреблению ПАВ.

5. Поддержка пациента заключается в укреплении терапевтических отношений, его самомотивирующих формулировок, поддержке самоуважения и собственных усилий пациента.

6. Работа с сопротивлением пациента осуществляется не прямо, поскольку конфронтация может усилить сопротивление. Начиная от простого отражения форм сопротивления, через рефлексии с усилением или преувеличением наблюдающихся у пациента проявлений сопротивления, обращением аргумента в его противоположность и другими приемами удается минимизировать сопротивление пациента.

7. Техника рефрейминга, приводящая к изменению масштаба переживаний или выработке нового взгляда на проблему.

8. Подведение итогов позволяет периодически в ходе терапевтической сессии и в конце ее суммировать все имеющиеся в арсенале больного мотивирующие формулировки, причем возражения против них также можно упоминать, поскольку это снижает сопротивление.

Шабанов (2015) предлагает следующую программу реабилитации наркозависимых.

1. Попробуйте выполнить три основные задачи:

а) помогите максимизировать физические и психические усилия пациента, направленные на выход из состояния опьянения;

б) помогите ему повысить мотивацию на трезвость или отказ от наркотиков (условно-рефлекторная терапия при алкоголизме или использование налтрексона при опиизме);

в) помогите больному перестроить жизнь, ориентируя его на полный отказ от ПАВ, с использованием возможностей семьи, посещением клубов Анонимных Алкоголиков или Анонимных Наркоманов; подскажите, как правильно распорядиться свободным временем и т.д.

2. Насколько это возможно, используйте амбулаторные, а не стационарные формы работы с пациентом, поскольку амбулаторная помощь существенно дешевле и помогает больному войти в реальную жизнь без наркотиков. Стационарные формы лечения и реабилитации показаны пациентам с психическими расстройствами, пациентам, неспособным пребывать в ремиссии даже короткое время, а также тем, кто проживает далеко от больницы или в тяжелых бытовых условиях – например, в семье наркоманов.

3. Если проводится курс больничной реабилитации, постарайтесь ограничить его 2–4 неделями, поскольку удлинение срока госпитализации даже до 6 или 12 месяцев не повышает эффективность реабилитационных мероприятий.

4. Избегайте использования большинства фармакологических средств в терапии лекарственной зависимости. Возможное исключение – налтрексон при лечении опиизма.

5. Групповые методы реабилитации предпочтительнее индивидуальных из-за меньшей стоимости и большей эффективности работы с больными.

6. Активно используйте группы Анонимных Алкоголиков и Анонимных Наркоманов, поскольку они достаточно эффективны и не требуют больших материальных затрат. Организуйте группы самоподдержки членов семьи наркоманов. Эти группы предлагают наркозависимому модель достижения ремиссии и ее поддержания. В них предпочтение отдается поведенческим и когнитивным методам, дающим возможность изменить сложившиеся болезненные стереотипы зависимого от наркотиков поведения.

7. Знайте, что ни одна из известных форм психотерапии не является более эффективной, чем обычный ежедневный контакт с пациентом.

8. Следует поддерживать контакт с пациентом в течение по крайней мере 6–12 месяцев. Не пренебрегайте любой формой контакта (например, письменного, по телефону), чтобы контролировать пациента и поддерживать его ремиссию.

8. Используйте для работы с наркозависимыми не только дипломированных специалистов (врач, психолог, медицинская сестра), но и лиц, не имеющих специального образования, из числа бывших алкоголиков или наркоманов, желающих работать в сфере реабилитации наркозависимых.

В наркологическом стационаре больной находится 2–4 недели, в это время применяют-ся традиционные методы отечественной психотерапии:

- рациональная психотерапия – разъясняются причины болезни, больному указывается на зависимость между неправильным пониманием ее причин и динамикой болезни, предоставляется информация о прогнозе болезни, способах и эффективности лечения;
- гипносуггестия – терапевтические внушения в трансовом состоянии сознания, направленные на усиление мотивации к лечению, мобилизацию психологических ресурсов, укрепление уверенности в выздоровлении, профилактику рецидива;
- эмоционально-стрессовая психотерапия – активное рационально-эмоциональное воздействие, направленное на подчинение депрессивных и ипохондрических мотивов духовным, социальным и семейным;
- аутогенная тренировка – самовнушение лечебных формул в бодрствующем состоянии сознания на фоне мышечной релаксации;

- наркопсихотерапия – терапевтическое внушение в гипноидном состоянии сознания, вызванном введением тиопентала натрия, гексенала, барбитала и т.п. средств;
- игровая психотерапия и терапия творчеством – участие в ситуационных ролевых играх и обсуждении произведений литературы и искусства, создание собственных работ;
- коллективная психотерапия – клинические беседы с врачом, обсуждение биографий и историй болезни, использование элементов групповой динамики.

Высокую эффективность **гипносуггестивной терапии** наркоманов объясняют (Симонова, 2001) ее способностью обходить сопротивление, потребностью наркоманов в измененном состоянии сознания и возможностью использовать их опыт пребывания в трансе в лечебных целях.

А.В. Ларионов (1997) предлагает следующую схему суггестивной терапии. Выявление ключевых (пусковых) моментов принятия наркоманом решения «употребить наркотик». Осознание наркоманом этих моментов. Встраивание в подсознание наркомана генератора «любви к себе» и «ответственности». Обучение наркомана самостоятельному вхождению в трансовое состояние при возникновении ощущений, связанных с физической или психологической зависимостью.

Автор применяет **поведенческий групповой тренинг** отказа от наркотика, включающий следующие приемы. Взгляд прямо в глаза предлагающему наркотик, крик «нет!» и уход. Обвинение в адрес предлагающего наркотик: «Ты что мне предлагаешь? Я же сказал "нет", ты что, дурак?». Полное молчание, которое может сопровождаться мимикой и жестами; при этом обычное общение становится невозможным, и предложения прекращаются. Создание негативного образа наркотика: потери денег, нищеты, утраты здоровья, опустившегося человека, тюрьмы, плачущей матери. Четкое и однозначное публичное заявление о своем выходе из игры, подкрепленное представлением о риске утраты своего Я: «Если я уколюсь, то буду...».

Для повышения уверенности в себе используется ассертивный тренинг, для борьбы со страхами – систематическая десенситизация (постепенное столкновение с все более пугающими объектами) и парадоксальная интенция (намеренное утрированное представление своего страха с ироническим доведением его до абсурда).

Ассертивный тренинг по Даренскому (2015) состоит из следующих шагов.

1. Пациент анализирует, может ли он заявлять о себе в приемлемой для других форме и добиваться своего, не ущемляя чужих интересов? Получает ли он от общения с другими все, что хочет?

2. Пациент заводит тетрадь, в которую заносит случаи, когда ему удавалось быть ассертивным, те ситуации, которые он «пустил на самотек», а также те, от которых он уклонился.

3. Пациент несколько минут сидит с закрытыми глазами и вспоминает, что он предпринимал, когда произошла какая-то неприятность. Следует как можно отчетливее представить все детали, не исключая своих эмоций до и после инцидента.

4. Далее пациент анализирует все, что касается шага 3 с точки зрения техники ассертивного поведения (взгляд, положение тела, жесты, выражение лица, тон голоса, занятое время, плавность речи, смысл сказанного). Отмечает меру убедительности и силы, которые он вложил в каждую из этих деталей. Фиксирует внимание на деталях, свидетельствующих о неуверенности или агрессивности.

5. Пациент наблюдает за человеком, который очень хорошо справляется с похожей ситуацией.

6. Пациент рассматривает альтернативные варианты. Как можно по-другому справиться с тем же самым инцидентом? Можно ли извлечь из ситуации большую пользу?

7. Пациенту представляет, что он снова оказался в той же ситуации. Этот шаг надо повторять до тех пор, пока он не найдет оптимальный образ действий, который оправдает себя в данной ситуации.

8. Пациент намечает несколько вариантов своего поведения, чтобы можно было выбрать по обстоятельствам самым удачным.

9. Оценка и самоконтроль. Акцент делается на позитивных моментах поведения.

10. Корректировка поведения. Повторяются предыдущие шаги столько раз, сколько будет нужно для того, чтобы «отточить» свои действия.

11. Испытание в условиях реальной ситуации.

Бюрингер и Ферстль (2003) систематизировали методы поведенческой терапии, применяемые при различных нарушениях у наркозависимых.

Расстройства	Мероприятия
1. Нарушения психических функций 1.1. Нарушения восприятия: многочисленные изначально нейтральные внутренние и	Сбор информации об индивидуальных стимулах; ведение дневника; «остановка мыслей»;

внешние раздражители становятся условными стимулами для поведения, связанного с зависимостью (напр., абстинентные явления, стремление принять ПАВ, его приобретение и потребление).	скрытый контроль; скрытая сенсibilизация; когнитивные пробы; тренинг навыков отказа (ролевая игра).
1.2. Расстройства памяти: выраженное нарушение концентрации внимания.	Постепенное увеличение сложности заданий (с помощью контрактов).
1.3. Расстройства мышления или способности решать проблемы: - продолжительные периоды навязчивых мыслей о переживаниях во время приема ПАВ, о новом употреблении и его положительных последствиях, о путях его приобретении; - решение проблем с помощью нового приема ПАВ.	«Остановка мыслей»; тренировка альтернативного поведения; анализ проблем и тренинг принятия решения; модификация ложных убеждений относительно ПАВ.
1.4. Расстройства речи: - ограниченный набор слов для выражения эмоций; - словарный запас, связанный с наркотической тематикой (у молодых наркоманов еще и специфический для субкультуры сленг).	Дезактуализация понятий, связанных с потреблением ПАВ; методы самоконтроля.
1.5. Эмоциональные расстройства: - неуравновешенное и неадекватное ситуации импульсивное поведение (вербальное и физическое агрессивное поведение, склонность к уходу от решения проблемы, депрессивное поведение); - быстрая смена настроения.	Самонаблюдение; коммуникативный тренинг; ролевые игры; формирование позитивной Я-концепции.
1.6. Мотивационные расстройства: - низкая способность к компромиссам; - низкая способность к преодолению трудных ситуаций и выполнению длительных заданий; - низкая толерантность к событиям, не предвещающим быстрого успеха; - неспособность спокойно переносить неудачи.	Обзор проблемных ситуаций; ступенчато усложняющиеся контракты; реатрибуция ответственности; проектирование; ролевые игры.
1.7. Расстройства психомоторики:	Исчезновение симптоматики



<p>- сильно замедленная или ажитированная психомоторика в зависимости от фармакологического действия ПАВ.</p>	<p>после длительного воздержания; упражнения по активизации; релаксационный тренинг.</p>
<p>2. Нарушения развития, оказывающие влияние на образ жизни (начало злоупотребления ПАВ приходится на подростковый или юношеский возраст):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- не соответствующее возрасту «детское» поведение (напр., неспособность взять на себя ответственность);</li> <li>- неспособность к самостоятельному образу жизни;</li> <li>- отсутствующее или прерванное школьное или профессиональное образование;</li> <li>- неумение планировать свое свободное время;</li> <li>- отсутствие друзей или наличие знакомых только среди наркоманов;</li> <li>- отсутствие партнерских отношений (или партнеров связывают проблемы доступа к ПАВ); конфликтные партнерские и сексуальные отношения.</li> </ul>	<p>Контракт (напр., принятие на себя ответственности); формирование интересов (профессиональных, досуговых); ролевой тренинг (собеседования о приеме на работу, общение, уверенность в себе); поэтапное увеличение часов ежедневной работы (система баллов); тренинг решения проблем и принятия решений; планирование своего будущего; супружеская и сексуальная терапия.</p>

Распространенной формой когнитивно-поведенческой терапии является **антиципационный (предвосхищающий) тренинг** (Ромек, 2002), в котором используются следующие принципы. Отказ от претензий – «Мне никто ничего не должен». Отказ от однозначности – «Это может значить все, что угодно». Отказ от фатальности – «Все возможно». Выработка стратегии «предвосхищающего совладания» и «предвосхищающей печали» взамен «предвосхищающей радости».

В процессе тренинга выявляется расхождение между прогнозом, делаемым пациентом, и реально происходящим событием. Устанавливается связь между ошибочными прогнозами и наркоманическим поведением. Во время групповых занятий проигрываются и обсуждаются такие ситуации, как предложение употребить наркотик, выпить, закурить; измена, развод, увольнение, предательство, смерть близкого человека, неблагодарность со стороны окружающих и т.д. Таким образом вырабатывается установка: «Надейся на лучшее, но готовься к худшему».

**Арттерапия** наркозависимых включает техники визуально-нарративного подхода (Копытин, Богачев, 2008).

1. Создание короткого текста в форме свободных ассоциаций, отражающих чувства и мысли автора, связанных с созданным им рисунком.

2. Передача ассоциаций, вызванных восприятием изобразительной продукции или текста – прозаического, поэтического, философского, библейского.

3. Инкубация помогающего или трансформирующего символа с его последующим изображением в рисунке. Пациентам предлагается представить себя на месте одного из персонажей прочитанной истории, попавших в сложную ситуацию и переживающих состояние страха, растерянности, отчаяния, либо испытывающих неудовлетворенность сложившимся положением вещей. Затем им предлагается представить себе предмет или существо, используя которые или пользуясь поддержкой которых, можно было бы справиться с ситуацией или повести ее в более благоприятном направлении. Затем пациенты создают изображение того, что они увидели.

4. Сочинение истории на основе выбранного предмета из предлагаемых ведущим или наощупь из мешочка. Затем пациентам предлагается представить себе выбранный предмет героем какой-нибудь истории и через некоторое время рассказать ее.

Березин с соавт. (2001) дают ведущему группы наркозависимых подростков следующие рекомендации:

- Ведущий – не Бог и не всезнайка. Он может чего-то не знать, чего-то не уметь, ошибаться. Это возможно, особенно в группах, состоящих из подростков, имеющих опыт употребления наркотиков. И не стоит стесняться того, что кто-то в группе понимает в каких-то вопросах лучше вас. Смелее признавайте свои ошибки, предлагайте подумать вместе, спрашивайте совета группы, прислушивайтесь к мнению участников, пытайтесь выявить вопросы, которые волнуют их и т.д.
- Стремитесь к постоянному получению от учащихся обратной связи. Спрашивайте, что было интересно, что они хотели бы обсудить подробнее, что им понравилось, что не понравилось и т.д.
- Активнее прибегайте к жестам, используйте прикосновения: телесный контакт – это то, к чему стремятся подростки, хотя и боятся этого.
- Не бойтесь поддерживать или, наоборот, не поддерживать участников. Самое главное – не поддавайтесь соблазну поиграть в их игры: вы рискуете проиграть, а кроме того, сделать все, чтобы помешать себе и участнику личностно развиваться.

- Выполняйте все групповые нормы, ведь вы – такой же участник, как и все остальные, единственное, что отличает вас от них, – примерное планирование того, что будет происходить дальше.

При лечении и реабилитации наркозависимых важно делать упор на обсуждении с близкими больного его образа жизни, здоровья, отношений и утраты прежних ценностей, поскольку решение именно этих проблем является основной мотивацией пациента для отказа от ПАВ.

Реабилитация наркозависимых включает: психоанализ, поведенческую, конфликт-центрированную терапию, гештальттерапию, НЛП, семейную, средовую терапию, социотерапию, терапевтические сообщества. Реабилитация строится на длительном (5 лет) наблюдении участкового нарколога, который содействует трудоустройству пациентов, проводит индивидуальную, семейную и групповую терапию (в том числе, группу взаимопомощи «Анонимные наркоманы»).

Для профилактики срыва важно обучить наркомана контролировать признаки влечения:

- мысль о безопасности однократной «пробы»;
- убежденность в неспособности к какой-либо деятельности, чувство лени;
- безосновательное чувство обиды;
- немотивированные вспышки гнева;
- приятные воспоминания о состоянии «прихода» при полном забвении «ломок»;
- антипатия к людям, пытающимся удержаться от потребления ПАВ;
- необоснованные упреки родным в своих бедах;
- симпатия к компании наркоманов и продавцам наркотиков.

Цитренбаум с соавторами (1998) создают для пациентов модели поведения, альтернативные аддиктивному, которые могут дать им те выгоды, которые они раньше получали от аддикций. Авторы рекомендуют следующие приемы. Предложите на рассмотрение пациента множественный выбор возможных альтернатив. Для определения подходящих альтернатив наблюдайте за невербальными сигналами или реакциями. Дайте пациенту указание сознательно и бессознательно работать над конструированием альтернатив в промежутках между терапевтическими сеансами. Предложите пациенту идентифицироваться с кем-нибудь, кого он любит или кем он восхищается. Тогда пациент сможет перенять у него более адаптивные способы заботы о себе. Дайте пациенту указание наблюдать между

сеансами терапии, какие способы поведения используют другие люди для получения похожих выгод.

Б.Р. Мандель (2015) рекомендует в качестве альтернативы токсичным летучим веществам, потребляемым подростками, разводить цветы с приятным запахом: в жилых помещениях – например, пеларгонию, в палисадниках и на садово-огородных участках – сирень и чубушник. Запахи черемухи, белой акации и ландыша улучшают настроение, запахи герани, лаванды и камфары придают бодрость и способствуют оптимистическому настрою.

А. Щербаков и Ю. Власова (2003) начинают **драматерапию** наркозависимых со следующих шагов: эмоциональное присоединение терапевта к пациенту, снятие навязанной роли, открытое приглашение задать роль – «за чем именно ты пришел». При этом используются специфические техники: утрированное дублирование, провокации, озвучивание скрытого сообщения: «Ты действительно считаешь себя безнадежным?». Авторы формируют группы молодых людей с различными диагнозами, не включая в них созависимых, с которыми работают отдельно. Используются сказки Андерсена («Девочка, наступившая на хлеб», «Красные башмачки», «Ель», «Девочка со спичками», «Дочь болотного царя», «История одной матери»), Гауфа («Карлик Нос», «Маленький Мук»), Ш. Перро («Ослиная шкура»), братьев Гримм («Ганс и Гретель»), русские народные сказки («Гуси-лебеди», «Финист Ясный Сокол», «Колобок»), легенду о Парцефале и мифы о Психее, Персефоне, Аиде и Деметре, Тезее и Минотавре.

**Психоанализ** остается единственной формой психотерапии, в рамках которой могут быть проработаны глубокие регрессивные конфликты, лежащие в основе болезни. При этом необходимо учитывать низкую способность наркоманов переносить фрустрацию, постоянную угрозу рецидива и прекращения лечения. Пациент должен быть способен развить позитивный перенос и интроецировать аналитика в качестве «хорошего объекта». При этом контрперенос затруднен агрессией, порождаемой бесконечными и ненасытными оральными фантазиями пациента, так что терапевт подвергается постоянной опасности дать слишком мало или слишком много. Терапевтический процесс направлен на осознание функции токсичных объектов и связанных с ними фантазий, отказ от веры в то, что ПАВ являются самыми надежными объектами и готовность заменить их аналитиком, а затем – значимыми другими.

Следует постоянно помогать больному выявлять, осознавать и преодолевать саморазрушительные защиты, которые он использует для маскировки или отрицания собственной

уязвимости. Из-за глубокого расстройств объектных отношений наркоманы чрезвычайно болезненно реагируют на прерывание лечения и тем более – на смену терапевта. Эту и ряд других проблем удастся решить с помощью группового анализа.

**Экзистенциальная терапия** наркоманов фокусирована на следующих проблемах: 1) осмысленность и бессмысленность существования, 2) жизнь и смерть, 3) человек и общество, 4) свобода и зависимость, воля и безволие. Используется тезис В. Франкла (2000): «Удовольствие является побочным продуктом смысла, и поэтому искание следует посвящать не поиску удовольствия, а поиску смысла». И. Ялом (2014) развивает эту мысль: «Смысл, как и удовольствие, должен преследоваться косвенно, а ощущение осмысленности и удовлетворенности является побочным продуктом вовлеченности».

Формирование ответственности, по Ялому, происходит в рамках групповой терапии и включает принятие следующих убеждений. Осознание того, что жизнь иногда устроена нечестно и несправедливо. Осознание того, что какой-то части жизненных страданий и смерти, в конечном счете, не избежать. Осознание того, что какими бы близкими ни были взаимоотношения с другими людьми, все равно с экзистенциальными проблемами придется справляться в одиночку. Осознание того, что я несу конечную ответственность за то, как я проживаю свою жизнь, независимо от того, сколько поддержки и руководства я получаю от других.

Лечение зависимости от стимуляторов заключается в резкой (а не постепенной) отмене стимулятора наряду с симптоматической терапией. Выделяют четыре направления поиска новых ощущений: потребность в физическом риске и приключениях, в новом жизненном опыте, в растормаживании и снятии социальных запретов, в преодолении скуки восприятия. В заключение находят безопасные способы удовлетворения этих потребностей.

Трансактный анализ курения, по Макарову (1999), выглядит следующим образом. Для Ребенка сигарета – атрибут взрослости и мужественности, владение запретным плодом, магическое обладание огнем и дымом. Запреты Родителя лишь укрепляют порочный круг. Когда Взрослый решает бросить курить, Ребенок заговорщически нашептывает: все курят, ради чего отказываться от удовольствия, брошу с понедельника, с Нового Года, «кто не курит и не пьет...». Когда Взрослый прекращает курить, Ребенок провоцирует: давай закурим, ну только одну затяжку, зачем так мучиться? Когда через несколько недель курить уже почти не хочется, Ребенок предлагает: надо испытать, действительно ли не потянет? Раз не тянет, можно себе позволить разок и покурить и т.д.

При гипносуггестивной терапии пациентов с никотиновой зависимостью я выявлял, какие запахи и вкусы являются наиболее неприятными для пациента, и затем применял следующие формулы внушения.

«Когда вы ощущаете запах табачного дыма, вы чувствуете тошнотворный запах (выявленный для пациента)... Когда ваш рот наполняется табачным дымом, во рту появляется противный вкус (аналогично запаху)... Когда табачный дым попадает в горло, он вызывает у вас чувство жжения, как будто тысячи мелких иголок колот легки. Внутри саднит, печет, начинается неудержимый кашель. Вы задыхаетесь в табачном дыму, им невозможно дышать. Копоть от табачного дыма осаждается на легких, воспаляет, разрушает их. Из-за курения вы часто кашляли, легко простужались, болели. Никотин отравлял ваш мозг, разрушал ваши нервы, ослаблял вашу волю. Вам противно и стыдно сосать эту соску для слабонервных взрослых. У вас хватит сил и решимости навсегда бросить эту вредную привычку – курить. Ваше решение бросить курить – твердое и окончательное. Вам легко обходиться без курения. Без него вы чувствуете себя свободным и самостоятельным. Вид курящего человека вызывает у вас лишь снисходительную улыбку. Вы спокойно проходите мимо табачных киосков. Вы теперь некурящий, и это наполняет вас радостью и гордостью».

Эйфоризирующий эффект наркотиков во многом обусловлен компенсаторными механизмами, которые нейтрализуют их вредное воздействие на мозг. Также имеет значение установка на получение удовольствия и условно-рефлекторное влияние привычной обстановки и окружения. Если наркоман принимает, например, героин в непривычное время и в новом месте, когда условные раздражители, вызывающие компенсаторный эффект, отсутствуют, обычная доза может оказать небывало сильный эффект и даже повлечь за собой смертельный исход. Попав в больницу или в следственный изолятор, наркоман обнаруживает, что в течение пары недель может обойтись без наркотиков без особого труда. Однако оказавшись в своем привычном окружении, он возобновляет прием ПАВ. Известно, что из вьетнамских ветеранов, пристрастившихся к наркотикам во время войны, дома вернулись к их употреблению лишь 7 %. Поэтому для избавления от наркомании необходимо максимально возможное изменение окружения.

В последние годы реабилитация все чаще осуществляется в небольших общинах, расположенных в сельской местности, нередко при монастырях. Здесь бывшие пациенты живут в течение многих месяцев и получают помощь в виде психотерапии, трудотерапии и духовного наставления. Ч. Сибберг (2002) описывает работу реабилитационного центра для

подростков-наркоманов, основанную на тренинге группового выживания и саморазвития в условиях дикой природы.

## **Глава 6. СТИМУЛИРУЮЩИЕ АДДИКЦИИ**

### **6.1. Переедание**

В МКБ-10 выделено «Переедание, связанное с другими психологическими расстройствами» F50.4, которое приводит к тучности и является реакцией на дистресс. Психогенное переедание и реактивная тучность могут следовать за утратой близких, несчастными случаями, хирургическими операциями и эмоциональным дистрессом, особенно у лиц, предрасположенных к полноте.

*Дифференциальный диагноз.* В основе нервной анорексии и булимии лежат дисморфофобические переживания, тогда как переедание, как и любая другая аддикция, мотивируется положительным эмоциональным подкреплением, которое вызывается перееданием или голоданием. В отличие от булимии переедание не сопровождается искусственно вызываемой рвотой. Диета следует за развитием переедания в отличие от булимии, при которой дисфункциональные диеты, как правило, предшествуют развитию обжорства.

Лица с перееданием, которые обращаются за медицинской помощью, как правило, старше, чем лица с булимией или нервной анорексией, обращающиеся за медицинской помощью. К врачам с проблемами здоровья приходят властные, уверенные в себе люди, стремящихся подавлять окружающих, в том числе – солидным внешним видом. К психологам по поводу трудностей в общении и депрессии обращаются ранимые, тревожные личности со сниженной самооценкой, стыдящиеся своей полноты.

С помощью теста ММРІ выявляются признаки депрессии, озабоченность своим телом, страхи, импульсивность, социальная интроверсия и защитные тенденции. При расспросе обнаруживается поглощенность мыслями о еде наряду с изоляцией от окружающих, пренебрежением служебными обязанностями, учебой и друзьями. Данному расстройству могут сопутствовать такие аддикции, как аддикция упражнений, никотинизм, алкоголизм, таблеткомания, клизмофилия (злоупотребление клизмами).

Переедание тесно связано с ожирением, число тучных людей постоянно растет. В большинстве промышленно развитых стран ожирением страдают 30 % мужчин и 40 % женщин в возрасте от 19 до 40 лет. Поскольку в семье приготовлением пищи занимаются женщины, неудивительно, что они чаще страдают перееданием. Многим женщинам пи-

щевая зависимость заменяет алкогольную, поскольку общественная мораль строже относится к женскому алкоголизму, чем к мужскому.

Принято выделять четыре вида переедания: 1) приступообразный – волчий голод с оральным оргазмом после переполнения желудка; 2) постоянная потребность что-нибудь жевать; 3) ненасытный аппетит, приходящий лишь во время еды; 4) ночное обжорство в сочетании с дневным голоданием. Течение обычно многолетнее, хроническое, со спонтанными ремиссиями. Болезнь нередко умело скрывают, даже от членов семьи, отрицая объективную степень своего ожирения, а также тот факт, что их аппетит повышен. В ряде случаев формируется алкогольная или наркотическая зависимость, сексуальная активность повышена, с тенденцией к промискуитету. Примерно у трети больных наблюдается клептомания: они импульсивно похищают еду, бижутерию, предметы одежды из магазинов. Наряду с этим возможны аффективные расстройства: депрессия с суицидальными тенденциями, реже эйфория, а также ипохондрические расстройства.

Для определения степени ожирения пользуются индексом Брока: масса тела в килограммах равна росту в сантиметрах минус 100. Сегодняшние идеалы требуют отнять от полученной цифры 10 % для мужчин и 5 % для женщин. Начальную стадию ожирения констатируют при увеличении массы тела на 15–20 % от нормального показателя с учетом роста и возраста. При увеличении массы тела на 30 % ожирение становится очевидным

**Происхождение.** Часто бывает, что родители предлагают ребенку еду вместо удовлетворения его актуальных потребностей и хорошо относятся к нему, лишь когда он хорошо ест. В результате ребенок растет, не осознавая своих эмоциональных потребностей и не зная, когда он голоден, а когда сыт. Ребенок привыкает нейтрализовать негативные чувства с помощью еды, а после многократных повторений обучается не испытывать отрицательных эмоций, заранее съедая что-либо вкусное. Пищевое удовольствие становится альтернативой скучной и регламентированной жизни, а приступ обжорства – бегством от реальности в пиршество, оргию.

Акт поглощения еды уменьшает ситуационную тревогу и подавленность за счет смещения внимания на тело, вес которого контролировать легче, чем ситуацию и свое эмоциональное состояние. В дальнейшем этот стереотип становится реакцией на эмоциональную фрустрацию. Определенная пища может иметь то или иное символическое значение. Молоко вызывает чувство защищенности, мясо – силы, сладости – награды.

Непременным условием приступа обжорства является изоляция, как при мастурбации, суррогатом которой можно считать пищевую оргию. Однако нарастающая изоляция и от-



каз от контактов приводят к заместительному удовлетворению на оральном уровне – таким образом, возникает порочный круг. Ожирение служит «поясом целомудрия», демонстрируя отказ от сексуальной привлекательности и половой роли. Женщина может также использовать избыточный вес для протеста против общества, в котором доминируют мужчины, желающие видеть в женщинах стройных и пассивных сексуальных роботов.

В основе экзистенциальной мотивации лежит чувство внутренней пустоты и скуки. Пища заполняет рот и живот, вызывая эйфорию, которая не может заменить наполненной внутренней жизни. Увеличение количества пищи вызывает ощущения излишка, тяжести, неспособности переварить ее, чувство утраты самоконтроля, разочарования в данном способе компенсации. Каждый приступ переедания усиливает чувство неполноценности и потребность в самонаказании. Таким извращенным карающим наслаждением становится следующий приступ. В результате снижается самооценка, которую пациент пытается повысить за счет достижений в других сферах. Будучи не в силах вынести расщепления на внешнюю благополучную и скрываемую плохую самооценку, личность прибегает к спасительной аддиктивной защите отрицанием зависимости.

**Психотерапия пациентов с пищевыми аддикциями.** С.А. Кулаков (2003) приводит схему первой беседы с пациентом, страдающим перееданием.

1. Присоединение. Используются техники индивидуального и семейного консультирования.
2. Определение проблемного поведения. «Я бы хотел, чтобы Вы подробнее об этом рассказали. Как Вы понимаете эту проблему?»
3. Оценка степени тяжести проблемы. «Насколько эта проблема затрудняет Вашу жизнь? Как оценивают ее Ваши близкие?»
4. Выяснение течения заболевания. Получение биографических, анамнестических и диагностических данных.
5. Наличие других эмоциональных и поведенческих расстройств. Выявляются сопутствующие диагнозы.
6. Наличие сопутствующих аддикций: работоголизма, вещизма, азартных или компьютерных игр, промискуитета, клептомании, никотинизма, алкоголизма, наркомании.
7. Сравнение субъективных выгод и жертв, связанных с перееданием. Взвешивание доводов «за» и «против».

8. Оценка терапевтической установки: обращение за помощью произошло под влиянием родителей, ситуации или собственного запроса.
9. Наличие компульсивности. Компульсивное влечение существует постоянно, подчиняет поведение пациента, реализуется вопреки борьбе мотивов.
10. Утрата контроля за своим времяпрепровождением и тратой денег.
11. Поощрения воздержания от еды. Кто и какими способами поддерживает ограничения в еде.
12. Поиск альтернативных способов достижения комфорта. Выявление состояний и ситуаций, которые избегались при помощи еды. Выявление комфортных состояний и ситуаций. Разработка плана конкретных действий без переедания.
13. Обсуждение стрессоров и способов совладания с ними. Выявление стрессоров, степени устойчивости к ним и способов совладания с ними.
14. Определение дисфункциональных установок пациента в отношении еды.
15. Рассмотрение последствий переедания.
16. Поощрение принятия пациентом личной ответственности за выздоровление.
17. Обсуждение дисфункциональных взаимоотношений с родителями, друзьями и другими.
18. Обсуждение семейных проблем: контроля за едой, алкоголизма и т.д.
19. Выявление фиксации на том или ином этапе индивидуального развития.
20. Локализация центральной темы межличностного конфликта.
21. Исследование аффективной сферы.
22. Определение эмоций, провоцирующих переедание: обиды, злости, отчаяния, боли и т.д.
23. Оценка сопротивления лечению. Выявление социальных, личностных и биологических негативных реакций во время направления на лечение.
24. Определение готовности пациента сотрудничать в терапевтической работе. Поиск наиболее важных проблем, которые могли бы послужить ключом к терапии.
25. Постановка гипотез и формулирование терапевтического запроса.
26. Заключение терапевтического контракта.

Сильное желание снизить вес при отсутствии контроля над своим пищевым поведением заставляет пациентов сравнительно легко соглашаться на лечение. При выраженном нарушении обмена веществ и суицидальных тенденциях больных госпитализируют. Це-

лью терапии должно быть не быстрое похудание, а перестройка пищевого поведения с постепенным сбрасыванием веса.

А. Эллис (2002) разработал рационально-эмотивную терапию на основе «А-В-С-теории»). В соответствии с ней определенное негативное качество эмоций (фрустрация, разочарование) или поведения (С) пробуждается к жизни не непосредственно каким-либо событием (А), а лишь опосредствованно, через систему интерпретаций, или когниций (В).

Когниции могут внедряться между стимулами (вызывающим событием, А) и реакцией (употреблением пищи, С). Как видно из формулы ABC, именно В (то, что перебедающие говорят себе относительно своего желания) приводит к злоупотреблению. В обозначает множество явлений: ожидания («Еще пирожок — и я завязываю»), избранные воспоминания («Как здорово я проводил время в ресторане»), разговор с самим собой («Мне это нужно, чтобы расслабиться»), оправдания («Я действительно хотел перестать объедаться»), отрицание («Я могу отлично устроить свою жизнь, несмотря на лишний вес»), обобщение («Если перебедавание за столько лет мне не повредило, то не повредит и сейчас»), ложные предсказания («Я знаю, что в будущем смогу контролировать приступы обжорства»). О чем бы они ни думали, именно их мысли о желании, а не желание само по себе, служат причиной того, что они перебедают.

Поскольку перебедавание пациента вызвано убеждениями, для того чтобы начать восстанавливаться, ему нужно изменить мысли. Если пациент попал в категорию зависимых, терапевт должен помочь ему определить мысли (В), которые обуславливают эту зависимость. До того как терапевт сможет изменить мысли пациента о перебедавании, ему понадобится точный список основных убеждений, которые связаны с перебедаванием.

Когнитивная терапия преследует следующие цели: пациент должен научиться регистрировать свои собственные мысли и более четко понимать их. Он должен осознавать соотношение между определенными дисфункциональными мыслями, неправильным поведением и эмоциями; анализировать свои убеждения и проверять их правильность, формировать реалистичные и адекватные интерпретации и постепенно видоизменять неверные представления. Терапия особенно эффективна при выраженных тенденциях к хроническому течению болезни; она должна фокусироваться на дисфункциональных идеях, касающихся внешности, питания и веса. Одновременно корректируются когнитивные основы заниженной самооценки, чувства неполноценности и дефицитарного восприятия себя.

Эффективным является участие в группах взаимопомощи «Анонимные обжоры». Д. Доктор (2002) составляет психодраматические группы из 4–6 человек, смешивая больных

различными формами патологического пищевого поведения и вводя в качестве образца ассистента или пациента с желаемым весом. Чтобы избежать отказа от участия в группе, обычного для этих больных, групповая работа сочетается с индивидуальной.

Драматерапия взрослых пациентов фокусирована на межличностных проблемах пациентов. Параллельно с ними занимается мультидисциплинарная бригада, в том числе команда, работающая с нарушениями пищевого контроля. Вначале используются преимущественно проективные техники: скульптура, поэзия, составление рассказов. Затем проигрываются отдельные сцены из жизни – от нейтральных до высокозначимых.

Семейный терапевт должен предпринимать следующие шаги (Минухин, 1998). Попытаться ослабить сильные узы психологической зависимости, предоставив пациентке большее индивидуальное пространство, разделяя связи между нею и остальной семьей, между родителями и детьми. Оказывать сопротивление гиперпротекции и аномально большому вниманию к ребенку, приводя много примеров. Опровергать тактику избегания конфликтов, отказываясь от роли арбитра. Бороться с ригидностью семейной системы, предпринимая четкие энергичные шаги.

Необходимо учитывать, что в период лечения у ряда пациентов усиливается чувство утраты («диетическая депрессия»), они пытаются уйти от обсуждения своего пищевого поведения, переключая внимание на медицинские проблемы. В ходе терапии анализируются механизмы неизбежных рецидивов. Терапия может считаться завершенной лишь после отреагирования нарциссических обид и заполнения экзистенциального вакуума.

## **6.2. Ониомания, накопительство, клептомания, пиромания**

**Ониомания** (тратоголизм, шопоголизм) проявляется повторным непреодолимым желанием совершать множество покупок, в том числе через Интернет-магазины. Положительные эмоции вплоть до эйфории возникают только в процессе совершения покупки, затем обычно возникает чувство вины. В промежутках между покупками нарастает напряжение, которое может быть ослаблено очередным шопингом. Последствиями тратоголизма являются накопление больших долгов, неспособность погашать задолженность, негативная реакция окружающих, судебные и финансовые последствия, криминальные проблемы с законом, чувство вины.

У 95% шопоголиков в течение жизни выставлялся диагноз аффективного расстройства, у 80% – тревожного расстройства, у 40% – расстройства контроля импульсов, у 35% – расстройство пищевого поведения, у 20% – алкоголизм (McElroy et al., 1995).

Тратоголизм начинается обычно в возрасте 30 лет, причем подавляющее большинство шопоголиков - это женщины. Аддиктивные личности, не получив в раннем детстве доступа к эмоционально чуткой и теплой матери, помещают свой материнский идеал вовне и отгораживают его, чтобы идеальная мать была внешней, но легко доступной, как пища. В результате идолопоклоннического переноса все доброе приписывается только идеализированной матери, поэтому ее любовь необходимо получить любой ценой. Однако пользоваться любовью значит нарушить материнские границы, а это переживается как преступление Прометея, заслуживающее мучительного наказания, которое хуже смерти. Выходом становится поворот от матери к вещам, так как они заслуживают большего доверия и в результате становятся аддиктивными объектами. Они приносят удовлетворение и наказание, временное забвение в смертельных объятьях и возрождение (Кристал, 2000).

### **Шаги терапии**

1. Помогите пациенту признать, что шопоголизм – такая же вредная привычка, как пристрастие к азартным играм или алкоголю.
2. Помогите пациенту осознать, что совершение очередной покупки не может удовлетворить потребность в любви и интересных занятиях.
3. Помогите пациенту понять, что успех в жизни, а также яркость и неповторимость индивидуальности человека зависят от него самого, а не от того, купит он что-то или нет.
4. Предложите пациенту ходить в магазин только со списком покупок в руках и соответствующей суммой денег. Все кредитные карты должны быть ликвидированы.
5. Посоветуйте пациенту хорошо и вкусно есть перед шопингом.
6. Предложите пациенту здоровые способы удовлетворения эмоциональных и духовных потребностей: контрастный душ, массаж, музыку, танцы, театр и т. д.
7. Проанализируйте вместе с пациентом условия, которые запускают механизм «срыва», чтобы научиться его контролировать.
8. Научите пациента открыто и честно выражать свои чувства вины, тревоги, печали и неуверенности в себе
9. Приучите пациента самого принимать решения и нести ответственность за свой выбор, четко планировать время на активный отдых, творчество, общение с интересными людьми, созерцание природы, налаживание духовной, интеллектуальной и культурной жизни.

Для лечения шопоголизма применяется программа «Анонимные должники», основанная на программе для анонимных алкоголиков «12 шагов». Пациентам подробно расска-

зывают, какие способы используют продавцы товаров для того, чтобы заставить людей покупать не нужные им товары. Участники группы перед каждым визитом в магазин составляют четкий список необходимых покупок, от которого они не должны отклоняться. Все их кредитные карточки на время заблокированы, а счета заморожены, чтобы они не могли ими неразумно воспользоваться. Расплачиваться в магазине разрешается только наличными.

В центре помощи регламентирован доступ каждого пациента к компьютеру, чтобы он не имел возможности «пройтись» по интернет-магазинам и заказать себе массу ненужных вещей. В магазин членам группы можно ходить только в сопровождении супруга или шоп-ассистентов. Шоп-ассистент также сам делает покупки и привозит вещи на дом. Особенно этот вид обслуживания пользуется успехом у бизнес-леди, которые придают большое значение своему гардеробу, но не имеют времени детально его продумывать. Шоп-ассистент должен уметь хорошо подбирать вещи по стилю и экономно расходовать выделенный бюджет.

**Гаджетомания** - стремление покупать самые модные технически новинки. Они становятся главным признаком социального статуса и источником радости. Ради новой игрушки человек готов отказаться от жизненно важных вещей, скачивает все новые рингтоны и игры и считает мобильник частью себя, а без него чувствует себя неполноценным. Некоторые дети, имеющие сотовый телефон, не дружат с ровесниками, не имеющими этой игрушки.

**Патологическое накопительство, хординг** (англ. hoarding – накопительство, запасливость) характеризуется чрезмерным накоплением вещей и привязанностью к ним независимо от их реальной стоимости. Вещи могут копить из-за их эмоциональной значимости, представляемой потенциальной полезности или самооценности. Чрезмерное приобретение вещей и неспособность избавиться от них приводит к хаотическому использованию жилых помещений и нарушениям безопасности.

Чрезмерное приобретение характеризуется повторяющимися побуждениями или действиями, связанными с покупкой, воровством или накоплением предметов, в том числе тех, которые являются бесплатными. Сложность их удаления связана с предполагаемой необходимостью сохранения предметов и страданиями по поводу их удаления. Поведение накопления достаточно серьезно, чтобы привести к значительному дистрессу или значительному ухудшению функционирования в личной, семейной, социальной, образовательной, профессиональной или других важных областях.

Причины накопительства чаще всего связаны с возрастным органическим поражением головного мозга. Имеет значение особенности личности. К патологическому накопительству склонны люди не слишком эмоциональные, замкнутые, скуповатые, расчетливые. Толчком к началу собирания хлама для них может послужить тяжелая болезнь или смерть близкого человека, собственные проблемы со здоровьем, кризисные явления в экономике.

В тяжелых случаях необходимо дать родственникам следующие рекомендации. Не хранить вещи умершего члена семьи, даже если его смерть стала для семьи трагедией. Следует убедить пациента в том, что жизнь продолжается, и все лишнее нужно раздать нуждающимся. Чем больше у пожилого человека общения и контактов с другими людьми, чем сильнее его уверенность в том, что он не останется без внимания и заботы близких, тем меньше будет проявляться накопительство.

Стоит попытаться склонить пациента к тому, чтобы он собирал не все подряд, а только что-то конкретное. В этом случае появляется возможность интересоваться, как пополняется «собрание» и предлагать свою помощь по наведению порядка и уборке. Моменты, на которые нужно обратить внимание:

- Выходы захламлены. Если скорая помощь или пожарные не смогут войти или человек не сможет выйти, нужно освободить проходы.
- Опасность пожара. Если горючие материалы расположены возле плиты, они должны быть убраны.
- Опасность инфекции. Необходимо убрать разбросанную пищу, раздать или поместить в приют животных и провести санитарную обработку помещений.

Накопительство гораздо чаще проявляется не в собирании ненужных вещей, а в форме **зависимости от денег** (Белкин, 1999). Тема денег целиком занимает все помыслы человека, его интересы, контакты, фантазии и сновидения. Один только вид денег, хруст и шелест купюр, их специфический запах вызывают острое возбуждение, человеку требуется то и дело пересчитывать их. Ему страшно расставаться с деньгами, он постоянно жалуется на их нехватку. И вдруг – маниакальный приступ расточительства «сумасшедших денег», вплоть до разорения. Во время накопления денег либидо сублимируется, сексуальное влечение резко снижается. В фазе расточительства наблюдаются оргии, кутежи, азартные игры, наркотизация.

Психодинамика синдрома выглядит следующим образом. В фазе накопления нарциссическая «дыра» «затыкается» магической игрушкой. В фазе расточительства нарциссиче-

ская личность пугается «затычки» и пытается доказать свою власть над ней. Однако после опорожнения с кратковременной иллюзией всемогущества изначальный страх пустоты восстанавливается.

В терапевтической ситуации сверхценное отношение к деньгам может проявляться в форме попыток клиента избежать оговоренной оплаты, а также тенденцией созависимого терапевта идти ему в этом навстречу (Калмыкова, 2001). В этих случаях четкое соблюдение сеттинга особенно важно. Однако еще важнее, разумеется, найти и «отзеркалить» клиенту признаки имеющегося у него реального или хотя бы потенциального внутреннего богатства, которое невозможно растратить, так как при пользовании им оно лишь возрастает.

**Клептомания** F63.2 характеризуется непреодолимым соблазном украсть, несмотря на наличие денег, не очень нужный предмет; облегчение наступает лишь после кражи. Целью кражи является не сама вещь, а процесс похищения, во время которого больной испытывает интенсивные эмоции. Обычно делаются слабые попытки скрыть воровство, но для этого используются не все возможности. От похищенного могут отказываться, оно может выбрасываться или оставляться в запас; нередко его тайно или с извинениями возвращают.

Обычно кража совершается импульсивно, без подготовки, в одиночку и не всегда с учетом ситуации и последствий. Пациент может усиливать риск, повторно похищая те же самые вещи в том же магазине. Между эпизодами воровства из магазинов или других мест больные могут испытывать тревогу, уныние и чувство вины. Однако субъективное страдание по поводу расстройства обычно отсутствует, больные крайне редко обращаются за помощью.

Расстройство распространено в основном среди женщин, часто сочетается с пищевой зависимостью, пироманией, неврозами и депрессией. Описан игровой тип воров-мужчин, у которых ценность добычи отступает на второй план, ими руководит жажда острых ощущений, азарт рискованной игры с опасностью, стремление почувствовать себя хитрее, ловчее, смелее противника (Антонян, 2003). В наш век сплошной компьютеризации и Интернета появились хакеры – электронные взломщики, среди которых наверняка немало kleптоманов.

Расстройство начинается в детстве. Определенное значение имеет органическая неполноценность мозга, задержка умственного развития, дефекты воспитания. Мать пациентки часто высокоморальная, строгая и неласковая. Расстройство может сочетаться с пироман-



нией и пищевой аддикцией, а также с неврозами и депрессией. Иницируется стрессами и фрустрациями. Обычно это тяжелая безвыходная семейная ситуация, ситуационно обусловленная депрессия, физическое и психологическое переутомление, замена секса в неудовлетворительном браке, желание уязвить брачного партнера.

Могут присутствовать следующие мотивации: гиперкомпенсация нанесенного морального ущерба, гиперкомпенсация сниженной самооценки (в том числе из-за самообвинений в воровстве), символическое самонаказание подверганием себя опасности, способ обратить на себя внимание, получить наказание и заслужить прощение, символическая замена отсутствующего пениса и оргазма, самоуничтожающий побег из жизненной ситуации.

Анна Фрейд (1999) связывала воровство с анальным характером, обладателям которого свойственно собирать и копить. Она считала, что первое воровство из кошелька матери указывает на степень, до которой эта тенденция укоренилось на начальной стадии единения матери и ребенка.

Винникотт (2000) описал кражи у детей как примитивный любовный импульс, слишком мощный, безудержный и таинственный для того, чтобы ребенок мог его отрицать и вытеснять. Он крадет у матери вещи, приобретая таким образом ее соблазнительную сущность. Домашние кражи могут быть средством получить недостающее внимание, компенсировать его недостаток, наказать родителей. Усвоенные пациентом ригидные нормы строгой матери вступают во внутриличностный конфликт с сильными импульсами, которые пациент во время кражи переносит на похищаемые предметы. Таким образом он избегает конфликта с матерью и обретает способность управлять своими любовными импульсами.

Фенихель определил kleptomania как «присвоение вещей, которые дают силу одолеть вымышленную опасность. Это особенно явно, если под опасностью подразумевается утрата, затрагивающая самолюбие или вождление. Неписанный закон kleptomanii гласит: "Если ты мне этого не даешь, я добуду себе это сам"». С помощью кражи символически «добывается» молоко матери или фаллос отца.

В лечении используются аверсивные методы и систематическая десенситизация, снижающая уровень напряжения, побуждающего к краже, а также восстановление нарушенных социальных связей и семейная терапия. Мотивированным больным с переживаниями вины и другими тревожно-депрессивными проявлениями показана динамическая психотерапия.

**Пиромания F63.1** характеризуется множественными актами или попытками поджогов собственности или других объектов без очевидных мотивов, а также размышлениями о предметах, относящихся к огню и горению. Может обнаруживаться аномальный интерес к противопожарным машинам и оборудованию, к другим предметам, имеющим отношение к огню и к вызову пожарной команды. Хотя пожару может предшествовать тщательная подготовка, сам поджог совершается немотивированно, импульсивно. Больной не может справиться с нарастающим психическим напряжением, и испытывает облегчение только после совершения поджога. Характерна постоянная фиксация мыслей на деталях готовящегося или произведенного пожара. Пироманы проявляют повышенный интерес к пожарам, случающимся в окрестностях, часто организуют ложные вызовы, стараются присутствовать при тушении пожаров. При этом судьба жертв их не волнует или вызывает злорадство. Как правило, они отрицают свою причастность к поджогам, хотя оставляют на месте преступления отчетливые следы.

Больные – в основном подростки и молодые мужчины с низким уровнем интеллекта, гиперсексуальностью, алкоголизмом и выраженной тенденцией бороться против авторитетов. У них отмечается низкая дисциплина в школе, побеги из дома, жестокое обращение с животными. У женщин наблюдается промискуитет и kleptomania.

3. Фрейд (2001) отмечал, что вид пламени вызывает сексуальное возбуждение, и связывал поджоги с гиперкомпенсацией сексуальных дисфункций. Форма языков пламени напоминает фаллос; жар, исходящий от огня, ассоциируется с любовным пылом. Пироманы приобщаются к власти всепожирающего огня, как огнепоклонники (поджог Рима Нероном).

Мотивацией пиромании может быть стремление к социальному престижу, желание проявить храбрость при тушении пожара, участвовать в коллективном эмоционально насыщенном действе. Поскольку многие пироманы описывают свое детство как цепь обид и унижений, важным мотивом поджогов может быть месть, отреагирование подавленной ярости и идентификация с агрессором (родителем и огнем).

Определенную роль может играть зависть к чужому семейному счастью и благополучию. Можно также предположить, что горящий дом служит символическим сигналом отсутствующему отцу, чтобы он вернулся домой в качестве спасителя. Глубоким и ярким исследованием психики пожарника-поджигателя является роман Эрве Базена «Масло в огонь».

Лечение пиромании обычно заключается в принудительной госпитализации с использованием аверсивных методов терапии.

### **6.3. Компульсивная агрессия**

**Переमेжающее эксплозивное расстройство** (Intermittent explosive disorder) (F63.81) характеризуется повторными краткими эпизодами вербальной или физической агрессии или уничтожения имущества, которые отражают неспособность контролировать агрессивные импульсы, причем интенсивность вспышки или степень агрессивности совершенно непропорциональна провокации или воздействию психосоциальных стрессоров. Симптомы не объясняются лучше другим психическим и поведенческим расстройством и не укладываются в картину хронического гнева и раздражительности (например, в рамках оппозиционно-вызывающего расстройства). Паттерн поведения является достаточно выраженным, чтобы привести к значительному нарушению в личных, семейных, социальных, образовательных, профессиональных или других важных областях функционирования.

***Дифференциальная диагностика.*** Лица с антисоциальным или пограничным расстройством личности часто демонстрируют повторяющимся импульсивные агрессивные вспышки. Тем не менее, уровень импульсивной агрессии у этих лиц ниже, чем у лиц с расстройством прерывистой вспыльчивости.

В проявлениях агрессии существует ряд половых различий. Мужчины обычно демонстрируют прямые формы агрессии, женщины – косвенные, скрытые: наговор на противника за его спиной, демонстрация обиды, игнорирование обидчика, разрыв интимных отношений. При этом мужчины чаще убивают мужчин, а женщины становятся жертвами супружеского насилия и сексуальной агрессии. Несомненна связь полового возбуждения и сексуальной агрессии. По данным опросов, каждая вторая женщина и каждый четвертый мужчина подвергались различным формам сексуальной агрессии.

Ветераны боевых действий, находящиеся в состоянии ремиссии алкоголизма, нередко стремятся к созданию опасных ситуаций, неоправданного риска, объясняя это тем, что «хотелось встряхнуться, давно не воевал». В этих ситуациях больные нередко совершают асоциальные и криминальные действия. Такое поведение рассматривается как аддикция под названием «**состояние перманентной войны**» (Постнов, Дереча, Карпец, 2004).

***Происхождение.*** По Гартману с соавт. (2000), агрессивная разрядка может сама по себе переживаться как удовольствие. Подготовка к ней сходна с предвкушением удовольствия или с повышением напряжения, а завершение агрессивного акта сопровождается чувством

насыщения или удовлетворения. В психодинамике ведущую роль играет перенос, когда угрожающая фигура ассоциируется с агрессивным родителем, и идентификация с агрессором во время приступа ярости. Пациент выводит свою агрессию вовне и таким образом защищает себя двумя способами: во-первых, удалением разрушительной энергии изнутри, и, во-вторых, уничтожением чужой агрессивности, которая может уничтожить его извне.

Выделяют такие мотивы агрессивного и садистического поведения, как защита от реальной или предполагаемой агрессии со стороны окружающих, упоение полнотой своей власти над истязаемой жертвой, повышение самооценки во время совершения рискованных действий (Антонян, 2003; Берковиц, 2001).

У стыдливых людей часто обнаруживается высокая склонность к агрессии. Человек, испытывающий чувство стыда, вначале злится на самого себя за то, что своим поведением заставил себя усомниться в собственной ценности. Затем гнев переадресовывается тому, кто выразил недовольство его поведением и тем самым заставил пережить унижение. Злость, вызванная собственной осознаваемой неадекватностью, еще больше усиливает агрессию, доводя человека до бешенства: «Раз ты меня до этого довел, получай!».

Кроме стыда, готовность к агрессивному поведению усиливают такие личностные черты, как раздражительность, боязнь общественного неодобрения, готовность усматривать враждебность в чужих действиях, убежденность человека в том, что он в любой ситуации остается хозяином своей судьбы.

При аверсивной терапии агрессивных аддиктов в качестве средства воздействия обычно применяют электрические разряды. При этом требования к пациенту постепенно ужесточаются. Например, вначале наказываются агрессивные действия, затем угрозы, а затем и обвинения других или жалобы на них. Однако аверсивная терапия эффективна лишь при соблюдении следующих условий: 1) нежелательное действие и наказание должен разделять небольшой промежуток времени; 2) наказание должно быть неотвратимым; 3) оно должно быть достаточно строгим и неприятным.

***В программу контроля раздражительности*** входит обучение навыкам расслабления, а также самовнушению на каждом из 4-х этапов развития провоцирующего события.

1. Подготовка к провоцирующему событию: «Если меня выведут из состояния душевного равновесия, я буду знать, что мне следует делать» или «Я смогу справиться с этой ситуацией. Я знаю, как контролировать свой гнев».

2. Наступление провоцирующего события: «Будь спокоен. Продолжай расслабляться», «Ты не должен подвергать себя испытанию» или «Жаль, что этот человек ведет себя подобным образом».

3. Преодоление возбуждения и волнения. «Мои мышцы начинают напрягаться. Время расслабиться» и «Я не собираюсь активно вмешиваться в происходящее, но и не буду оставаться совсем безучастным».

4. Размышления о провоцирующем событии. «Эта ситуация оказалась слишком сложной, чтобы справиться с ней сразу, потребуется дополнительное время» или «Это оказалось не так трудно, как я себе представлял», «Все могло оказаться гораздо хуже».

Одна из наиболее распространенных методик *ассертивного тренинга* – репетиция поведения, которая представляет собой ролевое проигрывание все более сложных жизненных ситуаций (Лазарус, 2001). Состав группы однороден по проблеме (агрессивные подростки, жестокие родители и т.п.) и по уровню дефицита социальных умений. Этапы процедуры: 1) определение поведенческой мишени (постановка задачи); 2) инструктаж (предложение упражнения, советы по его выполнению, поддержка); 3) разыгрывание ситуации; 4) моделирование желательного поведения; 5) отработка оптимального поведения в течение всего занятия; 6) получение обратной связи (поведение активных участников в конце занятия обсуждается «аквариумом» – наблюдающей частью группы с максимальной поддержкой); 7) перенесение навыков из учебной ситуации в реальную жизненную обстановку.

#### **6.4. Гемблинг**

Патологический гемблинг (лудомания, от лат. *ludo* - играю) F63.0 заключается в частых повторных эпизодах участия в азартных играх, доминирующих в жизни субъекта и ведущих к снижению социальных, профессиональных, материальных и семейных ценностей. Существует множество вариантов игр: карточные игры, рулетка, тотализатор, спортивные игры, игровые автоматы, лотереи, кроссворды. Казино и игровые автоматы особенно интенсивно вытесняют активные, творческие виды проведения досуга.

Имеется высокая степень коморбидности с такими психическими расстройствами, как химические аддикции, депрессивные и тревожные расстройства и расстройства личности. Нередко гемблинг предшествует развитию тревожных расстройств и химических аддикций.

Синдром патологического влечения к азартным играм состоит из следующих стадий (Автономов, 2009):

1. Отрицание самого влечения, отрицание чувства беспокойства по поводу влечения и отрицание наличия идентичности (части себя «Я – игрок»), стоящей за влечением.
2. Вытеснение влечения, которое выдает себя в сновидении пациентов, их оговорках и ошибочных действиях.
3. Отрицательная форма влечения как «тяги нет», переживаемая игроком как победа над тягой и игроманией.
4. Преуменьшение силы влечения, его продолжительности, причиняемого им вреда и степени опасности.
5. Импульсивное влечение, которое переживается в момент его реализации эгосинтонно и приносит удовольствие, удовлетворение и разрядку.

Гемблинг чаще встречается среди мужчин молодого и среднего возраста, причем молодые люди предпочитают спортивные соревнования, а пожилые люди и женщины – игровые автоматы и лотереи. Каждый третий патологический игрок — это женщина. Хотя патологический гемблинг чаще наблюдается у мужчин, женщины доходят до финальной стадии в три раза быстрее и тяжелее поддаются психотерапии. В отличие от мужчин, женщины становятся азартными игроками в более зрелом возрасте (от 21 до 55 лет) и у них гемблингу чаще всего сопутствуют аффективные расстройства и случаи физического насилия, тогда как у мужчин — алкоголизм (Tavares et al., 2003).

Среднестатистический портрет российского гемблера выглядит следующим образом (Хвостиков, 2009). Это мужчина в возрасте 21-30 лет, в половине случаев холостой или разведенный, со средним образованием, отягощенный наследственностью по линии родителей алкогольной зависимостью и в трети случаев сам зависимый от алкоголя. У патологических игроков выявляется выраженная акцентуация характера, чаще всего – возбудимая и гипертимная (27,3% и 23,6% случаев соответственно); по 11% приходится на тревожную или циклотимную акцентуацию.

Расстройство может возникнуть после первой игры при крупном выигрыше. Затем периодические выигрыши и проигрыши играют роль прерывистого подкрепления – самого мощного режима подкрепления при оперантном обусловливании. Игрок проходит через четыре последовательные стадии течения болезни:

1. Стадия выигрышей: случайные случаи игры, частые выигрыши, возбуждение предшествует и сопутствует игре, потребность играть все чаще, повышать ставки, играть «на

границы фолла», когда за секунду можно потерять все, что имеешь или приобрести «весь мир». Фантазии об игре, очень крупный выигрыш, беспричинный оптимизм.

2. Стадия проигрышей: стремление играть без свидетелей, хвастовство выигрышами, размышления только об игре, затягивающиеся эпизоды проигрышей, одалживание денег на игру. Невозможность прекратить игру ни после большого выигрыша, ни в случае постоянных проигрышей; она может длиться непрерывно по несколько суток. Ложь и сокрытие от своей проблемы других, уменьшение заботы о семье или супруге, уменьшение рабочего времени в пользу игры, отказ отдавать долги, изменение личности – раздражительность, утомляемость, необщительность. Тяжелая эмоциональная обстановка в семье, очень большие долги, сделанные как законными, так и незаконными способами, неспособность выплатить долги, отчаянные попытки прекратить играть. При этом возникает синдром отмены – тяжелое дисфорическое состояние с головной болью, беспокойством, нарушением внимания, подавленностью и раздражительностью, ухудшением сна. Это состояние проходит только после включения в игру.

3. Стадия отчаяния: потеря профессиональной и личной репутации, значительное увеличение времени, проводимого за игрой, и размера ставки, отдаление от семьи и друзей. Утрачивается приобретенное ранее высокое техническое мастерство игры: больные делают нерасчетливые ходы, прибегают к неоправданному риску. Больной достает деньги для игры любыми способами: прибегает к лжи, растратам, аферам и хищениям. При этом он собирается использовать эти деньги для выигрыша и вернуть долги, но не удерживается и вновь все проигрывает. Возникают угрызения совести, раскаяние, ненависть к другим, паника. Наказания и самообвинения лишь обостряют стремление «поправить» настроение привычным способом.

4. Постепенно больной становится раздражительным, замкнутым, в поисках денег на игру вступает в контакт с преступным миром, теряет друзей, семью, работу, свободу. В финале – уход в себя, безнадежность, злоупотребление алкоголем, аффективные расстройства, суицидальные мысли и попытки.

**Происхождение гемблинга.** К игровой зависимости часто приводят следующие факторы: в детстве будущему аддикту не хватало чуткого отношения родителей или он рано потерял одного из них; он не наигрался в детские игры или его вовлекали в игры взрослых на деньги; в семье отмечалась фетишизация денег или небрежное отношение к ним; азартным игроком был родитель больного того же пола (Короленко, Дмитриева, 2000; Максимов, 2009).

Игровая зависимость связана со сверхценным отношением к игре, иллюзией контроля и иррациональными убеждениями и с «ошибками» мышления. Сверхценное отношение к игре: «Это ужасно, если я не выиграю», «Я ничто, если не играю и не выигрываю», «Я не могу существовать, если я не играю». Азартным игрокам свойственна фетишизация денег, которые они воспринимают как источник своих проблем и в то же время – как способ их решения. Фетишем может стать любимый игровой автомат – «мой», «более честный», «который когда-нибудь отдаст вложенные деньги».

У азартного игрока обнаруживается вера в три мифа: 1) его ждет огромный выигрыш, 2) неудачниками становятся другие и 3) после выигрыша наступит райская жизнь, это обещают приметы и приближают магические ритуалы. Игроки чрезвычайно суеверны, пользуются всевозможными ритуалами и заклинаниями в надежде на удачу.

Иллюзия контроля: игрок верит в то, что может контролировать случайные события посредством различных способов ритуального поведения, например, скорости нажатия на кнопки игрового автомата (Я могу магическим образом влиять на случай), «Я обязательно выиграю в следующий раз»).

Типичны следующие «ошибки» мышления игроков: персонификация игрового автомата («Игровой автомат похож на меня») или рационализация проигрыша («Я проиграл потому, что был невнимателен»). Когнитивные ошибки игроков делят на стратегические и тактические (Зайцев, Шайдулина, 2003) .

Стратегические ошибки создают у пациента иллюзию, что он руководит своими поступками и ходом игры, что контроль достигается участием в игре и достаточной сосредоточенностью на ней. К этим ошибкам относятся следующие иррациональные установки: 1) «деньги и работа решают все, в том числе и проблемы эмоций и отношений с людьми»; 2) неуверенность в настоящем и ожидание успеха вследствие выигрыша, представление о возможности уничтожить жизненные неудачи успешной игрой; 3) замещение фантазий о контроле над собственной судьбой фантазиями о выигрыше.

Тактические ошибки служат самооправданию пациента, приступающего к игре, когда он говорит себе: «Мне нужны деньги, и я придумал, как обмануть автомат»; «Я могу сыграть как обычный человек и остановлюсь, если начну проигрывать». Типичные тактические ошибки мышления таковы: 1) «в игре обязательно наступит переломный момент»; 2) «возможно вернуть долг только с помощью игры, то есть отыграть»; 3) «смогу играть только на часть денег»; 4) вера в «выигрышный», «фартовый» день; 5) эмоциональная связь только с последним игровым эпизодом при даче самому себе слова «никогда не иг-



рать»; 6) во время игры восприятие денег как фишек или цифр на дисплее; 7) представление о ставках как о сделках.

Мотивацию гемблинга можно свести к игре «Любит – не любит» с Матерью-судьбой. Проигрыш вызывает обиду на «судьбу-злодейку» и провоцирует новую попытку. Постоянное возвращение к игре обусловлено инфантильными фантазиями о всемогуществе, неограниченном удовлетворении желаний, а также протестом против реальной действительности, не подчиняющейся воле больного. При этом игрок, в силу своей неуверенности и зависимости, возлагает ответственность за проигрыш на фортуна.

К иррациональным убеждениям приводят: нетерпеливость и неспособность к длительным усилиям («я должен выиграть это в следующей ставке»); низкая устойчивость по отношению к ситуациям разочарования («это ужасно, если я не выиграю»); искажение самооценки («я ничто, если я не играю и не выигрываю»); преувеличение («я не могу существовать, если я не играю»).

В психодинамике расстройства преобладают типичные аддиктивные защиты: отрицание, вытеснение, регрессия, а также защиты, присущие обсессивно-компульсивной личности: уничтожение сделанного, фантазии о всемогуществе и полном контроле, реактивное образование. Отрицается тяга к игре, психологический дискомфорт в связи с воздержанием идентификация себя как игрока. Вытесняются агрессивность, необязательность, ложь. При этом содержательная сторона психотравмирующей ситуации в виде факта неблагоприятного поступка, спровоцированного игровой зависимостью не осознается, но сохраняется вызванное им эмоциональное напряжение, субъективно воспринимавшееся как немотивированная тревога. В период проигрыша игроки предпочитают искать у окружающих сочувствия, вместо того чтобы предпринимать действия, направленные на решение проблем (Автономов, 2009; Хвостиков, 2009).

Азартный игрок стоит перед дилеммой: выигрыш желателен, поскольку он реализует детское стремление к всемогуществу и является символическим одобрением инцестуозных влечений, однако проигрыш также желателен, поскольку он обеспечивает наказание за запрещенные инцестуозные действия и таким образом устраняет чувство вины. Поскольку выигрыши вызывают нестерпимое чувство вины, а проигрыши доказывают недостаточное всемогущество, игрок попадает в порочный круг.

Болезненней всего игрок переживает не проигрыш, а невозможность продолжать игру. В процессе игры игрок предвкушает свой триумф и одновременно ощущает риск, эта смесь эйфории и страха служит ему наркотиком. Вследствие привыкания становится не-

обходимой игра «по крупному», в которой игрок рискует всем, вплоть до жизни. Для облегчения переживания страха смерти мозг выделяет эндорфины. Чтобы подстегнуть этот механизм, все чаще используется саморазрушительное поведение.

**Психотерапия патологических игроков.** Для изоляции гемблера от привычного окружения целесообразна госпитализация на 2–3 месяца. Лечение начинается с 2–3 недельного курса индивидуальной поддерживающей терапии, направленной на преодоление фазы разочарования. Затем с пациентом и его семьей заключают контракт, согласно которому он обязуется сделать все возможное для избежания срыва.

Психоаналитически ориентированный психолог может задаться следующими вопросами (Автономов, 2009):

- Близка ли от осознания тяга к игре у пациента или нет? Если пациент не осознает тяги играть, то какие механизмы психологической защиты для избегания осознания он использует? Идет ли речь о таких примитивных механизмах, как отрицание, или о более зрелых, таких как вытеснение? Какова сила Эго пациента и насколько он способен противостоять, откладывать и сублимировать влечение?
- Какой характер преобладающего конфликта наблюдается у пациента? Воспринимает ли пациент этот конфликт как внутриспсихический или как конфликт с внешним миром?
- Какова сила (количество) тяги к игре: переживает ли пациент тягу к игре как избыток напряжения ищущей разрядки или как голод по стимулу?
- Какие ранние формы психических явлений активизируются и манифестируются во влечении к игре? Переживая тягу к игре, на какой уровень психического функционирования регрессирует пациент?
- Какова адаптивная функция влечения к игре? Каким образом пациент поддерживает, восстанавливает и улучшает существующее состояние адаптированности

В работе с патологическими игроками важно учитывать следующие терапевтические мишени. 1. Навязчивые мысли об игре, влечение к атмосфере игры. При неудовлетворении этих влечений возникает чувство дискомфорта, внутреннего напряжения. 2. Перевод с помощью игры субдепрессии в радость или злость на себя или ситуацию, чтобы оживить себя в ситуации риска, разрядиться, получить причину плохого настроения: не везет в игре. 3. Сверхценная идея быстрого и легкого обогащения. 4. Реализация фактора веры, надежды на выигрыш. 5. Авторитетная группа, разделяющая взгляды на риск, надежду и

мифы о выигрыше. 6. Перенос значимой жизнедеятельности в атмосферу игры, неопределенности исхода, риска, с появлением чувства насыщенности и значимости бытия.

А.Ю. Егоров (2007) предложил следующие этапы когнитивно-поведенческой терапии азартных игроков.

1. Осознание болезни. Проводится мотивационное интервью, где выясняются мотивации пациента на лечение, предпринимаются попытки ее повышения, обсуждаются возможные перспективы изменения поведения.

2. Идентификация триггеров — ситуации, которые чаще всего приводят к началу игрового цикла. Когда аддикт осознает свои триггеры, он может выбрать модели альтернативного поведения в этой ситуации. Формируется список альтернативных действий.

3. Ведение дневника с обязательной фиксацией ситуаций, связанных с положительными и отрицательными эмоциями, а также провоцирующих тягу к игре.

4. Проведение планирования альтернативных действий на ближайшую (до следующего сеанса) перспективу. На последующих сеансах рассматриваются использованные поведенческие стратегии. Используется словесное поощрение успехов пациента. Происходит расширение списка альтернативных действий.

5. Параллельное обучение пациента технике релаксации, а также элементам аутотренинга; рекомендовано использовать эти техники не менее 20—30 мин в день.

Используется имажинативная (лат. *imago* — образ) десенсибилизация, направленная на работу с образами и эмоциями. Пациент представляет себя способным воздержаться от игры в различных, все более провоцирующих ситуациях, а затем пациенту дают парадоксальное предписание играть в соответствии со строгим режимом, разработанным терапевтом (Blaszczynski, Nower, 1991).

Поскольку аддикты обычно испытывают значительные коммуникативные затруднения, проводится тренинг социальных навыков с выработкой навыков воздержания в ситуациях соблазнения. Вырабатывается мотивация к участию в сообществе «Анонимных игроков», с помощью которого пациент впоследствии решает свои финансовые и семейные проблемы. При этом используются публичные признания, групповое давление и пример бывших пациентов, бросивших игру.

А. Щербаков с соавторами (2003) описывают четыре этапа драматерапии гемблинга. 1. Создание личного мифа о собственном болезненном состоянии, с обозначением Провокатора и Судьбы. 2. Работа с генограммой: интрапсихическое дистанцирование от семейно-

го наследия. 3. Разыгрывание истории о собственном Большом марафоне. 4. Проработка раннего детского опыта и сегодняшних проблем.

В.В. Зайцев и А.Ф. Шайдулина (2003) разработали поэтапную программу терапии гемблинга. *Диагностический* этап включает постановку диагноза, определение стадии игровой зависимости, выяснение индивидуальных особенностей фаз игрового цикла. *Психобразовательный* этап посвящен осознанию пациентом невозможности вернуть свое первоначальное отношение к игре и необходимости полного отказа от игры. Пациенту рассказывают о причинах и симптомах заболевания, его течении и методах лечения, типичных ситуациях, провоцирующих срыв, а также о вариантах отношений с окружающими при отказе от игры. Пациенту предлагают живо вообразить свою жизнь, в которой никогда не будет игры. При этом его желание играть резко усиливается, он осознает, насколько трудно и сколь необходимо контролировать его.

Этап *создания стратегий контроля над импульсом к игре* направлен на понимание пациентом того, что: 1) с момента игрового срыва он не в состоянии проконтролировать свое поведение; 2) отсутствие осознаваемого желания играть не означает способности контролировать игровой импульс. Пациент обучается осознавать и различать постоянное желание играть и резкое ситуационное усиление игрового импульса под воздействием внешних обстоятельств. Контроль за игровым поведением достигается путем выработки у пациента способности замечать признаки надвигающегося срыва: усиление фантазий об игре, нарастание эмоционального напряжения, появление уверенности в выздоровлении.

*Регуляция состояний транса* достигается благодаря достижению пациентом понимания того, каким образом он вводит себя в состояние транса после принятия решения играть и как он может контролировать этот процесс. *Работа над ошибками мышления* заключается в выявлении иррациональных установок, связанных с игрой, анализе мотивов поведения, касающихся игры и ее последствий. Этап *планирования* состоит в составлении программы ближайших жизненных задач: выплата долгов, восстановление финансового благополучия, нормализация рабочих отношений. Для профилактики срыва важно обсудить причины прежних срывов и выработать мотивацию к постановке задачи контроля игрового поведения и шире – овладения навыками эмоциональной саморегуляции.

## **6.5. Сексуальная аддикция**

**Компульсивная мастурбация** проявляется в виде эксцессов, у детей – нередко импульсивно, без учета ситуации и окружения. Навязчивая мастурбация обычно сочетается с аутоэротизмом – половым влечением к собственному обнаженному телу, возникающим

при разглядывании его в зеркале или на фотографии. Картины, воображаемые во время мастурбации, могут стать источником гомосексуализма, эксгибиционизма, триолизма (секса втроем). Бурное развитие порнографической индустрии дает возможность без особого труда подобрать ключи к своей сексуальности, которые заставляют затем многократно мастурбировать. Электрическая активность мозга при этом в три раза выше, чем при обычной мастурбации, а степень релаксации почти такая же, как после полового акта. При этом мастурбация становится интереснее секса (Старович, 2002) .

**Нимфомания** F52.7 (греч. *nymphe* – девушка, молодая женщина) – потребность женщины в частой смене половых партнеров. При этом происходят компульсивные половые контакты с незнакомыми людьми любого возраста, а иногда – и пола.

Проявления нимфомании у женщин:

- компульсивная мастурбация; причинение боли во время секса и усиление желания во время болевых ощущений;
- вызывающий макияж для соблазнения, ношение провоцирующей одежды, демонстрация себя из окон дома, машины; систематическое изменение внешности посредством интенсивных упражнений, диеты или пластической хирургии, чтобы быть привлекательной;
- многочисленные внебрачные связи; сексуальное соблазнение своего клиента или врача, младшего брата или сестры; секс при первом же знакомстве; поиск сексуальных партнеров в рискованных местах; расплата сексом за наркотики, помощь, деньги, социальные связи, карьеру и т.д.

При нимфомании часто обнаруживается следующая мотивация (Хорни, 1993):

- я не имею собственной силы, но могу обольщать сильный пол;
- меня всегда будут бросать, если я не научусь обольщать;
- я обречена на одиночество – физическое или психическое, но в соитии я сливаюсь с другим человеком;
- мое тело порочно и отвратительно, но когда оно так желанно другому, мне легче.

**Сатириаз** F52.7 назван так по имени мифического существа Сатира – символа сексуального сластолюбца. У больных сатириазом при обычных половых контактах резко увеличивается их частота. Другим вариантом гиперсексуальности у мужчин является донжуанизм, названный так по имени легендарного покорителя женских сердец дона Хуана Тенеро из Севильи. Для донжуана характерна частая смена сексуальных партнеров из-за

того, что первый же половой контакт вызывает сильное отвращения к данному объекту и одновременно – непреодолимое сексуальное влечение.

Проявления сатириаза у мужчин:

- он все время говорит о «милых и обаятельных ребятах», которые не пропускают ни одной юбки;
- постоянно поддерживает сексуальные отношения с несколькими женщинами сразу; пытается убедить женщину, которая обнаруживает его измену, что «ей хотелось этого самой и ее это заводит»; то и дело клянется, что будет хранить верность, но может нарушить обещание уже через час;
- может в присутствии своей подруги склонять другую женщину к сексуальной связи; не понимает, почему это вызывает столь резкую реакцию у его подруги и у окружающих; способен продемонстрировать раскаяние в этой ситуации, только если все закончится шумным скандалом.

**Аутогипоксифилия**, скарфинг (англ. scarf – шарф) – усиление сексуального возбуждения посредством кислородного голодания в процессе неполного самоудушения с помощью шарфа. В мозге находятся два центра эякуляции: корковый и подкорковый. Корковый центр обеспечивает сознательный контроль, например, когда надо оттянуть наступление или уменьшить проявления оргазма. Подкорковый центр вместе со спинномозговым включает семяизвержение, которое уже не остановить. Корковые клетки сложнее и чувствительнее к недостатку кислорода, чем клетки подкорки. Поэтому при удушении корковый центр оргазма отключается первым. В результате подкорковый центр растормаживается, уровень сексуального возбуждения повышается.

Опасение потерять контроль заставляет скарфингера максимально сосредотачиваться на своих ощущениях, и это обостряет их до предела. К тому же сдавливаемые веревкой сонные сплетения бомбардируют мозг болевыми импульсами. Мозг реагирует на страх смерти, нехватку кислорода и боль противошоковой терапией: выбросом эндорфинов.

**Стриптомания** – зависимость от стриптиза, развивается у мужчин – завсегдатаев стриптиз-клубов. Во время сеанса стриптиза у посетителей в крови обнаруживается повышенное содержание тестостерона, эндорфинов и мелатонина, вырабатывающегося во время сна (в стрип-барах обычно используются люминесцентные лампы, которые создают гипнотизирующее мерцающее освещение с частотой 10–12 Гц). В результате частого посещения подобных заведений обычная интимная жизнь, не сравнимая с искусственным

«кайфом», перестает вызывать возбуждение, эрекция и оргазм ослабляются. При отмене развлечений возникает типичное абстинентное состояние.

**Киберсексуальная зависимость.** Более половины пользователей Интернета практикуют различные формы киберсекса (от англ. cybernetics – кибернетика).

1. Компьютерные игры эротического и сексуального содержания, по ходу которых надо раздеть женщину или симуляторы, создающие иллюзию участия в половом акте.

2. Эротика и мягкое или жесткое порно на дискетах, часто приобретаемых на "черном рынке", а также получаемых по электронной почте или через модем.

3. Эротические и порнографические CD-ромы, т. е. диски с большим объемом сохраняемой информации, с помощью которых дисплей компьютера можно превратить в виртуальный публичный дом.

4. Выводимые на дисплей тексты эротического и сексуального содержания, в том числе в режиме онлайн – дальнейшее развитие секса по телефону.

5. Свидания в режиме онлайн, когда партнеры посылают друг другу послания возбуждающего характера.

6. Сексуальные контакты с компьютером, когда пользователь получает импульсы с компьютера или манипулирует компьютерными куклами. Для этого используются кибершлемы, позволяющие видеть и слышать информацию; напальчники и перчатки, обеспечивающие обратную тактильную связь; магические руки, которые охватывают и стимулируют грудь или бедра; моющиеся кибервибраторы для женщин и кибервагины для мужчин; киберкостюмы на все тело и, наконец, сделанные, как живые, многофункциональные компьютерные куклы с теплой кожей.

Половина любителей виртуального секса, имеющих постоянного партнера в реальной сексуальной жизни, со временем начинают утрачивать всякий интерес к партнеру и разрывают отношения. Две трети пользователей Интернета, пристрастившихся к киберсексу, не имеют сексуальных контактов вне сети. Остальные совмещают свое пристрастие с сексом по телефону, порнографией различных видов, вуайеризмом и посещением проституток. Они так же стремятся установить личную связь со своими адресатами в Интернете: посылают письма, звонят по телефону и назначают встречи.

Преимущества киберсекса для сексоманов таковы:

- Интернет развивает их сексуальность; их фантазии не могут быть реализованы в обычной жизни; секс благодаря Интернету становится более доступным, ярким и безопасным; киберсекс дает наибольшее удовлетворение.
- Они чувствуют, что они более привлекательны, сидя за экраном монитора; в жизни сложнее реализовывать свою сексуальность; в Интернете проще участвовать в ролевых играх.

При сексуальном воздержании у сексоманов развиваются симптомы, напоминающие проявления синдрома отмены при химических зависимостях: дисфория, тревога, трудности концентрации внимания. Многие сексуальные аддикты отмечают также рост толерантности. Для многих аддиктов сексуальная компульсивность становится не столько источником удовольствия от половых актов, сколько способом почувствовать себя менее одиноким, отвлечься от болезненных чувств и избежать скуки. У них появляется все больше сексуальных партнеров; контакты становятся все более эксцентричными и рискованными (Schneider, Irons, 2001).

В последнее время заметное распространение получил **свинг** (англ. Swing – быстрая смена, на сленге – разврат). Это вариант группового секса, в котором принимает участие минимум одна постоянная пара. Зачастую их толкает на это невозможность одного из партнеров физически удовлетворить сексуальные потребности другого. Например – бисексуальность кого-то из них, которая чаще всего проявляется у женщин.

Свингеры предпочитают находить друг друга через Интернет. Встречи обычно происходят в ресторанах и ночных клубах. Друг друга узнают по условному знаку, например, в Москве – по черной широкополой шляпе. Иногда принимаются не только пары, но и одиночки. По результатам опросов секс вчетвером пробовала каждая восьмая пара москвичей, а каждая двадцатая занимается этим регулярно.

Во время группового секса в один половой акт вовлекаются сразу несколько человек, мозг получает многочисленные импульсы из разных эрогенных зон одновременно – после такого трудно удовлетвориться ласками одного партнера. В сильную зависимость от этого наркотика чаще попадают женщины, у которых на первом месте ценность любви.

Секс-группой руководит обычно женщина постарше. Она назначает время и место, распределяет роли, с ней советуются, когда хотят привести новичка. Есть также Мамочка, создающая уютное, домашнее настроение. Обязательно существует Принцесса – самая сексапильная, заводная, и Принц – неутомимый мачо. Когда в группу приводят новенького, это «ядро» опекает и ведет его. Остальные находятся на второстепенных ролях. В це-



лом получается компания больших детей, с упоением играющих в «кровосмесительную прасемью».

Игра эта особенно привлекательна для юношей и девушек потому, что в секс-группе удовлетворяются очень важные для созревающего человека потребности: в эмансипации (освобождении от власти родителей), в группировании со сверстниками (вместе и безопаснее, и веселее), наконец, в развлечении (понятно, что в период полового созревания сексуальные игры – самые увлекательные). Не менее важны и еще три потребности, присущие любому человеку независимо от возраста: в чувстве психологической защищенности, в принятии и уважении.

**Садомазохизм F65.5.** Садизм назван так по имени французского писателя маркиза де Сада (1740–1814), описавшего в своих произведениях расстройство, которым страдал он сам. Аналогично творчество австрийского писателя Леопольда фон Захер-Мазоха дало название мазохизму. Если человек предпочитает быть подверженным сексуальной агрессии, это называется мазохизмом; если же он предпочитает быть ее источником – садизмом. Часто индивид получает сексуальное удовлетворение как от садистической, так и от мазохистской активности.

Наиболее распространенной формой сексуального садизма и самым частым половым преступлением является изнасилование, участниками которого обычно становятся незрелые личности, их жертвой чаще всего становятся «гордые», подчеркнуто независимые девушки. Психодинамически садистическое поведение представляет собой символическую гиперкомпенсаторную защиту от ожидаемого наказания за свое сексуальное поведение.

**Гомицидофилия** (влечение к убийству людей) часто сочетается с сексуальной аддикцией (сексуальный вампиризм, некросадизм). При сексуальном вампиризме садизм соединяется с фетишизмом. Роль фетиша играет вид и вкус крови сексуального партнера при царапании и укусах. При некросадизме некрофил испытывает особое наслаждение при расчленении трупа и прикладывании отдельных его частей к своему телу, что сопровождается мастурбацией или половым актом.

**Флагелляция** (лат. flagello – бить, бичевать) – разновидность садизма, при котором половое возбуждение достигается путем бичевания. Партнера также колот острым предметом, прижигают горячей сигаретой и т.п. В связи с ростом толерантности для достижения возбуждения больным необходима все большая жестокость мучений. Вариантом флагелляции является зоосадизм, при котором сексуальное возбуждение возникает во время избиения и истязания животных.

**Эксгибиционизм** (F65.2) состоит в обнажении полового члена перед девочкой или молодой женщиной. Эксгибициониста возбуждает любая эмоциональная реакция жертвы, во время которой он мастурбирует и эякулирует. Чаще всего эпизод происходит днем в общественном месте. Более безопасный вариант – анонимные разговоры по телефону, сопровождающиеся мастурбацией.

Половина эксгибиционистов женаты, однако их сексуальные взаимоотношения в браке неудовлетворительны. Многие из них не уверены в своей мужественности или боятся ее, а некоторые сохраняют сильную зависимость от матери-собственницы. У женщин эксгибиционизм может проявляться в провокационной демонстрации ног и навязчивой склонности к куннилингусу. При этом женщина стремится соблазнить мужчину и затем символически кастрировать.

**Гневоголизм.** Мужчины с низким уровнем тестостерона нередко провоцируют ссору, чтобы вызвать у себя сексуальное возбуждение. За такой вспышки следует бурный секс. В течение нескольких дней виновник ссоры всячески замаливает свою грубость, а затем цикл повторяется. Механизм сексуального возбуждения в этой игре состоит из двух компонентов. Физиологический: реакция мобилизации приводит к увеличению тестостерона в три - четыре раза, происходит прилив крови к органам малого таза, и на протяжении от 15 минут до 4-5 часов держится выраженная эрекция. И психологический: мат «опускает» партнера, делая его более подходящим объектом «животной страсти».

В сексуальной жизни ярко выражено стремление к получению оргастической разрядки, полное игнорирование ласк и безразличие к неудовлетворенности женщины. Элементы садизма проявляются принуждением к близости, грубым овладением женщиной с имитацией злобности, причинением боли, щипками, укусами. Еще заметнее они выступают при страхе женщины, ее попытках уклониться. Часто достаточно только разыгрывания подобных сцен, и садистические действия лишь обозначаются. Главное – чувство господства над партнершей в сочетании с ее подчиняемостью и пассивностью.

Гневоголик, как и А-зависимый, отрицает свою проблему и убежден, что его приступы вызваны неправильным поведением жены. Его идеал – мазохистка, которая заводится только во время скандала, предпочитает половой акт на пике ссоры и получает оргазм только от грубости партнера и боли. Гневоголик оправдывается, что ничего лучшего жена и не заслуживает, к тому же его недостаток компенсируется деньгами и заботой о детях.

**Сексуальные мазохисты** просят партнера связывать их, завязывать глаза, колоть, бить и унижать. Некоторые из них сами связывают себя, колот или наносят себе порезы. Сек-

суальный мазохист преодолевает страх перед болью, демонстрируя свою невосприимчивость к ней. Еще важнее для него испытать чувство рабской покорности и беспомощности перед беспредельной властью партнера. Мазохизм нередко формируется в подростковом возрасте под влиянием грубого сексуального или физического насилия (абьюза), перед которыми подросток был беззащитен. При мазохизме пенис партнера воспринимается как замена материнской груди.

Сексуальные аддикты часто отрицают наличие у себя каких-либо проблем. Они используют механизм проекции, осуждая других и стараясь преуменьшить то, что может их дискредитировать. Другим часто встречающимся механизмом защиты является рационализация: «Если я не буду заниматься сексом, то не вынесу напряжения, которое во мне накапливается» или «Это мое дело, это никому не вредит, это мой способ расслабления».

В семье аддикция длительно скрывается. Отношения постепенно формализуются. Аддикт ведет двойную жизнь, он перестает интересоваться другими вещами, не заботится о своем здоровье, ему становится трудно преодолевать житейские трудности. Более важным для него представляется все время навязчиво доказывать свою состоятельность в сексуальном плане. Сексуальная неудача может вызвать агрессивные и саморазрушительные действия: приступы обжорств, компульсивный шопинг, алкоголизацию. С другой стороны, прием алкоголя может использоваться как запуск сексуальной реализации.

В **происхождении** сексуальных аддикций большое значение имеют ранние сексуальные травмы: от формирования у ребенка убеждения, что он представляет интерес лишь как сексуальный объект, до инцеста. В такой ситуации формируется комплекс неполноценности, недоверие к окружающим и зависимость от них, чувство угрозы извне и изоляция. За промискуитетом и унижением партнера скрываются страх подлинной интимности. В результате привыкания возникает необходимость повышать остроту сексуальных ощущений – часто менять партнеров, придумывать различные ухищрения и извращения.

У будущего аддикта появляется сверхценное отношение к сексу как единственному средству, которое может сделать его изоляцию переносимой и как к единственной сфере, в которой он может проявить себя. Половая жизнь становится смыслом существования сексуального аддикта, поэтому сексуальная неудача становится для него трагедией и иногда приводит к самоубийству.

Сексуальные аддикты используют типичную аддиктивную защиту – отрицание. С ее помощью они преуменьшают опасность болезней, передающихся половым путем, нежелательной беременности, утраты значимых взаимоотношений. Как А-зависимый оправды-

вает алкоголизацию необходимостью расслабиться, так и сексоман использует рационализацию: сексуальная разрядка необходима для здоровья, нормальной трудоспособности и т.п. Как А-зависимый повышает свою самооценку, хвалясь количеством выпитого, так и сексоман навязчиво доказывает свою сексуальную состоятельность.

В личности сексуальных насильников выделяют следующие черты: глубинная эмоциональная связь с матерью при одновременном пренебрежительном и презрительном к ней отношении, чувство страха и ощущение собственной ничтожности перед отцом. Характерны разделение или даже противопоставление секса и эмоций, сексуальный эгоцентризм, непонимание и неприятие идеи партнерства, агрессивная форма проведения сексуальных контактов как отражение страха перед зрелой женщиной и неуверенности в себе как в полноценном партнере.

**Основной формой помощи** сексуальным аддиктам является психотерапия в рамках посещения групп Анонимных Сексуальных Аддиктов, работающих по программе 12 шагов. Имеются также отдельные программы для одновременно сексуальных и любовных аддиктов, для созависимых родственников сексуальных аддиктов и т. д. (Schneider, Irons, 2001).

Индивидуальная психотерапия фокусируется на купировании чувства одиночества и низкой самооценки, которые часто служат источником компульсивного сексуального поведения. Пациентам предлагают научиться контролировать свое поведение и ассоциировать с сексом интимные межличностные отношения. Прежде всего, следует помочь пациенту выделить ситуации, провоцирующие у него аддиктивное сексуальное поведение. Обычно они связаны с переживанием чувств тревоги, гнева или печали, которые нередко бывают вызваны ударами по самооценке. Важно найти альтернативные способы совладания с подобными переживаниями. Необходимо также научить пациента справляться со своими сексуальными импульсами путем фиксации на негативных последствиях аддиктивного поведения, при этом полезно обсуждать с кем-либо подобные побуждения, фокусируясь на пользе воздержания.

Нимфоманке можно порекомендовать мастурбацию перед зеркалом. Отражение создает необходимый ей "эффект зрителя". В процессе психотерапии у нее появляется возможность познакомиться со своим внутренним миром. Когда она будет достаточно уверена в своей душевной привлекательности, у нее появится, наконец, уверенность, что мужчина может не только любоваться ею, но и любить. И в результате ей достаточно будет одного – того, который полюбит ее душу не меньше, чем тело.

Навязчивая мастурбация у подростков требует следующих терапевтических мер: выяснение соответствия сексуального поведения возрасту; снятие напряжения, связанного со страхом по поводу возможных последствий онанизма; обсуждение личностных проблем пациента и его сексуальных фантазий; при работе с замкнутыми подростками, испытывающими трудности в общении, необходимо помочь им установить контакты со сверстниками.

Лечение пристрастия к киберсексу начинается с полного запрета работы за компьютером и применения психотропных препаратов. Далее необходимо выявить у клиента барьеры на пути к нормальным любовным отношениям и найти способы преодолеть эти барьеры. Особое внимание следует обращать на следующие компоненты: предотвращение рецидивов, улучшение отношений с близкими, реконструкцию любовных связей, восстановление нормального возбуждения, тренинг копинг-навыков (Southern, 2008).

Лица с деструктивным сексуальным поведением соглашаются на лечение после совершения ими половых преступлений, связанных с садомазохизмом, эксгибиционизмом, фетишизмом, проституцией. Некоторые из них гордятся своей нетрадиционной сексуальностью, что можно рассматривать как компонент инфантильного всемогущества, защищающего от осознания незрелости младенческой сексуальности по сравнению со взрослой.

При сексуальном садизме применяются авersive методы. Например, пациент мастурбирует, представляя сексуально адекватную сцену, до наступления эякуляции, а затем в течение часа мастурбирует с использованием специфических фантазий, пока они не перестанут вызывать возбуждения вследствие насыщения. Эффективен также метод маскируемой принудительной сенсibilизации, в ходе которой пациент вызывает в своем воображении сцены собственного девиантного сексуального поведения. В момент его наивысшего полового возбуждения ему дают понюхать пары вещества с сильным тошнотворным запахом с целью вызвать отвращение к этим сексуальным сценам.

Поскольку пациенты часто обвиняют своих жертв в провокационном поведении, понижают их и преуменьшают последствия своей сексуальной агрессии, с ними проводится когнитивная терапия. Психотерапевт помогает пациентам распознать их когнитивные искажения, обучает составлению самокоррекционных посланий, которые в ходе поведенческого тренинга становятся все более рефлексивными, автоматическими и способствуют нормализации сексуального поведения.

Насильники зачастую не воспринимают всерьез негативных сигналов своей жертвы. Поэтому пациентов, которые сами нередко в прошлом претерпели насилие, заставляют

обратиться к собственным переживаниям и связать их с тем, что испытала жертва. Пациентов также обучают адекватно реагировать на негативные сигналы в ходе коммуникативного тренинга с женщинами-партнершами.

Для несовершеннолетних сексуальных насильников создана программа реабилитации, ориентированная на осознание ими различий между безответственным и ответственным поведением, понимание цикла сексуального насильственного поведения, развитие сочувствия к жертвам, контроль девиантного полового возбуждения. В программу входит также преодоление когнитивных искажений, запускающих насильственные действия; выражение эмоций и высказывание всего того, что накопилось в душе; развитие доверия; коррекция изъянов в социальных навыках и предотвращение рецидива. Кроме того, разъясняются нормальные аспекты человеческой сексуальности, тренируются навыки межличностного общения, проводится обучение приемам сдерживания гнева.

#### **6.6. Аддикция отношений, любовная зависимость и аддикция избегания**

Аддикция отношений характерна для зависимых личностей. У этих лиц отмечается внешний локус контроля с возложением ответственности за свое благополучие на значимого другого, отсутствует осознание собственных чувств, чужие чувства переживаются как свои, выражены страх отвержения и самоотверженная забота о других при отсутствии межличностных границ. Они во всем усматривают хорошее или плохое отношение к себе, ставят себя в центр событий, заставляя значимого другого заботиться о себе или, наоборот, берут на себя непомерную ответственность за других.

Аддикты отношений обычно предпочитают индивидуальной терапии участие в группе, которую пытаются превратить в идеальное, по их представлениям, сообщество или систематически посещают различные тренинговые или учебные группы, проявляя группоголизм. С другой стороны, в аддикцию отношений может перейти привязанность человека к терапевтической группе.

Терапевтическая группа, в которой тон задают «группоголики», у нарциссичного ведущего может превратиться в «Общество № 2», напоминающее секту. В такой группе все считают себя лучше других людей – бездушных и бездуховных. И раскрыв рот, слушают проповедь своего гуру – новую версию детской книжки «Что такое хорошо и что такое плохо».

Сообщества АА (Анонимные Алкоголики), АН (Анонимные Наркоманы) и им подобные нередко делают их членов аддиктами общения в данном сообществе. Жизнь, в том

числе даже проведение досуга, отпуска, становится невыносимой без постоянного общения с себе подобными. Выход из сообщества, как правило, заканчивается рецидивом.

**Любовная зависимость** основана на отношении к живому человеку как к объекту, как к фетишу, «запускающему» любовную страсть и характеризуется следующими признаками:

- сверхценное отношение к партнеру с фиксацией на нем при неспособности справиться со своим влечением;
- нереалистическое, некритическое ожидание безусловно положительного отношения партнера; отказ от возможности быть самим собой;
- осознанный страх покинутости, который ослабляет негативные чувства, направленные на объект, и заставляет идти на любые жертвы ради сохранения отношений;
- неосознанный страх интимности, тормозящий сексуальные побуждения в ситуации физической близости;
- выбор партнера, не способного к интимным взаимоотношениям, нередко это аддикт избегания.

Р. Норвуд (2013) описывает типичную женщину, склонную к любовной зависимости. У этой женщины низкая самооценка, и она надеется заслужить хорошее отношение к себе самоотверженным служением людям с проблемами, нуждающимся в «спасении». Обычно она становится медицинским работником, психологом, воспитательницей, учительницей, секретаршей и т. п.

Поскольку в детстве ей не удалось превратить родителей в заботливых, любящих маму и папу, ее влечет к эмоционально малодоступным мужчинам, сердце которых она пытается растопить. Такая женщина не останавливается ни перед какими затратами времени, сил и денег, чтобы угодить любимому. Привыкнув в своей семье к недостатку любви, она готова ждать и надеяться сколько угодно.

Пережив ужас отвержения в детстве, женщина делает все возможное, чтобы предотвратить уход своего избранника. Она пытается контролировать его поведение, чувства и мысли. Для нее важнее всего сделать былью свою сказку о Великой Любви; она больше мечтает, чем живет. Ее всепоглощающая и испепеляющая страсть очень тяжела и для нее, и для партнера. У этой женщины может отмечаться тенденция к подавленности, которую она старается предотвратить, вовлекаясь в непрочные, «бурные» взаимоотношения. Они

может быть предрасположена (эмоционально или генетически) к зависимости от алкоголя, наркотиков, лекарств, сладостей и т.п.

Автор прослеживает этапы развития любовной зависимости. В преморбиде отмечается склонность к чрезмерно ответственному поведению и опеке. У женщины сильная потребность руководить другими приводит к выбору безответственного партнера, которого она пытается «любить» с такой же силой, с какой «любила» родителей. Постепенно эмоциональная зависимость от мужа усиливается, нарастает опасение вызвать у него недовольство, чувство вины. Появляется потребность постоянно обсуждать с мужем его проблемы, начинаются сомнения в правильности собственных ощущений.

Далее наступает острая стадия зависимости. Женщина все больше сосредотачивается на поведении мужа, оправдывает его в разговорах с другими, а свои проблемы упорно скрывает. Возникает ощущение краха с агрессивным поведением по отношению к мужу, желанием отомстить, которое сменяется угрызениями совести за ссоры. Попытки контролировать мужа постоянно оканчиваются неудачей, другие интересы утрачиваются. Появляются неприятности на работе и финансовые затруднения, желание взять на себя обязанности мужчины. Возникают беспричинные обиды, приступы неудержимого обжорства или пренебрежения едой, ухудшается здоровье. Женщина принимает транквилизаторы, стремится избегать друзей и близких. Появляются явные признаки нервного расстройства и физического истощения, может развиваться алкогольная или наркотическая зависимость.

В хронической стадии начинаются затяжные депрессии, появляются внебрачные связи, женщина уходит в работу, становится одержима поверхностными интересами. У нее отмечаются нарушения мышления, упадок духа, неприязнь к «нормальным» людям, безотчетные страхи, паранойяльные проявления, неспособность приступить к делу, полная фиксация на муже. Усиливается жестокость по отношению к мужу и детям, появляются угрозы или попытки самоубийства, чувство, что все способы овладеть ситуацией истощены. У женщины и детей формируются серьезные эмоциональные расстройства. Нарастает гнев и возмущение по поводу несдержанных обещаний и невыполненных решений.

Термин «любовная аддикция» может быть применим к лицам, которые навязчиво добиваются восстановления прежнего, доставляющего удовольствия уровня отношений с бывшим объектом любви. Отвергнутый любовник испытывает чувства утраты объекта и потери себя, обиды и гнева, неудачи и отчаяния, у него возникают саморазрушающие модели поведения.



**Сталкерство** (англ. *stalking* – подкрадывание, облава) заключается в упорных попытках навязать другому человеку знакомство или контакт. Знакомство и общение может осуществляться по телефону, в письмах, с помощью электронной почты, настенных надписей или рисунков (часто непристойных). Контакт происходит при приближении к жертве, во время её сопровождения и постоянной слежки.

Некоторые сталкеры преследуют человека, который отверг его, чтобы добиться примирения или, чтобы взять реванш за отвержение, другие, чтобы установить отношения с человеком, который вызвал его любовь. Некоторые являются несостоятельными поклонниками и навязывают себя человеку, добиваясь свидания или короткого сексуального контакта, другие желают власти, хотят запугать и вызвать чувство беспокойства у своих жертв.

Выделено пять групп сталкеров: отвергнутые, ищущие интимность, социально отвергнутые, обиженные и хищники. Угрожают своим жертвам и портят их имущество чаще обиженные сталкеры, а на прямое нападение чаще идут отвергнутые и хищники. Для женщин-сталкеров наиболее типично стремление добиться максимальной интимности от жертвы, которую они ранее знали. При этом такая женщина играет роль профессионального «спасителя».

Объектами внимания в большинстве случаев становятся знаменитость, но это могут быть и психиатры и психотерапевты. Они интересуют две группы сталкеров:

1) пациентов, культивирующих в себе романтические или инфантильные ожидания, приводящие их к надеждам на установление отношений. Эти надежды могут усилиться на основе необоснованных предположений, что доктор «одинок и доведен до отчаянья», либо нереалистических ожиданий возможности быть его поклонником;

2) пациентов, культивирующие в себе возмущение против профессионалов-врачей, обычно основанное на предполагаемом ятрогенном нанесении вреда или преступной халатности. В отношениях любовных аддиктов отсутствуют здоровые разграничения, без которых невозможны интимность между партнерами, признание права на собственную жизнь. Это приводит к тому, что они обвиняют друг друга в нечестности, используют сарказм, преувеличения и оскорбления. Вначале наблюдаются чрезвычайно созависимые отношения, из которых практически исключаются другие люди, у супругов – и собственные дети. Поскольку один из аддиктов энергичнее и активнее, у другого нарастает страх быть поглощенным, он стремится дистанцироваться и постепенно превращается в аддикта избегания. Он начинает проводить время в другой компании, на работе, в общении с другими людьми.

Для аддикта избегания характерны следующие черты: сверхценное отношение к ЗД, которого внешне избегают; закрытость внутренней жизни от ЗД из-за проективного страха контроля с его стороны и «поглощения» им; формирование заместительных аддиктивных отношений с другими объектами.

Аддикт избегания опасается оказаться под контролем и потерять свободу и поэтому выбирает партнера, который не может быть интимным. В то же время аддикт избегания не менее любовного аддикта нуждается в любовном наркотике, хотя и скрывает это за маской самодостаточности. Поэтому он не отпускает партнера, держа его при этом на безопасном расстоянии.

Если пару составляют два аддикта избегания, обычно они заключают между собой негласный договор о дистанцированных отношениях, при которых каждый имеет право на интенсивные деловые или интимные контакты с другими, или оба могут увлекаться совместным делом, хобби, заменяя ответственные, эксклюзивные интимно-личные отношения товарищескими или приятельскими (гражданский брак, открытая семья).

Любовный аддикт и аддикт избегания тянутся друг к другу вследствие «знакомых» психологических черт. Оба они испытывают чувства неценности и ненужности, оба страдают из-за отсутствия интимности и доверия в своих отношениях. Их не привлекают добрые, устойчивые в жизни люди, надежные и интересующиеся ими. Они находят таких милыми, но скучными, занудными. В людях их привлекает то, что ностальгически знакомо, дает надежду на реализацию детских фантазий и обещает излечить их детские раны.

Взаимная зависимость между любовным аддиктом и аддиктом избегания может развиваться с самого начала их взаимоотношений. Формируется порочный круг: чем больше активности проявляет любовный аддикт, тем более отдаляется от него аддикт избегания, усиливая тем самым у партнера страх отвержения и покинутости и стимулируя его активность. Аддикт избегания начинает удовлетворять свои аддиктивные потребности в другой любовной связи, менее опасной для его интимфобии, или в других аддикциях: воспитательной, работогольной, алкогольной и т.д. Развивается конфликт зависимых отношений (Старшенбаум, 2005, 2012), в ходе которого аддикт избегания начинает удовлетворять свои аддиктивные потребности в другой любовной связи, менее опасной для его интимфобии, или в других аддикциях: воспитательной, работогольной, алкогольной и т.д.

### **6.7. Конфликт зависимых отношений**

Конфликт зависимых отношений заключается в борьбе между зависимостью пациента от любимого человека и осознанной необходимостью в освобождении от мучительных

отношений. Освободиться от зависимых отношений, когда пациент сознательно стремится к этому, ему мешает то, что он возлагает на партнера ответственность за собственное благополучие, в результате ценность партнера резко доминирует над другими.

На эмоциональном уровне борются с одной стороны – обостренные по механизму фрустрированной потребности необходимость в поддержке и сексуальное влечение, а с другой стороны – гетероагрессивные тенденции. В мотивационно-волевой сфере сталкиваются тенденция к разрыву тягостных отношений и стремление продолжать их, несмотря ни на что. В когнитивной сфере те же противоречия: то выдвигаются аргументы в пользу обретения психологической независимости, то обосновывается невозможность сделать это.

Стремясь освободиться от сексуального влечения к партнеру, пациент использует гетероагрессивные механизмы, сознательно культивируя в себе враждебные чувства по отношению к объекту. Однако при этом оживляется весь комплекс аффективно окрашенных переживаний, связанных с партнером, в том числе и сексуальное влечение. Стремление снизить ценность партнера актуализацией негативных качеств его личности приводит к снижению самооценки пациента. Кроме того, в условиях доминирования ценности объекта девальвация его ценности одновременно обесценивает жизнь пациента в целом, что приводит к развитию аутоагрессивных тенденций.

Дж. МакДугалл (1999) анализирует примитивные защитные механизмы, используемые любовными аддиктами. Объект любви воспринимается как отстраненный и потому способный фрустрировать и обижать так же, как это делала мать. Поскольку идентификация с внутренней матерью слишком слаба для нарциссической компенсации, появляется отношение к избраннику как к переходному объекту, которым можно манипулировать. В результате происходит амбивалентное расщепление чувств к любимому человеку, ведущее к непереносимому эмоциональному напряжению. Ненасытные попытки ослабить напряжение с помощью сексуальных эксцессов замыкают порочный круг.

У обследуемых, описывающих свое состояние как «страстную, сумасшедшую влюбленность», изменения обмена нейромедиаторов в головном мозгу аналогичны наблюдаемым у больных, находящихся в маниакальном состоянии. Р. Норвуд (1994) проводит параллель между любовной и алкогольной зависимостью.

Любоголизм	Алкоголизм
пристрастие к нездоровым взаимоотноше-	пристрастие к спиртному

ниям	
отрицание остроты проблемы	отрицание остроты проблемы
ложь с целью скрыть истинные размеры взаимоотношений	ложь с целью скрыть истинный характер пьянства
аддикт избегает людей, чтобы скрыть проблемы во взаимоотношениях	аддикт избегает людей, чтобы скрыть проблемы с алкоголем
повторяющиеся попытки контролировать взаимоотношения	повторяющиеся попытки контролировать употребление спиртного
необъяснимые перемены настроения	необъяснимые перемены настроения
гнев, депрессия, чувство вины, обидчивость	гнев, депрессия, чувство вины, обидчивость
иррациональные поступки, насилие	иррациональные поступки, насилие
инциденты, связанные со стрессом	инциденты, связанные с интоксикацией
ненависть к себе в сочетании с самооправданием	ненависть к себе в сочетании с самооправданием
болезнь в результате стресса	болезнь в результате злоупотребления алкоголем

**Коррекция любовной аддикции** следует принципам 12 шагов: научиться изменять негативные убеждения, запускающие аддиктивное влечение, найти другие способы совладания с тревогой и стрессом. Пациентам важно также освоить навыки уверенного и эмпатического общения с помощью группового тренинга.

Аналитический процесс рассматривается как двустороннее взаимодействие – в терминах переноса и контрпереноса, интроекции и проективной идентификации. Интроекция заключается в создании внутреннего объекта (интроекта) и формировании с ним более удовлетворяющих отношений, чем с внешним прообразом. Проективную идентификацию понимают как процесс помещения себя внутрь внешнего защищающего объекта. Учитывают также такие защиты, как смещение (например, локуса конфликта), рационализация – нахождение благовидных объяснений своего неприемлемого поведения и др.

К особенностям подхода относятся: ранняя интерпретация агрессивных и сексуальных влечений, а также амбивалентного переноса, его анализ в течение всего лечения, перевод бессознательных конфликтов в терминологию объектных отношений. Внимание фокусируется на эмоциональном опыте пациента, большое значение имеет анализ контрпереноса. Генетическому (историческому) материалу уделяется меньше внимания, особенно на ран-

них стадиях работы. Акцент делается не на причинах формирования невроза переноса, а на его разрешении. В связи с этим возникает проблема трансферентных остатков (сохранения переноса после прекращения терапии), замещения аналитика и анализа эстрапереноса (переноса отношения к аналитику на других людей). Интерпретируется сопротивление разрешению переноса, в том числе смещение внимания вовне и в прошлое. Контролируется контрперенос терапевта.

Динамика избавления от любовной зависимости выглядит следующим образом (Москаленко, 2009; Норвуд, 2013). Готовность обратиться за помощью; искреннее желание получить помощь, независимо от действий партнера. Женщина осознает, что слишком сильная любовь – это болезнь, и признает собственную беспомощность. Она узнает, что может выздороветь независимо от того, получит партнер помощь или нет. Знакомится с женщинами, которые страдали от любовной зависимости, и начинает групповую терапию.

У нее зарождается новая надежда, она сосредотачивается не на партнере, а на себе. Появляется вера в возможность новой жизни, а страхи по поводу неизвестного будущего уменьшаются. Она получает помощь в преодолении зависимости от алкоголя, наркотиков или пищи, восстанавливает регулярное питание и возвращает себе самоуважение. У нее исчезает стремление уехать и увеличивается способность говорить «нет». Она регулярно посещает групповые встречи, перестает поощрять безответственное поведение партнера, нормально спит и есть, развивает у себя здоровые интересы. У нее появляется новый круг надежных друзей, возрождаются идеалы и духовные устремления.

Она получает помощь в переоценке ценностей и верно оценивает свои успехи. Увеличивается ее способность владеть собой и уменьшается потребность руководить другими. Развивается привычка во всем полагаться на себя. Она снова завоевывает доверие детей, проявляет больше внимания к своей внешности. Ее удовлетворенность больше не зависит от поведения партнера. Она умеет понимать истинные мотивы окружающих, у нее повышается чувство ответственности за собственную жизнь. Достигнутые результаты закрепляются в группе взаимопомощи.

Стратегия терапии пациентов с суицидоопасным конфликтом зависимых отношений (Старшенбаум, 2005, 2012) вкратце сводится к следующему. Решение о сохранении или разрыве высокосignимых отношений должен принять сам пациент. В случае окончательного разрыва отношений задача психотерапевта состоит в том, чтобы разделить с пациентом все чувства, связанные с утратой: страх одиночества, тоску и желание вернуть прежние отношения. Опасно подкреплять враждебные чувства пациента к партнеру: обиду,

ненависть и желание отомстить. Агрессия может обратиться на терапевта или трансформироваться в суицидоопасную аутоагрессию. Необходимо облегчить пациенту поиск новых высокозначимых отношений, в которых он сможет занять более независимую позицию.

## **Глава 7. ПОДАВЛЯЮЩИЕ АДДИКЦИИ**

### **7.1. Голодание, аддикция упражнений, ургентная аддикция**

**Избегающее-ограничительное расстройство приема пищи** (Avoidant-restrictive food intake disorder - ARFID) F50.8. Расстройство проявляется чаще у детей, чем у взрослых, и может быть более или менее длительный период времени между первыми признаками расстройства и полной клинической картиной. Голодание у взрослых обычно начинается с разгрузочных диет. После преодоления трудностей, связанных с необходимостью подавлять аппетит, он исчезает, повышается настроение, усиливается двигательная активность. Некоторым пациентам нравится это состояние, и они стремятся его продлить. Повторное голодание становится уже самоцелью. Достигнутая голоданием эйфория снижает критику к состоянию, происходит потеря контроля и человек продолжает голодать даже тогда, когда это становится опасным для его здоровья.

При компульсивном голодании пища ассоциируется с отвергаемыми родителями и обесценивается, таким образом происходит канализация агрессии. Нарциссически самодостаточное тело, обходящееся без пищи и других плотских потребностей, идеализируется. С появлением совести орально-агрессивные тенденции вызывают чувство вины и потребность в самонаказании. Таким самонаказанием может стать отказ от пищи. Публичной формой покаяния является пост. Используется рационализация в форме мифов о примате духа над телом, аскетизме и пуританстве, альтруистичной хлопотунье («Белоснежка и семь гномов», «Маша и три медведя»). На вооружение берутся идеи, что худые более здоровы, чем толстые, аскетизм обостряет ум, физическую слабость надо преодолевать закалкой, растительные слабительные не являются настоящими слабительными и т.п.

Например, если пациент говорит: «Все считают, что худощавые люди привлекательнее и удачливее», ему задают такие вопросы: «Действительно ли большинство считает худощавых людей более интересными?» «Идет ли при этом речь о линейной зависимости – чем меньше вес человека, тем он привлекательнее?» «Разделяют ли такие взгляды все люди или только те, кто некритично воспринимает тенденции моды?» «Употребляя слова "интересный", "желанный" или "удачливый", думает ли большинство людей о худощавом телосложении?».

**Аддикция упражнений** – тяга к физической активности в свободное время, которая выражается в неконтролируемых, чрезмерных занятиях спортом и проявляется психологическими симптомами (напр., тревогой, депрессией) или физиологически (напр., появлением толерантности и симптомами отмены). Начиная выполнять упражнение, аддикты входят в определенное трансовое состояние, в котором окружающие звуки перестают их волновать, в котором тело как будто действует механически, а в воображении аддикт видит себя победителем, чемпионом. Ради такого результата спортивные аддикты могут подавлять остальные потребности и прибегать к допингам, риск травм и потери здоровья не останавливают их. У бывших спортсменов аддикция упражнений нередко переходит в химическую аддикцию.

**Ургентная аддикция** (Tassi, 1993) характеризуется зависимостью от состояния цейтнота, стремлением сделать как можно больше и как можно быстрее. Ургентный аддикт не способен радоваться жизни в настоящем, он пытается забыть прошлые неприятности, стремится откладывать на неопределённое время решение своих желаний с чувством, что время уходит, а он ничего не успевает. Он принимает абсолютно все требования, касающиеся профессиональной деятельности; выполняет профессиональные обязанности в ущерб удовлетворению потребностей в отдыхе и межличностных отношениях.

Ургентная аддикция чаще всего наблюдается у мужчин 40-55 лет и у женщин 25-40 лет. Выделены три типа ургентных аддиктов (Шибко, 2008):

Планирующий аддикт постоянно занят – в основном, планированием своей деятельности. Ему легче отказаться от поставленной цели и выдвинуть новую, чем изменить тактику реализации поставленной задачи. В ситуации, когда необходимо быстро решить несколько задач, он паникует и не может скорректировать свои действия в соответствии со сложившимися обстоятельствами.

«Работоголик» поглощён добросовестным выполнением своих обязанностей, он руководствуется изначально поставленной целью и действует по заранее разработанной программе. Он не обращает внимания на изменившуюся ситуацию, не принимает во внимание интересы окружающих и не всегда учитывает требования руководства, мнение коллег и советы близких.

«Торопыга» легко включается в дело, проявляет инициативу и внимание к деталям, уделяет большое внимание контролю, проявляет настойчивость в достижении цели при возникновении помех. Вместе с тем он больше опирается на прошлый опыт, чем экспериментирует в новых обстоятельствах.

Необходимо помочь ургентному аддикту прислушиваться к функционированию внутренних биологических часов, восстановить утраченную самость, чувствовать и переживать настоящее. Использовать свободное время для отдыха, творчества или получения удовольствия от «ничегонеделания», не испытывая при этом чувства вины. Запланировать увлекательный отдых – выехать на природу, сходить в гости, в театр, музей, прочитать интересную книгу.

## **7.2. Работоголизм**

Работоголизм является бегством от реальности посредством изменения своего психического состояния, которое достигается фиксацией на работе. Она заменяет собой привязанность, любовь, развлечения, другие виды активности (Короленко, 1993). Трудолюбивому человеку важен результат его труда, а профессиональная деятельность – лишь способ самовыражения и заработка. Для работоголика работа – это способ заполнения времени, он не стремится к уважению и любви начальства и сотрудников, благодарности семьи за его материальную заботу. Всё это заменяет ему работа.

Работоголик все больше замыкается в системе собственных переживаний, отчуждаясь от семьи и друзей. Он предпочитает общаться с неодушевленными предметами (реже с животными), чем с людьми, уклоняется от обсуждения важных семейных проблем, не участвует в воспитании детей, которые не получают от него эмоционального тепла и часто злоупотребляют ПАВ.

В течении работоголизма выделяют следующие стадии (Барабанова, 1995; Макаров, 1999; Кочюнас, 2005):

1. Стадия эйфории и энтузиазма, напоминающего медовый месяц. Работоголик увлеченно ставит перед собой все более трудные профессиональные задачи и с чувством удовлетворения разрешает их. Работа занимает все его помыслы, основную часть его времени и сил. Он читает в основном специальную литературу и думает только о работе, из-за чего у него наблюдается рассеянность. Дома он «достает» супругу своими рабочими проблемами и обижается, когда она не проявляет к ним достаточного интереса. На этой стадии у человека сохраняется критическая оценка чрезмерной производственной занятости, бывают периоды отдыха и мысли о смене деятельности.

2. Психосоматическая стадия. Прежний ритм, прежние функции, в выполнении которых достигается определенное мастерство, перестают приносить удовлетворение. Появляются все новые и новые формы «заделов». Всё, что отвлекает от работы, вызывает протест и возмущение. Перерывы возможны лишь на короткое время. Вне работы возникает



ощущение неудовлетворенности собой. Человек много курит или пьет кофе, у него ухудшается чувство юмора, особенно в рабочих ситуациях. Появляется чувство истощения, ухудшается настроение и сон, развиваются психосоматические расстройства, которые приводят к вынужденному прекращению работы на какое-то время, что сопровождается симптомами отнятия. В отпуске он скучает, чувствует себя ненужным, неприкаянным, никчемным, начинает пить, играть в карты, заводит курортный роман.

У профессионалов помогающих профессий периодически появляется стремление навязывать клиенту свои мнения, установки или ценности, реализовывать скрытые агрессивные установки под маской «благих намерений». Профессионал проявляет раздражительность и враждебность во время беседы, отказывается продолжать обсуждение предложенной темы, стремится побыстрее завершить беседу.

3. Хроническая стадия характеризуется практически непрерывной работой, включая нерабочие дни, а часто и ночное время. Нарастает напряжение, тревога и раздражительность, учащаются нервные срывы, возникает бессонница. Появляется чувство беспомощности, измождения, «загнанности», а иногда – острой злобы, пустоты и подавленности. Возникает чувство несостоятельности, незначительности решаемых проблем, появляются сомнения в эффективности своей работы и своих способностях. Работоспособность снижается из-за ухудшения памяти, головных болей, частых простуд, обострений гипертонической и язвенной болезни. Развивается психическая зависимость от лекарств.

От человека можно услышать циничные замечания и шутки по поводу его профессии. Появляются мысли о смене профессии и нежелание идти на работу. Происходит перенос собственных сложностей и своих отрицательных эмоций на окружающих. Возникают трения с коллегами. Профессионала все больше обижает, что ему «надо больше всех», что его просто используют, ценят, но не собираются любить. От попыток симбиотической близости он переходит к формальной, бюрократической дистанции.

4. Синдром эмоционального выгорания проявляется равнодушным отношением к профессиональным обязанностям, экономией эмоций, чувством усталости от межличностных контактов (фаза резистентности), полным исключением эмоций из профессиональной деятельности (фаза истощения). Возникают сомнения в себе, пессимизм, из-за чрезмерной озабоченности нарастающими проблемами портятся отношения в семье. Профессионал отгораживается от друзей, грубеет, черствеет – «выгорает». Психосоматические расстройства все чаще приводят к временной утрате работоспособности. Нередко развивается заболевание, угрожающее трудоспособности и самой жизни.

«Бегство в работу» от обыденной жизни может быть связано с невозможностью аддикта испытывать «маленькие житейские радости», неспособностью обеспечить себе домашний комфорт, который обеспечивают ему другие. В качестве рационализации своего трудового энтузиазма используются такие оправдания, как материальная или рабочая необходимость, требования карьеры и т.п. Даже хобби работоголиков обычно связаны с трудовыми усилиями. Это работа на садовом участке, охота, рыбалка и т.п. Если работоголик не может реализовать себя на основной работе, хобби может стать его единственным интересом в жизни. Между тем следует учитывать, что работоголизм может явиться «спасительной» аддикцией для бывших наркоманов и алкоголиков на этапе реабилитации (Егоров, 2007).

Работоголизм является такой же формой саморазрушения, как и другие аддикции. Он приводит к переутомлению, нехватке сил на другие занятия и сужению круга интересов. Многие работоголики счастливы, когда о них говорят, что они «горят на работе» и завидуют тем, кому удалось умереть на трудовом посту. На пенсии у него могут развиваться психосоматические расстройства и он быстро погибает от инфаркта, инсульта или рака.

У женщин-домохозяек работоголизм проявляется в непрекращающихся хлопотах по хозяйству, бесконечных уборках, «смене декораций», а также проблемах в воспитании детей. Многие женщины сочетают профессиональный и домашний работоголизм, обосновывая это жизненной необходимостью, ленью мужа и детей и реже – своим «слишком заботливым характером».

Работоголизм часто сочетается с алкоголизмом («алкоголик – золотые руки») и эмоциональной зависимостью. Работоголик много заботится о других, создавая у них впечатление родительской опеки. Однако при этом он ставит опекаемого человека в инфантильную зависимость, заставляет его чувствовать себя неумелым, глупым, несамостоятельным. Причиной такой заботы является не сочувствие, а перфекционизм и потребность в самоутверждении за чужой счет: «Я все знаю и умею лучше вас». Склонность работоголика к роли Спасителя объясняют следующими мотивами: а) чувство своей незаменимости; б) заполнение времени; в) получение приятного, заслуженного утомления; г) разрядка агрессии в форме попреков (Некрасова, 2003).

К работоголизму более склонны старшие или единственные дети в семье, где отец – А-зависимый, а мать – созависимая. Ребенок выполняет множество обязанностей по дому, старается хорошо учиться, чтобы компенсировать позор семьи, усиленно готовится в престижный вуз или добивается спортивных побед. Он лишает себя отдыха и развлечений,

становится антиподом отцу. Но это только внешне, основа у работоголизма и алкоголизма общая: бегство в зависимость, саморазрушение.

К развитию синдрома обычно приводят следующие причины: однообразие и кажущаяся неэффективность работы, большой личностный вклад в работу без получения признания, недостаточная мотивированность клиентов и критицизм коллег, запрет на творческий поиск и самовыражение, отсутствие возможностей для дальнейшего обучения и профессионального роста, неразрешенные внутри- и межличностные конфликты профессионала.

К личностным факторам, повышающим риск развития синдрома выгорания, относятся повышенная импульсивность, ослабление контроля над влечениями и побуждениями, а также ригидность и инертность протекания психических процессов, неспособность к вытеснению травмирующих переживаний. Способность к планированию решения проблем, логичность и последовательность действий снижают риск формирования синдрома эмоционального выгорания, в то время как повышенный самоконтроль, способствуя повышению уровня внутренней тревоги, предрасполагает к формированию синдрома.

Имеют значение такие личностные качества профессионала, как интроверсия и склонность идентифицироваться с другими, альтруизм и сентиментальность, беспокойство и ранимость, амбициозность и перфекционизм, склонность к самобичеванию в случае поражения в сочетании с тенденцией занимать пассивную позицию при неудаче и перекладывать ответственность за нее на других.

Терапия работоголиков решает следующие задачи.

- Помочь им замедлить темп. Привести примеры того, как они могут сделать сознательное усилие, чтобы произвольно замедлить темп жизни.
- Научить их умению расслабляться. Изучение медитации или йоги, чтение книг или даже принятие теплых ванн могут оказаться полезными для достижения спокойствия.
- Помочь им научиться ценить психологический климат в семье. Позитивное взаимодействие с членами семьи может быть очень ценным и обнадеживающим, поэтому следует искать способы, с помощью которых они могут укрепить семейные связи.
- Подчеркнуть важность семейных праздников и ритуалов. Они сплачивают семью и делают жизнь насыщенной и приносящей удовлетворение.
- Помочь клиентам вернуться в социальный ритм. Выработать план включения в общественную жизнь и завязывания дружеских отношений. Практически приступить к организации социальных связей вне работы.

- Обратить внимание на жизнь «сейчас». Принимая настоящее, можно получать больше удовольствия от жизни и уменьшить озабоченность будущим.
- Поощрять клиентов за самовоспитание. Часто эти люди многого не могут себе позволить, поэтому им надо практиковать самопоощрение.
- Подчеркивать важность надлежащей диеты, отдыха и физических упражнений. Хорошая физическая форма и стабильное эмоциональное состояние необходимы для нормального функционирования и избавления от зависимости.
- Помочь клиентам пережить потери их детства. Многие клиенты испытывают стыд, печаль, злость по отношению к событиям своего прошлого. Избавление от этих чувств повышает их самооценку, дает возможность перестроить свою жизнь.

Для нормализации состояния профессионалу следует задаться вопросом: «Зачем я работаю?». Ответить на него поможет список причин – как объективных, так и субъективных. Этот перечень демонстрирует мотивацию, ценность и значение работы. Затем стоит составить список под заглавием «Я действительно хочу этим заниматься». Надо перечислить то, чем нравится заниматься, в убывающей последовательности, и потом вспомнить, когда удавалось заниматься этим в последний раз.

Для профилактики выгорания необходимо вносить в свою работу разнообразие, участвовать в деятельности профессионального сообщества, регулярно встречаться с сотрудниками в неформальной обстановке, больше времени проводить с семьей и друзьями. Следует читать не только специальную, но и художественную литературу, больше и интереснее отдыхать, найти себе хобби. Хорошо бы расширить круг интересов и друзей – желательно отличающихся профессионально и личностно. Важно также поддерживать свое здоровье, соблюдать режим сна и питания, заниматься физкультурой, бросить курить, ограничить потребление кофе и алкогольных напитков, овладеть техникой релаксации, для повышения самооценки может оказаться полезным тренинг ассертивности.

Психотерапевту, особенно начинающему, полезно участвовать в балинтовской группе, повышать свою квалификацию с помощью различных тренингов. Не стоит стремиться к результатам, недостижимым при имеющихся на данный момент возможностях. Надо быть готовым к неизбежным неудачам, оценивать себя без излишней оглядки на окружающих.

### **7.3. Суицидальность аддиктов**

**Суицидальный риск** больных алкоголизмом и наркоманиями в десятки раз превышает риск самоубийства в общей популяции. 75 % лиц, совершивших суицидальную попытку, хотя бы один раз лечились от алкоголизма или наркомании, каждый второй молодой са-

моубийца был А-зависимым. Возможно, в происхождении химической и аутоагрессивной аддикции у этих людей лежат одни и те же глубинные механизмы.

На 1-2 ст. алкоголизма суицидогенными факторами служат неразрешенные микросоциальные конфликты. На 3-й стадии алкоголизма и у наркозависимых суицидогенными факторами являются невозможность удовлетворить потребность в ПАВ, выраженность абстиненции, глубина психопатизации; антисуицидальным фактором выступает доступ к ПАВ. Суицидальное поведение носит стереотипный шантажный характер, однако из-за увеличения частоты попыток самоубийства и невозможности адекватной оценки больными опасности для жизни выбранного ими способа попытки риск суицида повышается.

Раскрывшееся употребление подростком алкоголя или других ПАВ в некоторых случаях вызывает протестное суицидальное поведение. Пресуицид истинного суицидального поведения определяется реактивно обусловленными колебаниями настроения с гипертрофированным чувством одиночества, непонятости, бессилия и невозможности наладить значимые взаимоотношения. В качестве преимущественных способов избираются самоотравление и самопорезы. Пресуицидальный период короткий, с нерезко выраженными суицидальными тенденциями. Суицидальные попытки — истинные и нередко с тяжелыми медицинскими последствиями.

К. Меннингер (2000) считал химические зависимости одной из форм самоуничтожения, которая характеризуется искаженной направленностью внутренней агрессии, половой неудовлетворенностью и подсознательным стремлением к наказанию, порожденным чувством вины за собственную агрессивность. Алкоголь или наркотик при этом выступает в роли любимого убийцы.

Э. Шнейдман (2001) выделяет среди суицидентов игроков со смертью — людей, которые в какой-то степени хотят умереть, но выбирают способ, который оставляет им шанс на спасение. Широко известный пример — «русская рулетка», когда человек стреляет в себя из револьвера, барабан которого заряжен наугад одним патроном. Сходным образом ведут себя те, кто, приняв несколько таблеток, звонят подруге или вскрывают поверхностные вены запястий в ванной, когда дома находятся другие люди. Надо сказать, что по законам аддикции подобная игра случается все чаще и становится все опаснее, пока, наконец, суицидент не переходит смертельный рубеж.

А. Бек с соавторами (2003) описывают когнитивную триаду суицидентов: преувеличенно негативное восприятие мира, собственной персоны и своего будущего. Если суицидент не может решить проблему сразу, ему рисуется цепь будущих неурядиц. Его мышле-

ние работает дихотомически: «либо победа – либо поражение». Для такого человека суицид становится своего рода наркотиком, единственно возможной и желаемой формой «избавления».

**Психотерапия.** Отсутствие намерения лишить себя жизни при демонстративных суицидных попытках не должно ослаблять внимания профессионала. Тем более опасны провокации в ответ на суицидальные угрозы: пренебрежение, насмешки или попустительство. В этих случаях задуманные как демонстративные, направленные на достижение корыстных целей, попытки могут сопровождаться аффективным разрядом и приобретать черты импульсивности. Аффективная утрата контроля за поведением, как и при импульсивных суицидных действиях, утяжеляет их прогноз и увеличивает риск летальности.

С другой стороны, если принять на себя ответственность за несчастье мазохиста и искать решение его проблем, пациент лишается выгод от своей обычной стратегии и развивает негативную терапевтическую реакцию: «Только попробуй помочь мне – станет хуже и мне, и тебе». Предпочтительнее игнорировать попытки пациента получить к себе внимание за счет своих страданий и поддерживать его, когда он открыто отстаивает свои права.

При проведении динамической терапии укладывание пациента на кушетку подчеркивает доминирование терапевта. Работая с мазохистом, лучше занять положение лицом к лицу, избегать проявлений как всемогущества и превосходства, так и готовности к самопожертвованию, делать акцент на реальных отношениях и способности пациента улучшить свое положение. В анализе невроза переноса помогать пациенту осознать тенденции к подчинению и провоцированию партнера, пассивному сопротивлению контролю, использованию партнера с целью поддержания собственного депрессивного состояния, скрытому бунту, агрессии и упадку духа, маневрам, позволяющим избежать личной ответственности. Вскрывать и интерпретировать характерные психологические защиты: идеализацию, идентификацию с партнером, обращение против себя.

В работе с чувствами основное внимание следует уделять таким запрещенным для пациента эмоциям, как чувство гнева и удовольствия. Эти чувства обычно прячутся за маской апатии или саботажа терапии. Блокируют же переживания гнева и удовольствия страх наказания и чувство вины. Вначале надо вскрыть и разрешить пациенту испытывать и выражать открыто чувства страха и вины. Проверять субъективные аргументы самообвинений, вводить социальные критерии определения вины и показывать неправомерность абсолютного приписывания вины одному фактору. Источником чувства вины обычно слу-

жит агрессивная и сексуальная энергия, которая не получила разрядки и была захвачена Суперэго. Затем необходимо подкреплять чувства гнева и удовольствия. На заключительном этапе терапии переместить акцент на работу с чувством печали по поводу первоначальной трагедии и упущенных возможностей в связи с ее последствием – мазохистским стилем жизни. В это время поощрять отказ пациента от желания отомстить за перенесенные в прошлом потери.

Авторская программа антисуицидной терапии (Старшенбаум, 2005, 2012) включает кризисную поддержку, кризисное вмешательство и тренинг навыков адаптации. В процессе терапии выделяются ситуации, провоцирующие у пациента суицидное поведение. Обычно они связаны с переживанием чувств тревоги, гнева или печали, которые нередко бывают вызваны ударами по самооценке. Вместе с пациентом ищутся альтернативные способы совладания с подобными переживаниями. Ему помогают справляться со своими суицидальными импульсами путем фиксации на негативных последствиях аддиктивного поведения и антисуицидальных факторах.

В процессе групповой терапии достигается осознание пациентом своих неадаптивных установок. Одной из наиболее частых тем, обсуждающихся в кризисной группе, является установка на сохранение «во что бы то ни стало» любовных отношений, ставших суицидогенными. Осуществляется опробование и закрепление новых способов решения проблемы и коррекция ряда доминирующих установок, таких, как потребность в чрезвычайно тесных эмоциональных взаимоотношениях, преобладание любовных отношений в системе ценностей, недостаточная роль профессиональной сферы, низкая способность к компенсации в ситуациях фрустрации и т. д.

Проигрывание роли значимого другого помогает суициденту лучше понять мотивы поведения партнера и, исходя из этого, строить с ним отношения. Тренировка в лучшем исполнении собственной роли способствует тому, что стиль общения пациента становится более адаптивным. В процессе ролевого тренинга развиваются также навыки полоролевого поведения, подкрепляется представление о собственной половой привлекательности.

Семейная терапия показана и возможна при наличии собственной инициативы членов семьи суицидента, их вовлеченности в кризис, необходимости их включения в помощь пациенту, опасности развития кризиса у других членов семьи. Учитываются установки партнеров: улучшение отношений, сохранение неустойчивого равновесия, четкое и окончательное разделение.

#### 7.4. Имитируемое расстройство

Имитируемым расстройством (Factitious disorders), синдромом Мюнхгаузена F68.1 чаще страдают мазохисты, пограничные или антисоциальные личности из низших социальных слоев, кочующие из одной клиники в другую, каждый раз сообщая разный анамнез. Они симулируют лихорадку, манипулируя термометром; вскрывают вены, добиваясь анемии; используют слабительные с целью вызвать понос, инсулин для понижения уровня сахара крови, антикоагулянты (препараты, понижающие свертываемость крови) для провокации кровотечений. В половине случаев среди требуемых больными лекарств — анальгетики и наркотики, в особенности при симуляции почечной колики.

Больные, страдающие синдромом Мюнхгаузена, обычно воспитываются без отца жестокой, отвергающей матерью. В анамнезе у них часто обнаруживается тяжелая соматическая болезнь, во время которой они получали недостающее им тепло от медицинского персонала. Общение с медиками возрождает эту ситуацию, причем результаты лечения всегда обесцениваются, чтобы испытать триумф и начать сначала. Нередко симулируются болезни родственников с целью идентификации с ними.

Наиболее уродливой формой синдрома Мюнхгаузена является приписывание несуществующего заболевания своим детям, которое обрекает их на роль мнимого больного по неволе (*делегированный синдром Мюнхгаузена*). Патологическое поведение обычно демонстрируют матери, которых называют «наркоманками медицины». Ими всецело владеет желание получить лечение несуществующих болезней у своих детей, их невозможно убедить в отсутствии заболевания. Они часто истолковывают диагностические данные так, как будто ослышались, или делают нелогичные выводы из полученной информации.

Мать, как правило, сообщает длинную историю болезни, изобилующую драматическими событиями: судорожными приступами и остановками дыхания, состоянием клинической смерти и т. п. Мать преподносит себя как образец заботливости, отказывается оставить ребенка одного и предлагает свои услуги по медицинскому уходу за ним, включая сбор материалов для лабораторного анализа. Таким матерям удастся получить разрешение на это, поскольку нередко они являются медицинскими работниками. Отсутствие патологии в данных исследования толкает их на требование внутрисполостных методов исследования; они могут подделывать данные лабораторных анализов и обращаться с жалобами на врачей или добиваться перевода ребенка в другую больницу.

В стационаре больные конфликтуют с врачами, с возмущением объясняют отрицательные результаты обследований некомпетентностью или небрежностью специалистов. Некоторые из них с легкостью пользуются медицинской терминологией, злоупотребляют



ПАВ и имеют криминальное прошлое. У больных можно обнаружить многочисленные рубцы после предшествующих хирургических вмешательств.

Многие больные синдромом Мюнхгаузена проявляют театральные манеры и наивность. Они озабочены главным образом симптомами и обсуждают их охотно, с мучительными и яркими подробностями. Указания на противоречие в их поведении оставляют их невозмутимыми (диссоциативная защита «прекрасным равнодушием»).

Больные могут охотно симулировать психотическое расстройство и получать большие дозы психотропных средств, подвергаться электросудорожной терапии, однако категорически отказываются признать наличие у них синдрома Мюнхгаузена. Нередко больные умирают вследствие осложнений от ненужных медицинских вмешательств.

Терапевтически важной является максимально ранняя диагностика синдрома, чтобы предотвратить дальнейшую соматическую терапию. Следует избегать ненужных лабораторных исследований или лечебных процедур. Чуткое отношение к больному предпочтительнее любого медикаментозного лечения. Однако психотерапевтическое вмешательство малоэффективно из-за недостаточной мотивации.

### **7.5. Созависимость**

М. Битти (1997) называет созависимым человека, который позволяет другому влиять на свое поведение и который навязчиво контролирует поведение этого другого. Созависимая жена или мать алкоголика или наркомана беспокоится из-за того, что ЗД много пьет или потребляет наркотики; в то же время отрицает наличие аддикции, соглашается с его образом жизни, пытается употреблять ПАВ вместе с ним, берет на себя выполнение его семейных обязанностей, оправдывает его промахи и недостатки. Снабжает аддикта деньгами, хотя испытывает денежные затруднения из-за того, что ЗД много тратит на ПАВ; то пополняет запасы вещества, то уничтожает его. Она стыдится его поведения или страдает из-за него; состояние ЗД и его аддиктивное поведение заставляет ее отказываться от своих семейных планов, встреч друзьями и т.д. Чувствует, что ПАВ для аддикта важнее, чем она, но лжет, чтобы защитить его и обвиняет во всем его друзей. Боится прямо сказать ЗД о чем-то неприятном, опасаясь вызвать срыв; чувствует себя виноватой в том, что не может удержать его от потребления ПАВ. Целует мужа на пороге с тайной целью уловить запах алкоголя; разыскивает спрятанные им бутылки спиртного или наркотики. Несправедливо относится к детям, родителям, сотрудникам только из-за злости на ЗД за его аддиктивное поведение. Считает, что никто не понимает его проблем, рассчитывает, что все они будут решены, если ЗД исправится. Думает: «Если бы он меня любил, то исправился»

бы». Пытаясь напугать ЗД и заставить его просить прощения, ругается с ним, бьет его, отказывает ему в сексе, угрожает бросить или выгнать его, покончить с собой, разрушить дом и т.п. Отдаляется от него, отталкивает от него друзей, вместо него договаривается о встречах и отменяет их. Тайно подкладывает лекарства, укладывает в больницу, провоцирует арест. «Купается» в жалости к себе и избегает получения помощи.

С пищевым аддиктом созависимая ведет себя следующим образом. Контролирует вес подопечной (чаще всего это дочь), переживает за ее фигуру; непрерывно волнуется за больную, ходит на цыпочках, чтобы не расстроить ее. Когда застает обжору за перееданием, произносит гневные тирады; связывает ее неустойчивое настроение, резкость, колебания настроения с пачкой печенья или коробкой конфет; прячет еду от обжоры или выбрасывает ее; покупает правильную пищу и поощряет ее потребление, делает обещания, основанные на изменении веса. Манипулирует бюджетом, чтобы контролировать расходы на еду; поощряет гимнастику, здоровый режим и чудесные средства оздоровления; как бы случайно оставляет на видных местах «подходящую» литературу. Постоянно расстраивается из-за рецидивов; неискренне утешает свою подопечную, когда та расстроена; устраивает испытания силы воли, чтобы подразнить ее; угрожает оставить больную из-за ее веса. Радует, что она сама не такая; подавляет свои опасения, что способна вести себя так же; много говорит о питании; использует продукты как взятку. Читает литературу о диетах, хотя не имеет проблем с весом; соблюдает диету; набирает вес, когда аддикт худеет. Изменяет свою социальную активность, чтобы у обжоры не было соблазна; все меньше уделяет внимания себе; использует пищевое расстройство ЗД как возможность избегать чего-то и не развиваться. Считает, что в семье все идеально, кроме пищевого поведения аддикта; мечтает о том, как было бы прекрасно, если бы оно изменилось. Все больше беспокоится о своем здоровье; много пьет, принимает снотворные и транквилизаторы, в своей терапии говорит в основном о ЗД.

Выделяются следующие типы созависимых (Антропов и др., 2014):

- «Мученик». Жертвует собой во имя больного члена семьи, им владеет постоянное сильное чувство вины за происходящее, он ждет каких-то шагов от больного.
- «Преследователь». Стремится наказать «виновника» — больного зависимостью, испытывает злость и горечь от неразрешимости ситуации, ищет виноватых и подвергает их наказанию.

- «Соучастник заговора, потакатель». Всегда готов исполнить желание зависимого. Он может купить наркотик или забрать больного наркоманией из больницы, если тот жалуется, что ему там плохо. Он срывает попытки больного выйти из зависимости.

- «Собутыльник». Предпринимает попытки найти контакт с больным зависимостью через совместное употребление ПАВ. Часто в этой роли оказываются жены А-зависимых. Другой мотив приобщения к ПАВ у созависимых — это их прием «назло», чтобы досадить больному алкоголизмом или наркоману за «исковерканную жизнь».

- «Апатичный». Смиряется со сложившейся в семье ситуацией, «опускает руки» и ничего не предпринимает для решения проблемы.

Созависимость может проявляться в следующих вариантах. 1. Циклический, когда созависимый позволяет аддикту «грешить», чтобы затем он искупал свой грех. 2. Ролевой, когда созависимый боится позволить аддикту взять ответственность на себя. 3. Договорной, когда созависимый игнорирует аддиктивное поведение, лишь бы аддикт выполнял определенные обязанности. 4. Дистанцированный, когда аддикту позволяется все, лишь бы сохранить видимость отношений для окружающих.

В течении созависимости выделяют 4 фазы. Фаза *озабоченности* включает периодическое появление токсических эмоций (ТЭ): тревоги за зависимого, жалости к нему, стыда, вины, обиды, ненависти. Отмечается отрицание проблемы, повышение переносимости разрушительного поведения зависимого, появление провалов в памяти. Фаза *самозащиты* включает тотальный, но неэффективный контроль и опеку над зависимым, манипулятивное использование ТЭ с их отрицанием, высокую терпимость к боли, причиняемой зависимым, учащение провалов в памяти, чувство полной ответственности за семью, утрату контроля над своей жизнью.

В фазе *адаптации* созависимый приспосабливается к трудностям, в том числе к распаду семьи, концентрирует все свои действия на зависимом, стремится изолировать и самоотверженно опекать его. Он старается демонстрировать «идеальное» поведение, в то же время бурно реагирует на рост потребления ПАВ зависимым, ТЭ выходят из-под контроля, появляется рассеянность. Нарастают жалость к себе, чувство непереносимой обиды. Созависимый остро переживает чувства вины и стыда, ощущение собственного поражения, его самооценка падает до критически низкого уровня, он обращается за медицинской или психологической помощью. Фаза *истощения* характеризуется максимальной интенсивностью агрессивных ТЭ, их использование рационалистически обосновывается. Полностью утрачиваются терпимость к зависимому и чувство собственного достоинства.

Возникает чувство отчаяния, нарастает тревога, появляются тремор, страхи, психические и психосоматические расстройства.

Созависимая личности полностью принимает на себя ответственность за жизнь партнера. Собственные желания, цели, стремления осознаются только через призму их полезности для партнера. Последнего контролируют и руководят им так же, как это делают по отношению к ребенку. Чтобы поддерживать эту систему представлений о себе, партнер должен исполнять роль опекаемого ребенка.

Ответственность за жизнь партнера декларируется, но на самом деле не осуществляется: партнер только используется. На нем ежедневно проверяется собственная способность властвовать, контролировать, управлять не только поступками, но и чувствами. На партнера перекладывается ответственность за собственное благополучие. Ему предписывается определенное поведение, которое обеспечит заполнение опустошенного Я идеализированным образом. Партнера убеждают, что без него созависимая не сможет жить, его любовь пытаются заслужить ценой любых жертв и унижений. В противном случае его могут дополнить другим партнером или заменить новым нарциссическим зеркалом.

Созависимость приводит к психопатизации личности, сходной с изменением личности химически зависимого. Вместо любви к близким нарастает ненависть, появляется болезненная ревность и зависть, теряется вера во всех и надежда на лучшее, нарастает социальная изоляция и дезадаптация.

У созависимых выявляется, по сути, та же клиническая картина, что и у зависимых (Москаленко, 2002):

- обсессивно-компульсивное влечение к объекту зависимости с доминированием в сознании мыслей о больном;
- утрата контроля над поведением зависимого, а также над своими чувствами и жизнью;
- неспособность трезво мыслить, как при опьянении; самообман, ложь; отрицание, проекция, рационализация: «У меня нет проблем, проблемы у моего мужа (сына)»; «Это друзья сбивают его с толку».
- низкая самооценка, допускающая саморазрушительное поведение; депрессия с преобладанием душевной боли, вины, стыда, ненависти;
- все возрастающая выносливость к эмоциональной боли, как у зависимого – к ПАВ;
- тенденция вступать после разрыва с зависимым в новые созависимые отношения, как абстиненция прерывается новой дозой ПАВ;

- обида на членов семьи, необоснованные требования, словесная и физическая агрессия; отчужденность, замкнутость, изоляция;
- сопутствующие аддикции: работоголизм, зависимость от транквилизаторов, никотина, алкоголя; психосоматические расстройства;
- отказ от лечения, неверие в него; рецидивирующее течение.

Аддикты нуждаются в людях, которые дают им то, чего им не хватает, или взаимодействуют с теми, кто отражает их собственные пороки. Например, постоянно работающий, озабоченный, вечно недовольный родитель становится провокатором для ребенка, испытывающего пагубное влечение к наркотикам или азартным играм. Многие аддикты находят других лиц, чья аддикция становится оправданием их собственной. Они привязываются к таким людям — сверстникам, родственникам, супругам, любовникам, причем аддиктивное вещество или занятие становятся связующим звеном для этой привязанности. Когда аддикты находят подходящую субкультуру, они находят не только партнеров, поддерживающих их аддиктивный процесс, но и постоянный источник комплементов — дополняющих и провоцирующих объектов (Хэттерер Л., 2006).

**Происхождение созависимости.** Чаще всего созависимостью страдают женщины, перенесшие в детстве хроническое соматическое заболевание или тревожное расстройство, вызванное разлукой или потерей родителей. Они происходят из подавляющей или конфликтной семьи, хотя склонны отрицать это. Основные правила в таких семьях: «Не верь! Не смей говорить о реальных проблемах! Не смей чувствовать!».

Высокоморальная жена А-зависимого с подавленными гедонистическими, эгоистическими и садистическими потребностями терпит мужа из страха покинутости и одиночества. Ее муж — обычно тоже зависимая личность, и если алкогольная зависимость у него выражена явно, то личностная скрывается за маской гиперкомпенсаторного стереотипа доминирования. В такой паре каждый с тревогой воспринимает проявления у другого черты своей собственной личности и в то же время неосознанно провоцирует их как форму поведения, которую опасно реализовать самому.

Мотивации созависимой личности опираются на следующие иррациональные представления (Эллис, Драйден, 2002):

- Взрослому человеку совершенно необходимо, чтобы его любили или одобряли практически все значимые люди в его окружении.

- Если человек хочет считать себя достойным, то он должен быть необыкновенно компетентным, соответствующим высоким требованиям и преуспевающим во всех отношениях.
- Некоторые люди дурны, испорчены и злы, и что их следует обвинять и сурово наказывать за их злодейство.
- Когда все идет не так, как хотелось бы, это просто ужас и катастрофа.
- Несчастье человека приходит извне и что у людей почти или совсем нет возможности управлять своими горестями и неприятностями.
- Если есть нечто, что является или может быть опасным или страшным, то человек должен быть ужасно озабочен этим или должен постоянно думать о том, что это может произойти с ним.
- Легче избежать некоторых жизненных трудностей и ответственности за себя и перед собой, чем прямо столкнуться с ними и найти им разрешение.
- Человек должен зависеть от других, что он нуждается в ком-то более сильном, на кого он мог бы положиться.
- Прошлое человека является важным моментом для определения его нынешнего поведения и что если что-то когда-то оказало на его жизнь сильное воздействие, то оно должно и сейчас иметь такое же воздействие на жизнь человека.
- Нужно очень расстраиваться и огорчаться по поводу проблем и неприятностей у других людей.
- Всегда обязательно есть правильное, точное и совершенное разрешение человеческих проблем и что если это идеальное решение не находится, то это — просто катастрофа.

**Созависимость психотерапевта.** Созависимые личности часто чувствуют себя беспомощными жертвами и передают всю ответственность за изменение ситуации аддикту, а затем психологу, ожидая, а) что аддикт «сам все поймет и исправится» (психолог необходим ему лишь для внимания и сочувствия); б) психолог подействует на аддикта в направлении, нужном созависимому. Или они, наоборот, собираются самостоятельно менять «отбившегося от рук» и им а) нужен инструктаж о методах эффективной манипуляции и давления; б) они ожидают, что психолог окажет влияние на аддикта под их руководством (Емельянова, 2004).

Созависимые пациенты часто относятся к терапевтической сессии так же, как А-зависимый в состоянии похмелья — к алкоголю: как к быстрому чудесному исцелению.

Соответственно, психотерапевта такой пациент воспринимает как спасителя, актуализируя в нем нарциссическую потребность в грандиозности. В то же время эта позиция свойственна многим людям помогающих профессий. Тенденция к формированию взаимных высокозависимых отношений приводит к развитию многолетнего «бесконечного анализа» как варианта *психоголизма*. Поэтому консультантам надо хорошо знать свои особенности и то, как они могут проявляться, чтобы вовремя почувствовать и остановить свою готовность вступить в созависимые отношения.

В связи с этим консультанту полезно задаться следующими вопросами:

- Испытываю ли я волнение, что не смогу разрешить проблему клиента? Если да, значит:
  - я не верю, что он способен справляться со своими трудностями, и собираюсь делать это за него;
  - я беру на себя ответственность за судьбу клиента и хочу быть над ним;
  - я не уверен в собственной профессиональной компетентности, переживаю свою беспомощность и нахожусь под клиентом, каким бы ни было мое поведение.
- Готов ли я значительно превысить время консультации для того, чтобы как можно быстрее разрешить проблему клиента? Если да, значит:
  - я не доверяю силам клиента и не верю, что он может прожить без меня до следующей консультативной встречи;
  - я — над клиентом и веду его, а не сопровождаю в решении его проблем;
  - я слишком заинтересован в участии в чужой проблеме и создаю созависимые отношения;
  - я использую клиента для своего удовлетворения и нахожусь вне консультативного пространства.
- Сомневаюсь ли я в том, что клиент может сам прийти к необходимым выводам и разобраться в том, что для него будет лучше? Если да, то я считаю, что знаю ответы на все случаи жизни. Это значит, что я играю роль Бога в судьбе клиента, что я нахожусь над ним.
- Испытываю ли я нетерпение или раздражение, когда клиент слишком медленно двигается к разрешению своей проблемы, не стараюсь ли тайно или явно подсказать ему выход из затруднительного положения? Если да, значит я не принимаю особенностей личности клиента, его индивидуальных привычек и трудностей в производстве изменений и принятии решений; я слишком тревожен и плохо переношу ситу-

ацию неопределенности и «утешаю» себя за счет клиента, а это значит, я пользуюсь клиентом, и я — над ним.

- Считаю ли я, что клиент движется в «неправильном» направлении, что он принимает «неверное» решение и делает «плохой» выбор? Если да, значит я не уважаю ценностей клиента, не принимаю его склонностей и приоритетов; я считаю, будто лучше знаю, что «хорошо» и что «плохо» для каждого человека, и я нахожусь над клиентом.

**Лечение созависимости.** Психотерапевту следует вместе с созависимой систематизировать ее попытки влиять на аддикта и найти причины их неэффективности. Вначале пациентка заполняет следующий опросник.

Какова была ваша роль в родительском доме? Приходилось ли Вам брать на себя ответственность за других? Чувствовали ли Вы себя угнетенной, ощущали ли давление со стороны родителей?

Что Вы чувствовали к своему мужу, когда вступали в брак? Не было ли у вас такого ощущения, что он ждет от вас поддержки, заботы, готовности взять на себя ответственность за его радости и горести?

Чего, по Вашему мнению, муж ожидал от Вас в браке больше всего: заботы, материнского ухода, уюта в доме или порядочности, уважения к нему?

Как Ваш супруг заботится о том, чтобы ваша жизнь была интересной и наполненной? Намекает ли он вам (или даже требует), чтобы Вы продолжали образование, совершенствовались в своей профессии, реализовали все свои способности?

Чего Вы ожидаете от супруга для себя лично? Высказываете ли вы ему претензии или довольны тем, что можете служить ему и другим, быть полезной для семьи?

Из каких источников вы черпаете основания для своей самооценки? Не является ли таким источником главным образом ответственность и забота о других? Как отразится на вашей самооценке ситуация, когда необходимость в Вашей заботе исчезнет?

Что Вы делаете для себя лично в целях раскрытия собственных способностей, удовлетворения своих интересов и склонностей?

Не зависит ли теперь ваше самочувствие целиком от внешних обстоятельств?

Вы потратили много усилий, чтобы помочь мужу-алкоголику и скрыть от всех его пьянство. Составьте список того, что Вы делали в этом направлении. Поставьте знаки «+» против тех действий, которые были успешными, и «-» против тех, которые не дали ре-



зультатов. Насколько, по Вашему мнению, целесообразно продолжать делать то, что оказалось бесполезным?

Какие стороны Вашей жизни разрушило пристрастие мужа к алкоголю? Какие грани вашей личности не раскрылись?

Необходимо выявить треугольник «Преследователь – Жертва – Спасатель» и закономерности «перетекания» ролей. Выяснить, что мешает установлению близких отношений, а что помогает, что необходимо изменить и какие шаги необходимо для этого предпринять. Выработать новые модели поведения, репетируя соответствующие роли. Составить план практического применения выработанных моделей поведения. В процессе реализации этого плана анализировать ошибки и причины неудач. И в заключение приучить клиентку использовать новые модели с учетом анализа прежних ошибок.

Берри и Джерей Уайнхолд (2002) применяют для избавления от созависимости 12-шаговую программу, которая включает следующие ступени. 1. Осознать созависимые модели. 2. Понять причины проблемы. 3. Распутать созависимые отношения. 4. Отказаться от своих проекций. 5. Устранить ненависть к себе. 6. Устранить силовые игры и манипулирование. 7. Научиться просить о желаемом. 8. Снова научиться чувствовать. 9. Исцелить своего «внутреннего Ребенка». 10. Определить собственные психологические границы. 11. Научиться близости. 12. Изучить новые формы взаимоотношений.

В. Д. Москаленко (2002, 2009) применяет программу преодоления созависимости, которая включает в себя компоненты информирования по актуальным проблемам, коммуникативный тренинг, индивидуальную, супружескую и групповую терапию, посещение групп Ал-Анон и Нар-Анон. Последовательно прорабатываются следующие темы: работа с чувствами, контролирующее поведение, отстранение, действие и реакция, границы, родительская семья, самооценка, избавление от позиции жертвы, умение самостоятельно думать, работа с утратой, постановка собственных целей, отстаивание своих прав, утверждение себя.

К. Уилсон и Э. Голдман (1997) для лечения созависимых используют следующую программу. На стадии разогрева участники проделывают парные упражнения на повышение доверия, например, «Слепой и поводырь». Затем каждый участник составляет из членов группы две социограммы: родительской и собственной семьи. Это позволяет ему воочию увидеть влияние поведения А-зависимого в родительской семье на его собственную семейную жизнь. Не менее важно, что при этом разрывается заговор молчания об алкого-

лизме в семье родителей. Наступает время работы с чувствами – горем по поводу неоплаченных утрат, невысказанных обид и т.п. Используется техника «пустого стула», на который усаживается родитель-алкоголик, чтобы завершить «неоконченный разговор» со Значимым Другим. Аналогичная техника – «ненаписанное письмо».

На второй стадии терапии проводится работа с базовыми проблемами: способами поведения, усвоенными в детстве и ставшими проблемой во взрослой жизни; отношением к ПАВ; темами доверия, зависимости и контроля; проблемами близости и сексуальности; вопросами установления границ. Применяются техники классической психодрамы.

Третья стадия посвящена проработке достигнутых инсайтов, в ней широко используется ролевой тренинг. При репетиции нового поведения с членами семьи эффективен прием «Зеркало», позволяющий больному увидеть, как он своим привычным поведением сам невольно провоцирует нежелательную реакцию. Для освобождения «затюканного внутреннего Ребенка» помогают упражнения на спонтанность и разыгрывание историй с принятием на себя ролей, не характерных в обычной жизни.

В заключительной фазе терапии участники начинают принимать на себя ответственность за собственные решения, обязательства и личностный рост, строят планы на будущее. Используется техника «Волшебная лавка», в которой члены группы могут приобрести качества, необходимые им для изменения своей жизни в обмен на специфические черты созависимых: страх, гнев, безнадежность, отсутствие доверия.

Е.В. Змановская (2003) рекомендует созависимым родителям четко, по пунктам определить обязанности ребенка в семье, передать максимально возможную ответственность за ребенка ему самому. Необходимо создать в семье эмоциональную атмосферу, при которой ребенку хотелось бы больше времени проводить дома. Надо убедить сына или дочь в необходимости специальной помощи, а самим заняться собственной жизнью и жизнью своей семьи.

Цель терапии созависимой семьи – освободить членов созависимой семьи от бессознательных невротических защит, сформировавшихся в детстве, обеспечить индивидуальное и семейное развитие. Семейное сопротивление терапии, как и индивидуальное, основано на типичной аддиктивной защите – отрицании, которое может принимать различные формы: самообман, минимизация проблемы, обвинение других, рационализация, интеллектуализация, подмена (излечения – облегчением состояния), враждебность при попытке реалистично оценить ситуацию. Семья наказывает тех, кто выдал тайны клана: алкоголизм, психические болезни, самоубийства, супружеские измены и т.п. Агрессивные и аутоагрес-

сивные импульсы часто отыгрываются в действии: скандалы, насилие, неразборчивость в сексе, запои, неумеренные траты, травмы и аварии. Терапевта втягивают в различные манипулятивные отношения, вовлекают в семейные коалиции, саботируют лечение с целью сохранить проблему, поскольку она объединяет и сохраняет семью, поддерживает самооценку ее членов, позволяет избегать решения скрытых конфликтов.

Работая с семейными мифами, вначале определяют, в каких поведенческих ритуалах проявляет себя миф в данной семье, кто, с кем и как его воспроизводит. Важно понять, что провоцирует эти взаимодействия, и еще важнее — зачем нужен этот ритуал. Затем надо предложить семье другой ритуал, не поддерживающий старый миф. Например, когда муж пьет, жена отвлекает его задушевными разговорами или сексом, а когда он трезв, устраивает сцены, чтобы знал о ее страданиях. Выясняется, что жена играет роль «Спасительницы». Ей предлагают другой ритуал: доброжелательно игнорировать пьяного мужа, а в период трезвости не выяснять отношений, а наоборот, делать все возможное для сближения.

Из расширенной «дружной семьи» выделяют нуклеарную, а из последней — супружескую пару; отменяют негласный запрет на выражение негативных чувств к членам клана. Этих целей добиваются введением таких ритуалов, как семейный час, в течение которого каждый должен использовать отведенное время для высказывания своих претензий к другим, воскресный отдых родителей, который они проводят вне дома и без детей.

## **Глава 8. ВИРТУАЛЬНЫЕ АДДИКЦИИ**

### **8.1. Телевизионная, компьютерная и Интернет-зависимость**

**Телевизионная зависимость.** Опросы показывают: по собственной оценке слишком много сидят у телеэкрана двое из пяти взрослых и семеро из десяти подростков. Они определяют свое отношение к ТВ как «любовь — ненависть», а сам телевизор зовут «ящиком для болванов». Телеманы жалуются: «если телевизор работает, я не могу оторвать глаз от экрана», «мне не хотелось бы смотреть телепрограммы по столько часов кряду, но я ничего не могу с собой поделать», «телевизор меня просто гипнотизирует».

Завороженный телезритель чувствует себя расслабленно и пассивно (чего никогда не наблюдается при чтении). Приковывают внимание к экрану внезапные шумы, съемка одновременно несколькими камерами с разных точек, быстрая смена кадров, оригинальный монтаж. Рекламодатели уверены — если им удалось завладеть вниманием зрителя, то в магазине подсознание напомнит ему, как желанна всем эта вещь.

После выключения телевизора остается ощущение пассивности и опустошенности. Завислые телеманы, оторванные от любимого экрана, испытывают абстиненцию: впадают в

тоску, бывают рассеянны, раздражены, им трудно концентрировать внимание. Пристрастие к ТВ они объясняют желанием отвлечься от неприятных мыслей, от тоски и душевного одиночества. Многие обращаются к ТВ, чтобы чем-то заполнить свободное время. Но длительный просмотр телепередач усугубляет переживание изоляции и бессмысленности своей жизни.

Чрезмерное увлечение телепередачами снижает самоконтроль и повышает нетерпимость к обычным жизненным трудностям. Телеманы реже участвуют в общественных мероприятиях или в спортивных соревнованиях, зато чаще других страдают ожирением. Со временем у взрослых и детей понижается творческий подход к решению житейских проблем, ослабевает стремление достичь намеченной цели.

**Компьютерная зависимость.** Застывшее лицо, уставленное на экран монитора, замедленная реакция (или её отсутствие) на внешние раздражители – вот характерный вид компьютерного аддикта. Он находится в трансе, компьютер в качестве аддиктивного объекта переносит его в виртуальный мир. Особенно легко происходит бегство из реального мира в виртуальный у шизоидных личностей.

Виртуальная реальность обеспечивает тотальное насыщение зрительного, слухового и кинестетического анализатора и таким образом составляет мощную конкуренцию истинной реальности. Причем граница между этими реальностями размывается благодаря действиям, направленным на сам компьютер и окружающие объекты. Кроме того, работа на компьютере связана с дополнительным эмоциональным напряжением из-за частых сбоев, обусловленных содержанием работы, управлением компьютером или несовершенством существующих технических устройств.

Многие дети посвящают компьютеру все свободное время, тратят карманные деньги на его модернизацию. У них развивается феномен «воображаемого друга» (сверстников, животных, неживых существ), при этом реальное общение сводится к минимуму. Ребенок запускает учебу, начинает пропадать у знакомых, имеющих компьютер, невзирая на растущее недовольство хозяев и запрет собственных родителей. Его пальцы постоянно как бы нажимают на клавиши клавиатуры. Попытки взрослых ограничить время, проводимое ребенком за компьютером, вызывают у него бурный протест; вынужденный простой сопровождается чувством скуки и опустошенности.

Отношения с компьютером у аддиктов становятся всё более интимными, эмоциональными. Приятные переживания чаще наблюдаются у подростков. У молодых людей появляются сосредоточенность, волнение и беспокойство. Когда происходят проблемы с ком-

пьютером, многие испытывают беспомощность или желание ударить компьютер для того, чтобы "наказать" его. «Компьютерная тревога» усиливается с возрастом и более свойственна женщинам.

С течением времени суживается круг интересов, падает учебная и производственная работоспособность, в ещё большей степени нарастают трудности коммуникации, аддикты снижаются этически, перестают следить за собой. Потребность в занятиях на компьютере или игровых приставках становится всё сильнее, вступая в конкуренцию с голодом, жаждой, потребностью в живом общении, отдыхе и пр.

**Пристрастие к компьютерным играм** в DSM-5 предлагается выделить в особое расстройство, отличное от патологического гемблинга. Аддикты, как правило, играют 8-10 часов или более в день, часто без еды и сна, и занимаются этим, по крайней мере, 30 часов в неделю. Игры вызывает подъем, прилив энергии — то, что наркоманы называют «приходом». У аддикта возникает ощущение перехода в другое измерение, нарушается чувство времени, снижается интерес к окружающей реальности. Групповые онлайн-игры предполагают конкуренцию между командами игроков, участвующих в сложных структурированных видах деятельности, которые включают в себя важный аспект социальных взаимодействий во время игры.

Игрок воспринимает компьютерную игру как вызов своим способностям, она требует от него высокого уровня умений, большой мобилизации, концентрации внимания, скорости реакции. В стратегиях типа «Цивилизация» игрок чувствует себя Всемогушим богом. В военных стратегиях всемогущество обретает зловещий характер. На откуп игроку отданы тысячи виртуальных жизней. Выигрышем является каждый бонус, дающий «дополнительную жизнь». Успешное прохождение одного уровня дает игроку пропуск на следующий уровень, а удачное завершение всей игры — звание победителя. Деньги при этом не нужны, достаточно виртуального риска и идентификации с героем. Таким образом, игровая реальность компенсирует комплекс неполноценности.

Играя в компьютерные игры и побеждая своих виртуальных врагов, аддикт ослабляет свою ситуационную тревогу, связанную с реальными конфликтами. Однако его изначальная личностная тревожность со временем усиливается, так как постоянное пребывание аддикта в виртуальном мире увеличивает его дезадаптацию к реальной действительности. Кроме того, «стрелялки» усиливают враждебный настрой аддикта, делая его конфликтным и неуживчивым. У него появляются головные боли и боли в спине, сухость глаз, из-

меняется характер сновидений. Он уделяет недостаточное внимание своему внешнему виду и личной гигиене.

Увлечение играми с насилием повышает агрессивность детей. Находясь в Интернете, дети и подростки могут наткнуться на инструкции по изготовлению наркотических или взрывчатых веществ, на порнографию, их могут соблазнить на совершение непристойных действий. У детей снижается гибкость познавательных процессов, компьютерная проверка орфографии и математические действия на калькуляторе ухудшают усвоение элементарных школьных знаний.

На консультации игрок оживает лишь при затрагивании тем, связанных с видеоиграми, при этом становится экзальтированным, подолгу и со многими подробностями описывает какую-нибудь игру. В это время его руки совершают движения, как на игровом манипуляторе.

**Инфомания.** Высокомотивированный пользователь, даже «по долгу службы», работая в Интернете, может оказаться под воздействием огромного потока «сверхзначимой» (но зачастую абсолютно бесполезной) для него информации. Ее нужно зафиксировать, обработать, не упустив десятки новых, каждую секунду выявляемых сведений, ранжировать информацию по степени важности и хотя бы приступить к анализу. Избыточная стимуляция информацией перезагружают мозг, который не может справиться с возникшей задачей. Сознание субъекта преобразуется в состояние, подобное феномену лобного синдрома: утрачивается иерархичность и последовательность целеполагания, попытка одновременно делать всё остается не реализованной, и субъект впадает в своеобразный транс, как минимум, временный, но проявляющийся в серьезном нарушении социально-психологической адаптации (Янг, 2000; Егоров, 2002; Менделевич, 2003; Лоскутова, 2004; Наумова, 2007; Саглам, 2009).

**Интернет-зависимость** развивается у 25 % пользователей в течение первого полугодия и у 58 % – в течение второго полугодия. Как показывают данные мониторинга аудитории пользователей Интернета ([www.monitoring.ru](http://www.monitoring.ru)) в России с 1992 по 2004 гг. удельный вес подростков увеличился с 2% до 25%. Предвестниками Интернет-зависимости являются: навязчивое стремление постоянно проверять электронную почту; предвкушение следующего сеанса онлайн; увеличение времени, проводимого онлайн; увеличение количества денег, расходуемых на Интернет.

Разработана типология Интернет-аддиктов (Егоров, 2015; Young, 1998 ):

- Интернет-гемблеры, которые пользуются разнообразными тотализаторами, аукционами, лотереями и т.д.
- Интернет-геймеры, предпочитающие онлайн-игры, особенно ролевые.
- Интернет-работоголики, погруженные в поиск баз данных, составление программ и т.п.
- Интернет-сексоманы, посещающие разнообразные порносайты, занимающиеся виртуальным сексом.
- Интернет-эротоманы - любовные аддикты, которые знакомятся, заводят романы посредством сети.
- Интернет-покупатели, реализующие аддикцию к трате денег посредством бесконечных покупок онлайн.
- Интернет-аддикты отношений, часами общающиеся в чатах, бесконечно проверяющие электронную почту и т.д., т.е. предпочитающие виртуальный вариант аддикции отношений.

Н.В. Чудова (2002) приводит следующий список черт Интернет-аддикта: сложности в принятии своего физического «Я» (своего тела); сложности в непосредственном общении (замкнутость); склонность к интеллектуализации; чувство одиночества и недостатка взаимопонимания (возможно, связанное со сложностями в общении с противоположным полом); низкая агрессивность; эмоциональная напряженность и некоторая склонность к негативизму; наличие хотя бы одной фрустрированной потребности; независимость выступает как особая ценность; представления об идеальном «Я» недифференцированы, завышены или даже нереалистичны; самооценка занижена; склонность к избеганию проблем и ответственности.

У Интернет-зависимых людей проявляются скрытые формы других аддикций: сексуальная аддикция переходит в «киберсекс»; коммуникативные зависимости, такие как мифомания, идеологический авантюризм, проявляются в «кибернет-отношениях»; пристрастие к азартным играм находит выход в Интернет-гемблинге (Greenfield, 1999).

К факторам благоприятного прогноза коррекции Интернет-аддикции, способствующих формированию ремиссии у подростков, относят низкую враждебность и низкую обидчивость в межличностных отношениях. К факторам неблагоприятного прогноза относят высокую возбудимость, низкую потребность в поощрении, низкую самооценку, слабые семейные связи, игру в онлайн-гемблинг.

Кимберли Янг (Young, 2011) разработала этапы когнитивно-поведенческой терапии интернет-аддиктов. На первом этапе поведенческая терапия используется для контроля поведения за компьютером и поведения вне компьютера. Поведение за компьютером предполагает активную деятельность онлайн с первоначальной целью достижения воздержания от проблемных приложений и контролируемого использования компьютера. На втором этапе когнитивная терапия используется для работы с психологическими защитами у аддиктов, такими как отрицание и рационализация, которые оправдывают чрезмерное пребывание онлайн. Этот шаблон поведения корректируется в процессе когнитивной реструктуризации. На третьем этапе терапия направлена на профилактику рецидивов и уменьшение вреда аддиктивного поведения.

Этапы когнитивно-поведенческой терапии Интернет-аддиктов (Егоров, 2015):

Преодоление анозогнозии. Мотивационное интервью, где выясняются мотивации пациента на лечение, предпринимаются попытки ее повышения, обсуждаются возможные перспективы изменения поведения.

Идентификация триггеров – ситуации, которые чаще всего приводят к неконтролируемому использованию Интернета. Когда аддикт осознает свои триггеры, он может выбрать модели альтернативного поведения в этой ситуации. Список альтернативных действий.

Планирование альтернативных действий на ближайшую (до следующего сеанса) перспективу. На последующих сеансах рассматриваются использованные поведенческие стратегии. Используется словесное поощрение успехов пациента. Расширение списка альтернативных действий.

Параллельно с поведенческими техниками, пациент обучается технике релаксации, а также элементам аутотренинга; ему рекомендуется использовать эти техники не менее 20-30 минут в день.

Для терапии Интернет-геймеров используются модификации программы 12-ти шагов в рамках сообщества Онлайн-анонимных Игроков. Когнитивно-поведенческая терапия включает (Егоров, 2015):

- поведенческие упражнения, более рациональное использования Интернета, постепенное увеличение времени, проведенного вне сети;
- самозапрет на компульсивное пользование компьютером;
- постепенное замещение времени, проводимого за компьютером, разнообразной деятельностью, которая имеет для пациента позитивную эмоциональную окраску.



## 8.2. Аддикции общения

Аддикты общения стремятся создавать группы «по интересам», где проводят много времени в разговорах. Нередко это однополая компания, члены которой часто ходят друг к другу в гости, подолгу разговаривают по телефону – «не могут жить друг без друга». Такие же группы создаются в рабочих коллективах, и тогда на работу ходят ради этого общения, часто собирают застолья по различным поводам, что приводит к постепенному развитию алкогольной зависимости.

**Болтаголизм** описан Дж. Вальтером (цит. Егоров, 2007) как сверхобщительность с повышенной вербальной активностью. Жизнь аддикта между встречами с друзьями сопровождается постоянными мыслями о предстоящем свидании с ними. У многих аддиктов отношений отмечается интимофобия, из-за которой они предпочитают общаться заочно, используя современные средства связи. При неисправности или отсутствии под рукой необходимой техники аддикты нервничают, чувствуя, что отрезаны от мира, иногда слышат звонки и оклики.

С. Мадди (цит. Ялом, 2014) описывает **идейный авантюризм или крусадёрство** (лат. crusader – крестоносец). Крусадёры хватаются за любой повод, чтобы «выйти на улицу». Они с головой погружаются в общественную деятельность, которая кажется им социально значимой, и, как только кампания закончена, сразу же стремятся занять себя чем-то новым, чтобы остаться на шаг впереди преследующей их бессмысленности.

Крусадёрство распознается по тяге человека к авантюрам и приключениям, немотивированному риску, злоупотреблению разного рода психотропными веществами, беспорядочной активности, суевериям повседневных и случайных малозначительных дел. Избыточная, бестолковая и непрекращающаяся активность выполняет функцию защитного отвлечения от накатывающего чувства бессмысленности и бесполезности. Паузы в сумбурной активности вызывают дисфорию (невроз выходного дня).

**Нигилизм**, также описанный Мадди, отличается активной, всепроникающей склонностью дискредитировать деятельность, имеющую смысл для других. Нигилист склонен подвергать критике с позиции постижения смысла любые поступки и устремления окружающих. Для него характерна «идеологическая пассивность», маскирующаяся под глубокий экзистенциальный анализ. Нигилист часто отказывается от любой деятельности, предлагаемой другими, высмеивая их стремление достичь в ней успехов. Энергия и поведение нигилиста порождены отчаянием, он ищет злобного удовольствия, присущего бессмысленному разрушению.

**Аддиктивная лживость**, мифомания характеризуется активным и частым использованием неправдивых высказываний. Мотивацией является изменение своего психологического состояния: получение удовлетворения от признания и привлечения внимания, радость от мистификации окружающих, торжество от причинения вреда противнику. Лживость характерна и для химически зависимых наряду с чрезмерным стремлением к немедленному выполнению желаний и самоутверждению при сниженной способностью к длительной, целенаправленной деятельности, склонности к бесконтрольному фантазированию и демонстративности в проявлении чувств.

**Аддикция к Интернет-общению.** Вебоголики весь день общаются в сети, знакомятся и даже занимаются виртуальным сексом. У них наблюдается зависимость от «кибернет-отношений» – от общения в чатах, групповых играх и на телеконференциях, что может привести к замене имеющихся друзей и близких виртуальными. Другая форма аддикции – зависимость от «киберсекса», то есть от порнографических сайтов в Интернете, от обсуждения сексуальной тематики в чатах или на специальных телеконференциях «для взрослых».

Интернет особенно привлекателен для аддиктов общения по следующим соображениям:

1. Возможность вступать в виртуальные социальные контакты с относительно незнакомыми людьми (дискуссионные клубы, конференции, чаты, доски объявлений и т.п.). В условиях личностной изоляции в больших городах и географической оторванности от родственников Интернет может стать суррогатом реальной социальной жизни.

2. Физическое отсутствие участников коммуникации в акте общения, приводит к тому, что чувства и эмоциональное состояние, при общении, опосредованном Интернетом, можно не только выражать, но и скрывать, равно, как и выражать чувства, которые человек в данный момент не испытывает. В Интернете утрачивают свое значение многие барьеры общения: внешний облик и привлекательность, пол, возраст, социальный статус (Лоскутова, 2004).

3. Виртуальное общение анонимно. Псевдонимы зачастую берутся из мифологического набора, причём достаточно мрачного. Это освобождает скрытые комплексы, в первую очередь – связанные с агрессией и сексуальностью. Можно сменить пол или поиграть в садомазо, вместо собственной фотографии размещать изображение какого-либо животного или мультипликационного героя. Можно создавать себе «виртуальные личности», описывая себя определенным образом и представляясь под вымышленным именем (Парово-

зов, 1997). По принципу обратной связи может происходить взаимоусиление идеализированного самопредставления и идеализированного восприятия собеседника.

4. Высказывания людей в онлайн-среде не сдерживаются традиционными социальными запретами. Неформальность общения в сети один из наиболее легких способов заочно познакомиться с новыми людьми и поддерживать длительный диалог используя большого количества коротких фраз, не всегда точно отвечая на поставленные вопросы. Со временем у многих, таким образом, складываются продолжительные взаимоотношения. В сети, в публичных форумах можно общаться с группами, состоящими из нескольких сотен человек (Лоскутова, 2004).

Зависимость от сообщений (SMS-зависимость) характеризуется потребностью к общению посредством мобильных сообщений, число которых в течение суток может составлять несколько десятков. Возникла и с каждым годом крепнет субкультура компьютерных пользователей со своим жаргоном, непонятным для непосвященных, со своими ритуалами, символами, юмором и пр., аналогичная субкультурам криминального мира алкоголиков и наркоманов.

Женщины сетуют, что муж берет мобильный телефон с собой в постель и не отключает его даже в моменты близости. Не отключает он его и во время терапевтической сессии. В отсутствии сообщений аддикт испытывает тревогу, раздражительность, у него снижается настроение. В результате длительного использования клавиатуры мобильного телефона у аддикта отмечаются боли в суставе, воспаление и гипертрофия мышц пальца, нажимающего на кнопки («SMS-палец»).

Аддикту необходимо быть на связи, в доступности для других людей, знать, что происходит. Разговоры с друзьями и родными позволяют чувствовать: я не один, меня любят, готовы выслушать. Общение с помощью SMS заменяет реальное общение, в том числе и в рамках любовных отношений. Аддиктивное поведение у виртуальных аддиктов становится стилем жизни, в процессе которого человек оказывается в ловушке постоянного ухода от реальной действительности в состояние изменённого сознания.

### **8.3. Аддиктивный фанатизм**

Аdditивный фанатизм – это крайняя степень увлечения какой-либо деятельностью с созданием из нее культа, поклонением кумирам и растворением в группе единомышленников. Во время рок-концертов происходит навязывание альфа-ритма, при этом ЭЭГ неотличима от гипнотической. У слушателей возникают общие для всего зала или стадиона эмоции, индивидуальность растворяется, растормаживаются стадные инстинкты. Резко

повышается внушаемость по отношению к исполнителю – идолу, кумиру. Через какое-то время человек уже не может жить без наушников и рок-тусовки.

Членами фанатических групп становятся зависимые личности, неспособные брать на себя ответственность за свою жизнь и чувствующие себя уверенно лишь в группе, ведомой сильным лидером. Чем больше они теряют свою индивидуальность, тем сильнее нуждаются в идентификации с лидером и группой, чтобы получить нарциссическое ощущение всемогущества. Такие личности легко могут стать членами религиозно-террористических объединений.

**Духовный поиск.** Эта форма нехимической аддикции была описана В.В. Постновым и В.А. Деречей (2004) на основании наблюдений за больными алкоголизмом, находившимися в ремиссии и в процессе психотерапевтических занятий пытавшихся освоить различные духовные практики. Направления духовного поиска были самые различные — группы личностного роста, голотропное дыхание, телесно–ориентированная терапия, группы встреч, эзотерические и религиозные знания.

При этом никто из больных не связывал эти занятия с реабилитационной программой, считая свои проблемы с алкоголизмом «уже решенными». Все больные до алкогольного срыва успели по несколько раз поменять направление «духовных поисков». Еще одной особенностью этих больных был неизбежный срыв ремиссии после этапа выраженных расстройств адаптации в виде нарастания межличностных конфликтов, нервозности, раздражительности и вспышек немотивированной агрессии.

**Религиозная аддикция** характеризуется следующими симптомами (Baute, 1993; Vanderheyden, 1999):

- ригидное навязчивое следование правилам и предписаниям; неспособность и невозможность думать, сомневаться и задавать вопросы по поводу религиозной информации; навязчивые или компульсивные стремления к религиозным ритуалам;
- готовность всюду (особенно за пределами данной религиозной формации) находить недостатки и зло; конфликт и споры с наукой, медициной и образованием; ощущение правоты и превосходства над всем остальным человечеством;
- основанная на стыде вера; трансоподобное состояние, блаженное выражение лица;
- магическая убежденность, что Бог все сделает для тебя без твоего серьезного участия; манипулирование цитатами или текстами, ощущение избранности, заявления о личных посланиях от Бога;

- неадекватные финансовые пожертвования; прогрессирующий отказ от реальной работы, изоляция, разрыв прежних отношений;
- разочарование, сомнения, психический, эмоциональный и физический кризис, боязнь призвать на помощь (из страха быть разоблаченным в «недуховности»).

**Общие черты А-зависимых и религиозных аддиктов (Ryan, VanVonderen):**

<b>А-зависимый</b>	<b>Религиозный аддикт</b>
Настроение повышается во время употребления спиртного и снижается в период воздержания или мысли, что надо воздерживаться.	Настроение повышается во время исполнения религиозных действий и снижается, когда нельзя посещать церковь, ежедневно читать Библию, молиться в достаточном количестве.
Предпочитается компания людей, которые алкоголизируются; отношения с трезвенниками казуистичны.	Предпочитаются люди, чьи религиозные предпочтения близки; отвергаются прошлые друзья или даже семья, если не разделяют религиозных взглядов.
Притягивают места, где можно удовлетворить свое пристрастие, которые приятны и поощряют такое поведение (например, близлежащий бар).	Посещаются церкви и собрания вместе с людьми, верящими в те же культы; принимают участие в мероприятиях, которые спонсируются «близкими по духу».

**Сектантство.** Культурная зависимость отличается устойчивой потребностью переложить ответственность за свои взаимоотношения с Богом на сильного наставника. Сознание адепта культа определяется групповыми ценностями, ответственность за жизнь самоотверженно передается лидеру. Фанатики страстно желают вместе со своими единомышленниками властвовать над остальными, стремятся к разрушению и саморазрушению. Аддиктивной мотивации фанатического поведения способствует обстановка групповой тайны, магические ритуалы, идеологический накал – все это заполняет «пустоту» реальной жизни аддикта. Характерна нетерпимость к инакомыслящим: «кто не с нами, тот против нас». Экстатические пляски сектантов во главе с лидером приводят их в состояние деиндивидуализации, растормаживания инстинктов и психофизического возбуждения, аналогичное опьянению психостимуляторами, вплоть до появления галлюцинаций.

В секты уходят в основном два типа людей: амбициозные, ищущие признания, авторитета, власти, и люди психастенического склада, с семейно-бытовыми проблемами, с невротическими расстройствами, одинокие, социально дезадаптированные, личностно незащищенные (Емельянова, 2004).

Деструктивные культы осознают, что даже самые преданные обращенные поддаются сомнениям и могут отступить, если не подвергаются интенсивной и постоянной обработке. Поэтому много времени и усилий вкладывается в поддержание верности обращенных путем использования определенных тактик. Хьюго Штамм (Stamm, 1995) выделяет следующие фазы в насильственной индоктринации членов сект:

1. Фаза вербовки осуществляется людьми, интуитивно чувствующими потенциального члена секты. На этой фазе происходит эмоциональное дестабилизирование человека и запутывание в противоречиях. Вербующий член секты старается вызвать доверие на длительное время, демонстрирует желание оказать помощь нуждающемуся, направив его на верный путь. Человек, осуществляющий вербовку, выглядит воодушевленным, радостным, проявляет себя членом сообщества, которое всех делает счастливым.

2. Введение в учение заключается в изложении основных положений предлагаемой доктрины. Основной задачей этого этапа является психологическая привязка вербуемого человека с вовлечением его в провозглашаемую идеологию, в смысл таинства. Форма вовлечений может быть разнообразной: курсы, семинары, лекции, богослужения, изучение книг, просмотр видеокассет, во время которых "учения", излагаемые основателями секты, выдаются "порционно". Наблюдается тенденция связывать людей новыми обязанностями, не оставляя им времени для самостоятельного критического осмысления происходящего. Активно используются комплименты и похвалы типа: "Как хорошо, что ты пришел, как мы рады тебя видеть" и пр. Таким образом, человек получает приятную для него эмоциональную поддержку.

Процесс ввода в учение направлен на усиление контроля над мыслями и чувствами. Активно используется суггестия, благодаря которой человек начинает считать, что он получает в секте именно то, к чему он стремился. Создается своеобразная картина иллюзорного мира, обладающая аддиктивной привлекательностью. Вербовщики пытаются убедить человека в том, что пребывание в секте сделает его приближенным к элите, открывшей для себя особую правду.

Постепенно у вербуемого исчезает критическое отношение к происходящему с ним, формируется новая аддиктивная субличность, думающая и чувствующая в новых катего-

риях, использующая новую систему ценностей. Эта субличность может конфронтировать с прежней личностью, что провоцирует эмоциональное напряжение. Стремление аддикта получать все больше и больше переживаний приводит к тому, что со временем критическое осознание угнетается, прежняя личность вытесняется. Подсознательные импульсы при наличии двойной идентичности не контролируются в достаточной степени. Возможность прорыва энергетического потенциала из глубины подсознания в этих состояниях возрастает.

3. Укрепление приверженности к учению секты характеризуется усилением зависимости, культового контроля над сознанием и чувства идентичности с сектой. Происходит прерывание контактов с теми, кто отвлекает от постоянной связи с группой. Увеличивается связь с группой и разрываются связи с прежними "корнями". Жизнь возможна лишь в лоне группы.

Контроль сознания распространяется на четыре основные сферы: поведения, информации, мышления и эмоций (Хассен (2001). *Контроль поведения*. Регулируется среда обитания: где и с кем живет последователь культа; какую одежду, прически он носит, какие цвета предпочитает, какую пищу ест, сколько спит; его финансовые возможности. Большая часть времени обязательно посвящается индоктринации и групповым ритуалам. Необходимость спрашивать разрешение перед принятием важных решений. Применяются награды и наказания. Отбивается охота к индивидуализму. Превалирует групповая мысль. Действуют жесткие правила и предписания. Необходима покорность и зависимость.

*Контроль информации.* Используется ложь: умышленно скрывается и искажается информация, чтобы сделать ее приемлемой. Доступ к некультовым источникам информации (СМИ, Интернет) сводится к минимуму или устраняется наряду с критической от бывших участников группы; неофитов загружают культовой деятельностью настолько, чтобы они не имели времени думать и анализировать свое новое положение. Кто и что «должен знать», решает лидер. Поощряется слежка за другими участниками: объединение по парам по системе «приятельства» для наблюдения и контроля; доносительство лидеру об отклоняющихся от культовых доктрин мыслях, чувствах и действиях.

Широко используется созданная в рамках культа пропаганда: бюллетени, журналы, газеты, аудиозаписи, видеозаписи и т.п.; искаженные цитаты, формулировки из некультовых источников, взятые вне контекста. Используются исповеди: информация о «грехах» используется, чтобы уничтожить границы личности; прошлые грехи используются, чтобы манипулировать и контролировать поведение участника культовой группы.

*Контроль мышления.* Адепт культа принуждается к восприятию групповой доктрины как истины: схема = реальность; добро против зла; группа против всех. Принятие «нагруженного» языка, характеризующегося мыслительными клише. Поощряются только «хорошие» и «правильные» мысли. Используются техники прекращения критического мышления: монотонное говорение; медитация; произнесение молитв; общение на особом языке; коллективное пение; запрет на критические вопросы о лидере, доктрине или политике, признаваемой единственно правильной; запрет на альтернативные системы убеждений.

*Контроль эмоций.* Сужается спектр эмоций. Людей заставляют чувствовать себя так, будто в любых проблемах всегда имеется их вина: ты и твоё предназначение, твоё родовое проклятие, прошлые грехи; социальная вина; историческая вина. Используется ритуальное, часто публичное, признание в «грехах». Внушается боязнь независимо мыслить; боязнь «внешнего» мира; боязнь врагов; боязнь потерять своё «спасение»; боязнь природных бедствий. В запуганное сознание без труда внедряется страх катастрофических последствия в случае выхода из культа.

После контроля сознания наступает третья фаза – это консолидация выработанного нового поведения и невозможность возврата к прошлому за счёт жестких связей внутри секты, установление жесткого контроля, коллективных исповедей, прекращение несанкционированных сектантами социальных контактов, требование преданности.

Полное изменение личности неопита занимает обычно от нескольких дней до нескольких недель, и после 4–7 лет жизни в культовой группе эти изменения становятся необратимыми. Адепт культа отказывается от своих прежних целей, разрывает важные отношения, отдаёт группе все своё время и средства, работает на неё за гроши. Он плохо питается, мало спит, игнорирует признаки болезни, отказывается от медицинской и психологической помощи, пренебрегает советами врача. Изменяется его одежда, причёска, вес, диета; у него появляется безжизненный пристальный взгляд наркомана, меняется построение речи, мимики и манеры, снижается чувство юмора. Поведение становится скрытным, уклончивым или оборонительным, а отношение к членам семьи – осуждающим.

Аналитическое мышление подменяется магическим. Прежние интересы и хобби исчезают, изменяются представления о честности. Меняются политические и религиозные убеждения, студенты переходят на вечернюю форму обучения, меняют специализацию или прекращают учёбу. Сектант фанатично стремится обратить других в свою веру, использует жаргон «для посвящённых», механически монотонно повторяет заученные постулаты. Семья и друзья становятся объектами проповеди, как будто нуждаются в спасе-



нии. Он оказывает давление с целью получить деньги для личных нужд и для группы. Утрачиваются связи с семьей и друзьями, он не участвует в семейных событиях, уклоняется от объятий и поцелуев, большую часть времени проводит с группой, переселяется жить к другим членам группы.

Последствия вовлечения в тоталитарные культы опаснее, чем при других поведенческих аддикциях (Короленко, Дмитриева, 2001; Ворошилин, 2014). Психические последствия заключаются в неспособности самостоятельно принимать решения, невротических расстройствах, изменении личности, психозах и суицидах. Соматические последствия проявляются в ухудшении физического состояния, сексуальных проблемах, снижении иммунитета, преждевременной смерти из-за отказа от квалифицированной помощи. Социальные проблемы возникают как следствие прекращения семейных, дружеских и профессиональных связей, нарушения отношений с обществом, финансовых трудностей, криминальных действий.

**Происхождение фанатизма.** П.Б. Ганнушкин (1998) один из первых указал на связь сексуальности, агрессии и религиозного чувства. Фанатики стремятся к уходу от своего Я в «мы», растворяясь в группе единомышленников, где они чувствуют себя в безопасности. Воодушевление и экстаз фанатика во время молитвенного ритуала, так же, как и во время политического митинга, рок-концерта или спортивного матча, вызывают у него выброс внутреннего наркотика – эндорфина – со всеми вытекающими последствиями. Мода на медитирование также в большой степени обусловлена выделением эндорфина в состоянии транса

Аддиктивный фанатизм часто сочетается с аддикцией к власти, а также с влечением к смерти, которое проявляется в мазохистском принесении себя в жертву ради торжества сверхценной идеи. Этим можно объяснить садомазохистское поведение современных террористов-смертников. Идеологический и социальный кризис в нашей стране привел к появлению большого количества молодых людей, которые явились легкой добычей не только наркомафии, но и зарубежных религиозных сект и террористических организаций, обещающих духовную поддержку в обмен на отказ от своего Я.

**Терапия.** Для освобождения от влияния религиозной секты используется депрограммирование, которое состоит в развитии у пациента критического, гибкого, творческого и независимого мышления и коррекции ложных представлений относительно культовой жизни. Член культа исследует соответствующую идеологию в свете логики и известных ему фактов. С помощью наводящих вопросов его нацеливают на систематический анализ

вскрытых противоречий. Новичков информируют о том, им придется посвятить свою жизнь этой группе, что их будущий супруг(а) и время вступления в брак будут выбраны за них лидером культа. Особенно полезно описать и объяснить процесс идеологической обработки, которой они были подвергнуты.

В процессе депрограммирования желание аддикта понять, что с ним происходит, нарастает до тех пор, пока не будет достигнуто состояние «ломки». Перед этим аддикт внезапно прекращает обсуждение, становится тихим и задумчивым или обнаруживает признаки шока. Затем у него наступает нервная дрожь, рыдания и паническая растерянность, рождается решение порвать с культом. Далее следует фаза неустойчивости, когда случайная встреча или телефонный звонок могут привести к рецидиву.

Окончательно от влияния секты можно освободиться только с помощью специально созданной команды близких и друзей аддикта, которые общими усилиями могут вернуть его к прежней жизни. Ядро команды составляют родные больного и его близкие друзья. В команду включаются также люди, с которыми адепт культа был связан до своего вступления в секту, другие семьи с аналогичными проблемами, бывшие члены секты. Подготовить такую команду для терапевтического вмешательства может семейный терапевт. Многих потенциальных членов команды обычно приходится убеждать в наличии проблемы. Людей, использующих защиту отрицанием, необходимо спрашивать: «Какие вам нужны доказательства, чтобы убедиться в существовании проблемы?» и предоставлять соответствующую информацию. Часто члены команды нуждаются в опровержении ошибочных представлений, мешающих эффективной работе команды.

С. Хассен (2001) перечисляет 10 подобных заблуждений: «Никакого контроля сознания не существует», «Любое влияние есть попытка контроля над сознанием», «Ведь он по-своему счастлив!», «Нельзя вмешиваться в жизнь взрослого человека», «Он имеет право верить, во что хочет», «Он достаточно умен и разберется сам», «Он так слаб, что ищет руководства», «Уж лучше секта, чем его прежняя жизнь», «Он уйдет сам, когда будет готов», «Мы потеряли надежду».

В ходе терапии приходится преодолевать ряд когнитивных стереотипов членов команды. *Абсолютизация прошлого опыта*: он никогда не слушал моих советов, не послушает и сейчас. *Сверхообщение*: в прошлый раз мы поссорились, он всегда ненавидел меня. *Наклеивание ярлыков*: да ты просто зомби! *Самообвинение*: это моя вина, что он вступил в секту. *Отрицание*: никто его не контролирует, просто сейчас он в растерянности. *Рационализация*: если бы не секта, она была бы сейчас среди своих наркоманов. *Негативная*

*фильтрация*: мы чудесно провели вчерашний день, но он все равно вернулся в секту, это полный провал. *Поляризация*: он так усердно трудится в своей секте, хотя все равно ничего не добьется. *Персонализация* (предположение, что все происходящее имеет отношение ко мне): я оставила для него три сообщения, а он все равно не позвонил; должно быть, он знает, что я обратилась к консультанту. *Чтение мыслей*: конечно, ты расстроился, что я не предупредила тебя прежде, чем что-то делать. *Ошибки контроля*: я выбью из него эту дурь! (или наоборот: мои попытки безрезультатны). *Эмоциональная аргументация*: я так чувствую, что любой, кто верит в эту чушь, просто слабак.

Члены семьи адепта нередко страдают какими-либо аддикциями, и бывает полезно привлечь адепта для того, чтобы помочь им избавиться от этих зависимостей. Впоследствии роли меняются, и успешное выздоровление родственника служит положительным примером для адепта. Во избежание рецидива следует учесть, что после выхода из секты бывшего адепта могут мучить чувства стыда и вины. Вместо того, чтобы искупить свою вину перед близкими, он может направить свои усилия на то, чтобы попытаться спасти друзей, оставшихся в секте, и это может затянуть его назад. Следует успокоить адепта, объяснив ему, что хотя его вина и велика, но не стоит преувеличивать ее. И лучшее, что он сможет сделать для оставшихся в секте друзей – это показать им пример творческой самостоятельной жизни.

Типичные проблемы в послекультурном выздоровлении заключаются в следующем (Джиамбалво, 1995) :

1. Бывшие адепты культа огорчаются из-за потери членов группы в своей жизни. Они оставили группу, которая давала им цель в жизни и энергию. Они чувствуют оторванность от людей, бесцельность своей жизни и упадок сил. Они сталкиваются со сложными вопросами: Куда я могу пойти, чтобы удовлетворить свои духовные потребности? Во что я верю теперь? Во что вообще можно верить, чему можно доверять?

2. Они испытывают страх перед тем, что с ними случится то, чем им угрожали в культе, если они уйдут. У них оживают образные переживания, прерывающие настоящее и возвращающие их в психику в культовое состояние. Они испытывают страх перед тем, что сходят с ума. Их мучат ночные кошмары, некоторые слышат голоса и испытывают другие галлюцинации, из-за чего нуждаются в госпитализации.

3. Они неспособны принимать решения из-за утраты независимости, не доверяют людям и к своей способности распознавать, когда и на самом ли деле ими вновь манипулируют, пока не узнают больше о контроле сознания и не начнут снова слушать свой соб-

ственный внутренний голос. Они испытывают гнев относительно группы или лидеров. По временам этот гнев направляется на самих себя с риском суицида.

4. Бывшие культисты не могут объяснять, как и почему они оказались вовлеченными в культ или почему они вели себя таким образом в течение этого времени. Они лишь чувствуют себя очень виноватыми из-за того, что оказались вовлеченными в культ, из-за тех людей, которых они завербовали, и из-за того, что они делали, пока были в культе.

5. После того, как они жизни в замкнутой среде и были лишены возможности участвовать в повседневной культуре, они забыли, как вести себя в неформальной или рабочей ситуации. У них ослаблено чувство собственного достоинства под влиянием культового внушения, что они ничего не стоят. К ним возвращаются докультовые психологические проблемы.

Признаки выздоровления включают следующее:

- Они начинают рассматривать семейные усилия по проведению консультирования о выходе не в качестве злого желания контролировать (“черная” точка зрения культа), а как проявление любви, и испытывают благодарность семье.
- Они начинают признавать, что были принесены в жертву и ими манипулировали, чтобы неправильно истолковать прошлые действия их семьи.
- Они спонтанно и добровольно представляют примеры того, как их группа пользовалась методиками контроля сознания.
- Они начинают узнавать и признавать моменты отрицания, сопротивления и расщепления личности.
- Они начинают видеть альтернативы группе не только в качестве интеллектуальных альтернатив, но в качестве реального выбора, который они в состоянии сделать.

## Приложения

### 1. Список использованной литературы

*Автономов Д.А.* Первичное патологическое влечение к игре. Взгляд с феноменологической и метапсихологической точки зрения // Независимый психиатрический журнал, 2009, № 1.

*Акопов А.Ю.* Свобода от зависимости: социальные болезни личности. – СПб: Речь, 2008.

Анонимные алкоголики: Рассказ о том, как многие тысячи мужчин и женщин вылечились от алкоголизма. – Нью-Йорк: Alcoholics Anonymous World Services, Inc., 1989.

*Анохина И.П., Кибитов А.О., Шамакина И.Ю.* Генетика зависимости от психоактивных веществ. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.

*Антонян Ю.М.* Отрицание цивилизации: каннибализм, инцест, детоубийство, тоталитаризм. – М.: Логос, 2003.

*Антропов Ю.А.* и др. Некоторые аспекты патологического (зависимого) влечения при алкоголизме // Вопросы наркологии, 2014, № 1.

Арт-терапия – новые горизонты / Под ред. А.И. Копытина. – М.: Когито-Центр, 2006.

*Ахола Т., Фурман Б.* Краткосрочная позитивная психотерапия. – СПб: Речь, 2000.

*Белкин А.И.* Запах денег: Психологические этюды. – М.: Олимп, 1999.

*Белокрылова М.Ф., Семке В.Я.* Привязанность. Зависимость. Симбиоз. – Томск: МГП “РАСКО”, 2001.

*Беренсон Д.* Алкоголь и семейная система // Варга А.Я. Системная психотерапия супружеских пар. – М.: Когито-Центр, 2014. – С. 312-329.

*Берковиц Л.* Агрессия: причины, последствия, контроль. – СПб: Прайм-Еврознак, Нева, Олма-Пресс, 2001.

*Берн Э.* Игры, в которые играют люди. – М.: Эксмо, 2008.

*Битти М.* Алкоголик в семье или преодоление созависимости. – М.: Физкультура и спорт, 1997.

*Битти М.* Спасать или спасаться? Как избавиться от желания постоянно опекать других и начать думать о себе. – М.: Эксмо, 2015.

*Бойко Н.Н.* Homo addictus: Человек зависимый (в рабстве пагубных пристрастий). – М.: МОФ «Родная страна», 2012.

*Бурно М.Е.* Алкоголизм. Терапия творческим самовыражением. – М.: «Познавательная книга плюс», 2002.

*Бюрингер Г., Ферстль Р.* Расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ: интервенция // Клиническая психология / Под ред. М. Перре, У. Бауманна. – СПб: Питер, 2003. – С. 981–1005.

*Ваисов С.Б.* Наркотическая и алкогольная зависимость: практ. руководство. – СПб: Наука и техника, 2008.

*Вёрмсер Л.* Комппульсивность и конфликт: различие между описанием и объяснением при лечении аддиктивного поведения // Психология и лечение зависимого поведения / Под ред. С. Даулинга. – М.: Класс, 2007. – С. 55–79.

*Винникотт Д.В.* Переходные объекты и переходные явления. Исследование первого «не-я» предмета // Антология современного психоанализа. Т. 1. – М.: Издательство «Институт психологии РАН», 2000. – С. 186–200.

*Ганнушкин П.Б.* Сладострастие, жестокость и религия // Ганнушкин П.Б. Избранные труды. Ростов н/Д: Феникс, 1998. – С. 269–290.

*Гарифуллин Р.Р.* Кодирование личности от алкогольной и наркотической зависимости. Манипуляции в психотерапии. – Ростов н/Д: Феникс, 2004.

*Гартман Х. и др.* Заметки по теории агрессии // Антология современного психоанализа / Под ред. А.В. Россохина. Т. 1. – М.: Институт психологии РАН, 2000. – С. 107–130.

*Гоголева А.В.* Аддиктивное поведение и его профилактика. 2-е изд., стер. – М.: Московский психолого-социальный институт; Воронеж: МОДЭК, 2003.

*Горски Т.* Путь выздоровления. – М.: Институт общегуманитарных исследований, 2003.

*Гребенюк А.* Психическая зависимость от психоактивных веществ. Модель, принципы и методы терапии // Московский психотерапевтический журнал, 1999, № 3-4.

*Григорьев Г.И., Кузнецов О.Н.* Массовые эмоционально-эстетические методы психотерапии как этап анонимного лечения хронического алкоголизма // Вестник гипнологии и психотерапии, 1991, № 1.

*Гринберг Дж.* Управление стрессом. 7-е изд. – СПб: Питер, 2002.

*Гриненко А.Я., Крупицкий Е.М. Шабанов П.Д. и др.* Нетрадиционные методы лечения алкоголизма. – СПб: Гиппократ, 1993.

*Губочкин П.И., Аникин С.С., Губочкин И.П. и др.* Психология формирования сознательной трезвости. – Рыбинск: Рыбинский Дом печати, 2006.

*Гульдан В.В., Корсун А.М.* Поиск впечатлений как фактор приобщения подростков к наркотикам // Вопросы наркологии, 1990, №2.

*Гуревич Г.Л.* Аффективные расстройства и зависимость от алкоголя: клиника, диагностика, терапия: дис. ...к. м. н. – М., 2005.

*Гурьева В.А., Семке В.Я., Гиндикин В.Я.* Психопатология подросткового возраста. – Томск, Изд-во Том. ун-та, 1994.

*Данилин А., Данилина И.* Как спасти детей от наркотиков. – М.: Центрполиграф, 2001.

*Даренский И.Д.* Краткосрочная психотерапия в наркологии // Теория и практика психотерапии, 2015, №3.

*Даренский И.Д.* Методы психотерапии наркологических больных. – М.: Компания Спутник+, 2007.

*Даренский И.Д.* Психотерапевтический процесс в наркологической клинике. – М.: Компания Спутник +, 2006.

*Денни М.Р.* Выработка условных компенсаторных реакций // Психологическая энциклопедия. 2-е изд. / Под ред. Р. Корсини, А. Ауэрбаха. – СПб: Питер, 2006. – С. 170-172.

*Джамбалво К.* Консультирование о выходе: Семейное воздействие. Как помочь близким, попавшим в деструктивный культ. – Н. Новгород: ННГУ, 1995.

*Джонсон В.* Как заставить наркомана или алкоголика лечиться. – М.: Ин-т общегуманитар. исслед., 2012.

*Динов Е.Н.* Психотерапия в комплексном лечении больных игровой зависимостью: дис. ... к. мед. н. – М., 2010.

*Доктер Д.* Драматерапия с клиентами, страдающими нарушениями аппетита: хрупкая граница // Драматерапия / Под ред. С. Митчелла. – М.: ЭКСМОЩ-Пресс, 2002. – С. 222–240.

*Егоров А.Ю.* Возрастная наркология. – СПб: Дидактика Плюс, 2002.

*Егоров А.Ю.* Нехимические (поведенческие) аддикции. – СПб: Речь, 2007.

*Егоров А.Ю.* Современные представления об интернет-аддикциях и подходах к их коррекции // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн., 2015, № 4(33).

*Емельянова Е.В.* Кризис в созависимых отношениях. Принципы и алгоритмы консультирования. – СПб: Речь, 2004.

*Ерышев О.Ф.* Лечение алкогольной зависимости. – СПб: Нева, 2004.

*Зайцев С.Н.* Зеркало для курильщика: Самоучитель отказа от курения. – Н. Новгород, 2005.

*Зайцев С.Н.* Совершенствование методов лечения алкоголизма без желания пациента: Практическое пособие для врачей. – Н. Новгород: Изд-во Нижегородской государственной медицинской академии, 2005.

*Зайцев С.Н.* Созависимость — умение любить: Пособие для родных и близких наркомана, алкоголика. 2-е изд. – М.: «Философская Книга», 2011.

*Зайцев В.В., Шайдулина А.Ф.* Как избавиться от пристрастия к азартным играм. -- СПб: Издательский Дом «Нева»; М.: ОЛМА – ПРЕСС Экслибрис, 2003.

*Залыгина Н.А., Обухов Я.Л., Поликарпов В.А.* Аддиктивное поведение молодежи: профилактика и психотерапия зависимостей. – Минск: Прописи, 2004.

*Захаров Н.П.* Психотерапия пограничных расстройств и состояний зависимости. – М.: ДеЛи принт, 2004.

*Зинкевич-Евстигнеева Т.Д.* Психотерапия зависимостей. Метод сказкотерапии. – СПб: Речь, 2011.

*Змановская Е.В.* Девиантология (психология отклоняющегося поведения). Учеб. пособие для студ. высших учеб. заведений. – М.: Академия, 2003.

*Иванец Н.Н., Даренский И.Д., Стрелец Н.В., Уткин С.И.* Лечение алкоголизма, наркоманий, токсикоманий. – М.: Анахарсис, 2000.

*Иванец Н.Н., Тюльпин Ю.Г., Чирко В.В., Кинкулькина М.А.* Наркология и психиатрия. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006.

*Каменская А.И., Радченко А.Ф.* Современная психотерапия и лечение зависимостей // Методы современной психотерапии. Учебное пособие / Сост. Л.М. Кроль, Е.А. Пуртова. М.: Класс, 2001. – С. 333–386.

*Катков А.Л.* Структурированные техники стратегической полимодальной психотерапии, используемые на этапе первично-профилактической, первичной наркологической помощи и фазе «вхождения» в программу медико-социальной реабилитации: методические рекомендации. – Павлодар: Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании, 2012.

*Ковалев С.В.* Семь шагов от пропасти: НЛП-терапия наркотических зависимостей. – М.: КСП+, 2003.

*Кольцова О.В.* Психология работы с наркозависимыми. – СПб: Речь, 2007.

*Копытин А.И., Богачев О.В.* Арт-терапия наркоманий: лечение, реабилитация, постреабилитация: (учеб. пособие). – М.: Психотерапия, 2008.

*Королев К.Ю.* Как избежать алкогольного срыва. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 2000.

*Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В.* Психосоциальная аддиктология: науч. изд. – Новосибирск: Олсиб, 2001.

*Короленко Ц.П., Донских Т.А.* Семь путей к катастрофе: Деструктивное поведение в современном мире. – Новосибирск: Наука, 1990.

*Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В., Шпикс Т.А.* Психодинамические механизмы аддикций /монография/. – Saarbrücken: LAP LAMBERT Academic Publishing GmbH & Co., 2011.

*Котляров А.В.* Освобождение от зависимостей, или Школа успешного выбора. – М.: Изд-во Ин-та психотерапии, 2005.

*Кохут Х.* Анализ самости. – М.: Когито-Центр, 2003.



*Кочюнас Р.* Групповая психотерапия: Учебное пособие для вузов. – 8-е изд. – М.: Академический Проект; Трикста, 2014.

*Кочюнас Р.* Психологическое консультирование и групповая психотерапия. – 5-е изд. – М.: Академический Проект: Гаудеамус, 2005.

*Кратохвил С.* Психотерапия семейно-сексуальных дисгармоний. – М.: Медицина, 1991.

*Крепелин Э.* Введение в психиатрическую клинику. – М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2004.

*Кристал Г.* Нарушение эмоционального развития при аддиктивном поведении // Психология и лечение зависимого поведения/ Под ред. С. Даулинга. – М.: Класс, 2007. – С. 80–118.

*Кулганов В.А., Парфенов Ю.А, Белов В.Г.* Превентология. Профилактика социальных отклонений. Учебное пособие. – СПб: Питер, 2014.

*Кулаков С.А.* Диагностика и психотерапия аддиктивного поведения у подростков. – М.: Фолиум, 1998.

*Кулаков С.А.* Основы психосоматики. – СПб: Речь, 2003.

*Кулаков С.А.* Практикум по клинической психологии и психотерапии подростков. -- СПб: Речь, 2007.

*Кулаков С.А., Ваисов С.Б.* Руководство по реабилитации наркозависимых. – СПб: Речь, 2006.

*Лазарус А.* Краткосрочная мультимодальная психотерапия. – СПб: Речь, 2001.

*Ларионов А.В.* Наркомания: Мифы. Смысл. Причины. Терапия. – Екатеринбург: Изд-во Уральского университета, 1997.

*Лоскутова В.А.* Интернет-зависимость как форма нехимических аддиктивных расстройств: дис. ...к. мед. н. – Новосибирск, 2004 г.

*Макаров В.В.* Избранные лекции по психотерапии. – М.: Академический проект. Екатеринбург: Деловая книга, 1999.

*Макаров В.В., Макарова Г.А.* Транзактный анализ – восточная версия. – М.: Академический проект, ОППЛ, 2002.

*Макаров С.В., Шубина О.С.* Сравнительный анализ эффективности методов альфа-стимулирующего тренинга и аудиовизуальной стимуляции в комплексной программе лечения больных с героиновой зависимостью // Бюллетень СО РАМН, 2004, № 3 (113).

*МакДугалл Дж.* Театр души. Иллюзия и правда на психоаналитической сцене. – СПб: ВЕИП, 2002.

*МакДугалл Дж.* Тысячеликий Эрос. – СПб: Изд-во Восточно-Европейского института психоанализа; Б&К, 1999.

*Маккена Т.* Пища Богов. Поиск первоначального древа познания. – М.: Изд-во Трансперсонального Института, 1995.

*Максимов А.А.* Личностные особенности людей с компьютерно-игровой зависимостью: дис. ...к. психол. н. – М., 2009.

*Максимова Н.Ю.* Психологическая профилактика алкоголизма и наркомании несовершеннолетних: Учебное пособие. – Ростов н/Д: Феникс, 2000.

*Максимук А.М.* Шопомания: привычка или болезнь? – Ростов н/Д.: Феникс, 2008.

*Малкина-Пых И.Г.* Виктимология: психология поведения жертвы: [комплексный анализ феномена жертвы, подходы к индивидуальному консультированию, упражнения и техники]. – М.: Эксмо, 2010.

*Малкина-Пых И.Г.* Психосоматика: Новейший справочник. – М.: Эксмо, 2003.

*Малыгин В.Л., Искандирова А.В., Смирнова Е.А., Хомерики Н.С.* Интернет-зависимое поведение у подростков. Клиника, диагностика, – М.: Арсенал образования, 2010.

*Мандель, Б.Р.* Психология зависимостей (аддиктология): Учебное пособие. – М.: Вузовский учебник: ИНФРА-М, 2015.

*Менделевич В.Д.* Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство. -- М.: МЕДпресс, 1998.

*Менделевич В.Д.* Наркозависимость и коморбидные расстройства поведения (психологические и психопатологические аспекты). – М.: МЕДпресс-информ, 2003.

*Менделевич В.Д.* Психология девиантного поведения. Учебное пособие. – СПб: Речь, 2005.

*Менделевич В. Д., Зобин М. Л.* Аддиктивное влечение. – М.: МЕДпресс-информ, 2012.

*Меннингер К.* Война с самим собой. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2000.

*Москаленко В.* Зависимость. Семейная болезнь. – М.: ПЕР СЭ, 2009.

*Москаленко В.Д.* Когда любви слишком много. – М.: Психотерапия, 2009.

*Москаленко В.Д.* Созависимость при алкоголизме и наркомании (пособие для врачей, психологов и родственников больных). – М.: Анахарсис, 2002.

*Мэй Р.* Любовь и воля. – М.: Рефл-бук; К.: Ваклер, 1997.

*Мюррей М.* Узник иной войны. Удивительный путь исцеления от детской травмы. – М.: Альварес Паблшинт, 2004.

Наркология: национальное руководство / Под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. – М.: Гэотар-Медиа, 2008.

*Норвуд Р.* Женщины, которые любят слишком сильно. – М.: Добрая книга, 2013.

*Норвуд Р.* Надо ли быть рабой любви? – М: МИРТ, 1994.

*Павлов И.С.* Психотерапия в практике: технология психотерапевтического процесса. – М: Академический проект; Культура, 2012.

*Пезешкиан Н.* Психосоматика и позитивная психотерапия. – М.: Институт позитивной психотерапии, 2006.

*Пережогин Л.О., Вострокнутов Н.В.* Асоциальное поведение детей и подростков. Профилактика и коррекция ассоциированных психических расстройств. Руководство для врачей. – М.: ФГБУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского» Минздравсоцразвития России, 2012.

*Перре М., Бауманн У.* Клиническая психология. – СПб: Питер, 2002.

*Пилипенко А.В., Соловьева И.А.* Зависимые, созависимые и другие трудные клиенты: Психологический тренинг. – М.: Психотерапия, 2011.

*Постнов В.В., Дереча В.А.* Духовный поиск как вариант нехимической аддикции у больных алкоголизмом в ремиссии// Новые методы лечения и реабилитации в наркологии (заместительная терапия, психофармакотерапия, психотерапия) / Сб. мат-лов междунар. конф. Под общ. ред. проф. В.Д. Менделевича. – Казань, 2004. – С. 287-291.

*Постнов В.В., Дереча В.А., Карпец В.В.* Аддиктивное поведение в форме «состояния перманентной войны» в структуре расстройств адаптации у больных алкоголизмом – ветеранов боевых действий// Новые методы лечения и реабилитации в наркологии (заместительная терапия, психофармакотерапия, психотерапия)/ Сб. мат-лов междунар. конф. Под общ. ред. проф. В.Д. Менделевича. – Казань, 2004. – С. 291-295.

*Поттер-Эфрон Р.Т.* Стыд, вина и алкоголизм: клиническая практика. – М.: Институт общегуманитарных исследований, 2002.

*Проценко Е.Н.* Наркотики и наркомания: надежда в беде. – 2-е изд., перераб. – М.: Триада, 2006.

*Пятницкая И.Н.* Общая и частная наркология: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 2008.

*Реан А.* Психология личности. – СПб: Питер, 2013.

*Рязанцев В.А.* Психотерапия и деонтология при алкоголизме. – Киев: Здоров'я, 1983.

*Сиволап Ю.П., Савченков В.А.* Злоупотребление опиоидами и опиоидная зависимость. – М.: Медицина, 2005.

*Сидоров П.И.* Наркологическая превентология: Руководство. 2-е изд. перераб. и доп. – М.: Медпресс-информ, 2006.

*Сидоренко Е.В.* Терапия и тренинг по Альфреду Адлеру. – СПб: Речь, 2002.

*Симонова Е.М.* Некоторые особенности психотерапии семей с химической зависимостью // Московский психотерапевтический журнал. 2001, № 3.

*Скок А.Б.* Использование биологической обратной связи для целенаправленного изменения поведения пациентов с аддиктивными расстройствами: дис. ...к. мед. н. – Новосибирск, 1999.

*Смит Э.У.* Внуки алкоголиков: проблемы взаимозависимости в семье. – М.: Просвещение, 1991.

Социально значимые заболевания населения России в 2012 году (статические материалы). – М.: ФГБУ ЦНИИИЗ МЗ РФ, 2013.

*Старович З.* Сексуальное насилие // Психология сексуальных отклонений: Хрестоматия / Сост. К.В. Селенченко – Мн.: Харвест; М.: АСТ, 2002.

*Старшенбаум Г. В.* Аддиктология: психология и психотерапия зависимостей. – М.: Когито–Центр, 2006.

*Старшенбаум Г.В.* Групповой психотерапевт: интерактивный учебник. 2-е изд. – Саратов: Вузовское образование, 2015.

*Старшенбаум Г.В.* Динамическая психиатрия и клиническая психотерапия. 2-е изд. – М.: Директ-медиа, 2012.

*Старшенбаум Г.В.* Зависимость под контролем. – Ростов н/Д: Феникс, 2016.

*Старшенбаум Г.В.* Как стать семейным психологом: интерактивный учебник. Тесты, упражнения, ролевые игры. 3-е изд. – Саратов: Вузовское образование, 2015.

*Старшенбаум Г.В.* Наш секс. – Ростов н/Д: Феникс, 2012.

*Старшенбаум Г.В.* Наша любовь. – Ростов н/Д: Феникс, 2012.

*Старшенбаум Г.В.* Переживая кризис. – Ростов н/Д: Феникс, 2012.

*Старшенбаум Г.В.* Персонология: интерактивный учебник. Тесты, упражнения, ролевые игры. 3-е изд. – Саратов: Вузовское образование, 2015.

*Старшенбаум Г.В.* Психосоматика и психотерапия: Исцеление души и тела. 5-е изд., перер. и доп. – Ростов н/Д: Феникс, 2015.

*Старшенбаум Г.В.* Психосоматика: руководство по диагностике и самопомощи. – Ростов н/Д: Феникс, 2014.

*Старшенбаум Г.В.* Психотерапия в группе. 2-е изд. – Саратов: Вузовское образование, 2015.

*Старшенбаум Г.В.* Сексуальная и семейная психотерапия. 3-е изд. – Саратов: Вузовское образование, 2015.

*Старшенбаум Г.В.* Суицидология и кризисная психотерапия. – М.: Когито-Центр, 2005.

*Старшенбаум Г.В.* Энциклопедия начинающего психолога. 4-е изд., перер. и доп. – М.: АСТ, 2016.

*Старшенбаум Г.В.* Энциклопедия начинающего психотерапевта. – М.: АСТ, 2016.

*Телепова Н.Н.* Психолого-педагогическая концепция формирования психологической устойчивости личности к аддиктивным факторам: дис. ... д. психол. н. – Н.Новгород, 2012.

*Уайнхолд Б., Уайнхолд Дж.* Освобождение от созависимости. – М.: Класс, 2002.

*Уилсон К., Голдман Э.* Дверь в прошлое. Использование психодрамы в работе со взрослыми детьми алкоголиков и другими лицами, страдающими созависимостью // Психодрама: вдохновение и техника / Под ред. П. Холмса и М. Карп. – М.: Класс, 1997. – С. 185–196.

*Франкл В.* Основы логотерапии. Психотерапия и религия. – СПб: Речь, 2000.

*Фрейд А.* Теория и практика детского психоанализа. Т. 2. – М.: Апрель-Пресс; ЭКСМО-Пресс, 1999.

*Фрейд З.* О добывании огня. – СПб: Азбука, 2012.

*Фрейдман О.Г.* Я был бы счастлив, если бы не.... Природа и причина зависимостей любого рода - и как избавиться от них навсегда. – СПб: Крылов, 2008.

*Ханзян Э. Дж.* Уязвимость сферы саморегуляции у аддиктивных больных: возможные методы лечения // Психология и лечение зависимого поведения. – М.: Класс, 2007. – С. 28–54.

*Хассен С.* Освобождение от психологического насилия. – СПб: Прайм-Еврознак, 2001.

*Хвостиков Г.С.* Особенности личностно-характерологических свойств и клинико-психопатологических нарушений у лиц с патологической зависимостью от азартной игры: дис. ...к. мед. н. – М., 2009.

*Хэттерер Л.* Аддиктивный процесс // Психологическая энциклопедия. 2-е изд. / Под ред. Р. Корсини, А. Ауэрбаха. – СПб: Питер, 2006. С. 20-21.

*Цитренбаум Ч, Кинг М., Коэн У.* Гипнотерапия вредных привычек. – М.: Класс, 1998.

*Цукерман М.* Шкала поиска ощущений // Альманах психологических тестов. – М., 1995. С. 187-189.

*Чуркин А.А., Мартюшов А.Н.* Практическое руководство по применению МКБ-10 в психиатрии и наркологии. – М.: ГНЦССП, 2010.

*Шабанов П.Д.* Наркология: руководство для врачей. 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.

*Шайдукова Л.К.* Классическая наркология (для студентов, интернов, ординаторов и врачей). Учебно-методическое пособие. – Казань, Институт истории им. Ш. Марджани АН РТ, 2008.

*Шалаева Е.В.* Групповая полимодальная психотерапия алкогольной зависимости: дисс. ...к. мед. н. – М., 2014.

*Шевченко В.А., Топорнина Н.А., Стволинская Н.С.* Генетика человека. – М.: ВЛАДОС, 2002.

*Шибко О.Л.* Диагностика ургентной аддикции // Психологический журнал, 2008, № 1.

*Шишкова А.М.* Психологические особенности матерей наркоманов с героиновой зависимостью в связи с задачами психокоррекции: дис. ... к. психол. н. – СПб, 2009.

*Шнейдер Л.Б.* Девиантное поведение детей и подростков. – М.: Академический Проект; Трикста, 2005.

*Штайнер К.* Игры, в которые играют алкоголики. – М.: Апрель-Пресс; Эксмо, 2003.

*Штайнер К.* Лечение алкоголизма. – СПб: Прайм-Еврознак, 2004.

*Шустов Д.И.* Руководство по клиническому трансактному анализу. – М.: Когито-Центр, 2009.

*Щербаков А., Власова Ю.* Заметки о тех, кто грезит // «Играть по-русски». Психодрама в России: истории, смыслы, символы (Коллективная монография)/ Сост. Е.В. Лопухина, Е.Л. Михайлова. – М.: Класс, 2003. – С. 281–300.

*Щербаков А. и др.* Игра против игры. Заметки о психодраматической работе с зависимыми от азартных игр // «Играть по-русски». Психодрама в России: истории, смыслы, символы. символы (Коллективная монография)/ Сост. Е.В. Лопухина, Е.Л. Михайлова. – М.: Класс, 2003. – С. 253–263.

*Эллис А., Драйден У.* Практика рационально-эмоциональной поведенческой терапии. 2-е изд. – СПб: Речь, 2002.

*Эфроимсон В.П.* Генетика этики и эстетики. – М.: Талисман, 1995.

- Юрєва Л. Н., Больбот Т. Ю. Компьютерная зависимость: формирование, диагностика, коррекция и профилактика: Монография. – Днепропетровск: Пороги, 2006.
- Ялом И. Экзистенциальная психотерапия. – М.: Класс, 2014.
- Янг К.С. Диагноз — Интернет-зависимость // Мир Интернет, 2000, № 2.
- Ясперс К. Общая психопатология. – М.: Практика, 1997.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5<sup>th</sup> Rev. / Ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 2013.
- Blum K. et al. Genetic Addiction Risk Score (GARS): Testing For Polygenetic Predisposition and Risk to Reward Deficiency Syndrome (RDS), Gene Therapy Applications. / Ed. Chunsheng Kang. – InTech, 2011.
- Blum K. et al. Molecular Neurobiology of Addiction Recovery. The 12 Steps Program and Fellowship. – Springer, 2013.
- Blaszczynski A. & Nower L. A pathways model of problem and pathological gambling. // Addiction, 2002, 97, 487–499.
- Baute P. When God becomes a drug: breaking the chains of religious addiction and abuse, 1993. – [www.lexpages.com/SNG/paschal/religious\\_addiction.htm](http://www.lexpages.com/SNG/paschal/religious_addiction.htm)
- Brown R.I.F. Some contributions of the study of gambling to the study of other addictions. // In W.R. Eadingtone & J.A. Cornclius, Gambling Behavior and Problem Gambling. – Reno: University of Nevada Press. 1993. – P. 241-272.
- Goldberg I. Internet addiction disorder // CyberPsychol. Behavior, 1996. Vol. 3, N 4. – P. 403-412.
- Greenfield D.M. Virtual Addiction: Help for Netheads, Cyberfreaks, and Those Who Love Them. – Oakland: New Harbinger Publ, 1999.
- Definitions Related to the Use of Opioids for the Treatment of Pain: Consensus Statement of the American Academy of Pain Medicine, the American Pain Society, and the American Society of Addiction Medicine. – American Academy of Pain Medicine, American Pain Society and American Society of Addiction Medicine, 2001.
- ICD-11 Beta Draft. – Geneva: WHO, 2015.
- Internet Addiction: Neuroscientific Approaches and Therapeutical Interventions / Ch. Montag, M. Reuter (Ed). – Springer International Publishing Switzerland, 2015.
- Lubman D., Yuel M., Pantelis C. Addiction, A Condition of Compulsive Behavior? Neuroimaging and Neuropsychological Evidence of Inhibitory Dysregulation // Addiction, 2004, 90, 1491-1502.

*Marlatt G.A., Baer J.S., Donovan D.M., Kivlahan, D.R.* Addictive behaviors: etiology and treatment // Annual Review of Psychology. 1988, 39, 223-252.

*Marks I.* Behavioral (non-chemical) addictions // British J. Addict., 1990, 85, 1389–1394.

*McCown W.G.* Nonpharmacological addictions // Family Therapy Review: Preparing for Comprehensive and Licensing Examinations / R.H. Coombs (Ed). – Mahwah, NY: Lawrence Erlbaum Associates, 2005. – P. 459-481.

*McElroy S.L., Keck P.E. Jr, Phillips K.A.* Kleptomania, compulsive buying, and binge-eating disorder. // J. Clin. Psychiatry. 1995. V. 56. Suppl. 4. – P. 14–26.

*Miller W.R., Rollnick S.* Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior. – NY.: Guilford Press, 1991.

*Pelchat M.L.* Food, craving, obsession, compulsion and addiction// Physiology and Behavior. 2002, 76, 3, 347-352.

*Ryan D., VanVonderen J.* When religion goes bad. Part 2. Religious addiction. – [http://www.spiritualabuse.com/?page\\_id=46](http://www.spiritualabuse.com/?page_id=46)

*Rosenfeld J.P.* EEG biofeedback of frontal alpha asymmetry in affective disorders// Biofeedback, 1997, 25, 1, 8-25.

*Schneider J.P., Irons R.R.* Assessment and treatment of addictive sexual disorders: relevance for chemical dependency relapse // Subst. Use Misuse. 2001 Dec. V. 36. N 13. – P. 1795-1820.

*Segal B., Korolenko C.* Addictive Disorders in Arctic Climate. – NY., London: Haworth Press, 1990.

*Southern S.* Treatment of compulsive cybersex behavior // Psychiatr Clin North Am. – 2008. – Vol. 31, № 4. – P. 697–712.

*Spinelli E.* Tales of Un-Knowing, Therapeutic Encounters from an Existential Perspective. – London: Duckworth, 1997.

*Stamm H.* Sekten. Im Bann von Sucht und Macht. Ausstiegshilfen für Betroffene und Angehörige. – Zurich: Kreuz Verlag, 1995.

*Tao R., Huang X., Wang J. et al.* Proposed diagnostic criteria for internet addiction // Addiction. 2010. – Vol. 105. – P. 556–564.

*Tassi N.* Urgency Addiction. – NY: A Signet Book, 1993.

*Tavares H. et al.* Factors at play in faster progression for female pathological gamblers: an exploratory analysis // J Clin. Psychiatry. 2003, Apr. V. 64. N 4. – P. 433-438.

The ICD-10. Classification of Mental and Behavioral Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. – Geneva: WHO, 1992-2004.



*Uexkull Th. von.* Psychosomatische Medizin, 4. Aufl. – Urban & Schwarzenberg: Munchen, 1990.

*Vanderheyden P.* Religious addiction: the subtle destruction of the soul // Pastoral psychology, 1999, 47, 4, 293-302.

*Young, K. S.* Caught in the Net: How to recognize the signs of Internet addiction and a winning strategy for recovery. – NY: John Wiley & Sons, Inc., 1998.

*Young K.S.* CBT-IA: The first treatment model to address Internet addiction // Journal of Cognitive Therapy. – 2011. – Vol. 25. – P. 304–312.

*Zimbardo P., Andersen S.* Understanding Mind Control: Exotic and Mundane Mental Manipulations. In Recovery from Cults: Help For Victims of Psychological and Spiritual Abuse. Ed. M.D. Langone. – W.W. Norton, NY, 1995.

*Zuckerman, M.* Sensation seeking and risky behavior. Washington, DC: American Psychological Association, 2007.

## **2. Глоссарий**

**Абстиненция** (лат. abstinencia – воздержание) – совокупность соматических и психических расстройств, наступающих при отмене ПАВ и прекращающихся при его введении, как при похмелье или «ломке».

**Абьюз** (англ. abuse – злоупотребление, оскорбление) – сексуальное или физическое насилие, совершенное родственником.

**Аверсивная терапия** (англ. aversion – отвращение) – выработка отрицательного рефлекса путем сочетания объекта патологического влечения с неприятными стимулами (например, алкоголя с рвотными средствами).

**Алекситимия** (греч. а – приставка, выражающая отрицание или отсутствие чего-то; lexis – слово; thymos – чувство, настроение) – неспособность осознавать и описывать эмоции, проявлять эмпатию.

**Ангедония** (греч. hedone – наслаждение) – неспособность испытывать чувственные удовольствия.

**Анозогнозия** (греч. nosos – болезнь; gnosis – знание) – отсутствие критического отношения к болезни, у аддиктов связано с защитным отрицанием.

**Архетипы** (греч. arche – начало) – первобытные представления о мужчине и женщине, отце и матери, герое и т.п., проявляющиеся в образах сновидений и фантазий.

**Ассертивный тренинг** (англ. assertive – напористый) – тренировка самоутверждающего стиля поведения в обыденных ситуациях общения.

**Булимия** (греч. bus – буйвол, вол; limos – голод) – приступы компульсивного переедания (с последующим вызыванием рвоты).

**Виктимность** (лат. victima – жертва) – предрасположенность человека становиться жертвой жестокого обращения или преступления в силу определенных черт характера: доверчивости, легкомыслия, покорности и внушаемости.

**Вуайеризм** (фр. voir – видеть) – подглядывание за раздевающимися или занимающимися сексом людьми.

**Вытеснение** – защитное удаление из сознания неприемлемого содержания и удерживание его в бессознательном.

**Гедонизм** (греч. hedone – наслаждение) – сверхценное отношение к чувственным удовольствиям.

**Гемблинг** (англ. gamble – авантюра, азартная игра) – поглощенность азартными играми.

**Гиперестезия** (греч. hyper – сверх, aesthesis – ощущение) – обостренное восприятие обычных стимулов.

**Гипертимик** (греч. thymos – чувство) – сверхактивный и гиперсексуальный человек, поверхностный и мало продуктивный.

**Гиперфагия** (греч. phag – еда) – переедание, обжорство.

**Гипомания** – психическое состояние, характеризующееся душевным подъемом, приподнятым настроением, повышенной активностью, которые в действительности не соответствуют реальным ситуациям и обстоятельства жизни человека.

**Делинквентность** (лат. delinquentia – проступок, провинность) – асоциальное поведение, не приводящее к уголовной ответственности.

**Дереализация** – чувство нереальности происходящего.

**Диссоциация** (лат. dis – разделение) – защита от внутреннего конфликта за счет утраты интегративной функции Я.

**Дистресс** (греч. dys – расстройство; англ. stress – напряжение) – эмоционально-вегетативное перенапряжение, связанное с негативным настроением и самочувствием.

**Дисфория** (греч. phero – переносу) – взрывоопасное состояние мрачной ожесточенности.

**Дисфункциональная семья** – семья, порождающая неадаптивное, деструктивное поведение одного или нескольких ее членов – в частности, зависимое.

**Дофамин** – ключевой нейромедиатор, стимулирующий в мозгу центр удовольствия. На него замыкаются многие другие нейромедиаторы.

**Злоупотребление ПАВ** – ранняя форма зависимости, когда повторный прием ПАВ приводит к явным проблемам в семье, в учебе или работе, к ситуациям физической опасности для жизни и конфликтам с законом.

**Идентификация** – защитное отождествление собственных психических качеств с таковыми у значимого другого. Например, идентификация с агрессором для защиты от своего страха перед ним.

**Импульсивное поведение** – внезапное необдуманное действие; характерно, в частности, при патологических влечениях.

**Индоктринация** – обучение кого-либо доктрине без включения критического восприятия.

**Интеллектуализация** – замена тревожного содержания переживания абстрактно-логическим.

**Интернализация, интериоризация** (лат. *internus* – внутренний) – формирование в психике индивида устойчивых образов внешних объектов; принятие чужих представлений, норм и ценностей в качестве своих).

**Интроекция** – замена отношений с внешним объектом отношениями с его представлением – интроектом. Благодаря интроекции аддикт тотально и безраздельно контролирует избранный объект в своем внутреннем мире.

**Клептомания** (греч. *klepto* – красть; *mania* – страстное влечение, сумасшествие) - компульсивные мелкие кражи.

**Кома** (греч. *koma*) – бессознательное состояние с исчезновением всех безусловных рефлексов, кроме дыхания и кровообращения.

**Компульсия** (лат. *compulsion* – принуждение) – насильственное побуждение к действию, вопреки своему разуму, чувствам и воле.

**Контрфобия** (лат. *contra* – против; *phobos* – страх) – получение удовольствия от опасной деятельности. Невыносимый страх перед этой опасностью удается блокировать с помощью защитной эйфории от переживания своего бесстрашия, обеспеченной выбросом эндорфинов.

**Копинг** (англ. *coping* – совладание) – когнитивные, эмоциональные и поведенческие стратегии, помогающие справиться с трудностями обыденной жизни.

**Лудомания** (лат. *ludus* – игра) – см. гемблинг.

**Мания** – устаревшее обозначение непреодолимых болезненных влечений (пиромания, kleptomания, эротомания и т.п.).

**Минимальная мозговая дисфункция** у детей проявляется в плохой обучаемости и гиперактивности. См. синдром дефицита удовольствия.

**Нейромедиаторы** – вырабатываемые головным мозгом вещества, передающие нервные импульсы от одной клетки мозга на другую.

**Нистагм** (греч. nystazo – сонливо клонить голову) – непроизвольные ритмичные подергивания глазных яблок.

**Обсессии** (лат. obsessio – осада) – навязчивые мысли, сомнения, воспоминания с оттенком непроизвольности и нежелательности.

**Онейроид** (греч. oneiros – сновидение) – сновидное помрачение сознания с дезориентировкой, наплывом иллюзий и видений фантастического содержания.

**Ониомания** (греч. onios – покупаемый) – компульсивные покупки.

**Оперантное обусловливание** – формирование условного рефлекса путем положительного подкрепления определенного поведения.

**Оральная стадия** (лат. or – рот) – первая фаза психосексуального развития, когда эrogenная зона грудного ребенка сосредоточена вокруг рта.

**Отмена** (случившегося) – символическое уничтожение уже сделанного. Например, проигравший деньги друга навязчиво высказывает свое сожаление по этому поводу, чтобы защититься от обвинений Суперэго в чувстве зависти к другу.

**Отреагирование** – импульсивный прорыв бессознательного конфликта в поведение без учета негативных последствий. В терапии – эмоциональная разрядка и освобождение от аффекта, связанного с воспоминанием о травмирующем событии.

**Отрицание** – игнорирование важных реальностей, например, наличия аддикции и ее опасности. К отрицанию прибегает расщепленное сознание, чтобы сохранить контроль над внутренним и внешним миром.

**Параноидно-шизоидная** позиция – страх и подозрения младенца в отношении материнской груди. Связана с врожденной завистью младенца к груди и необходимостью использовать ее для проекции собственного инстинкта смерти.

**Патогенез** (греч. pathos – страдание, genesis – происхождение) – представления о механизмах болезни.

**Патологические влечения** – расстройство контроля над побуждениями, выражающееся в неспособности противостоять *импульсивно* возникающим желаниям совершать опас-

ные для себя или окружающих действия. При удовлетворении этих желаний (к воровству, поджогу, агрессии и т.д.) возникает чувство удовольствия.

**Паттерн** (англ. pattern от лат. patronus – модель, образец для подражания, шаблон) – устойчивое, контекстно-обусловленное повторение человеком собственного поведения или мышления для достижения определенных результатов; стереотипная поведенческая реакция или последовательность действий; базовая единица бессознательного.

**Перверсия** (лат. versus – против, наоборот) – извращение, особенно половое. Связано с недифференцированным характером инфантильного сексуального поведения.

**Перенос** – перемещение чувств, испытываемых к значимой фигуре, на другого человека, и их отреагирование.

**Переходные объекты** – предметы или деятельность, которая символизируют для ребенка отсутствующую мать, пока он еще не способен интроецировать материнскую фигуру и быть себе хорошей матерью.

**Пиромания** (греч. pyr – огонь) – компульсивные поджоги.

**Поведенческая психотерапия** направлена на улучшение социального взаимодействия путем тренинга недостающих навыков, а также приучения переносить пугающие воздействия.

**Пограничное расстройство личности** отличается нестабильностью аффекта, отношений и самооценки. Характерная защита – расщепление.

**Преморбид** (лат. prae – перед; morbus – болезнь) – состояние до начала болезни.

**Привыкание** – ненаучный термин, подразумевающий психическую зависимость больного от препарата, принимаемого с целью облегчить тягостные проявления болезни.

**Примитивная идеализация** объекта зависимости заключается в том, что он занимает центральное место в жизни аддикта.

**Продром** (греч. drom – бег, течение) – предвестник, начало болезни.

**Проекция** – защитное приписывание другому собственных неприемлемых мыслей, чувств и мотивов.

**Проективная идентификация** заключается в бессознательной попытке одного человека влиять на другого таким образом, чтобы он вел себя в соответствии с бессознательной фантазией одного человека о внутреннем мире другого.

**Псевдонезависимость** – демонстрация независимости от объектов аддикции.

**Психическая зависимость** – *обсессивное* влечение к опьянению, способность к психическому комфорту в интоксикации.

**ПАВ** – психоактивное вещество, оказывающее наркотическое воздействие на организм. К ПАВ относятся наркотики и официально не причисленные к наркотикам вещества: алкоголь, никотин, кофеин, ряд средств лекарственной и бытовой химии.

**Промискуитет** (лат. promiscuous – смешанный) – беспорядочные половые связи, часто независимо от возраста и пола партнера.

**Психоорганический синдром** – выраженное снижение памяти, интеллекта и аффективного контроля.

**Расщепление**, сплиттинг (англ. splitting) – неспособность соединять хорошие и плохие качества в целостный образ; при этом один и тот же объект то идеализируют, то обесценивают и ненавидят.

**Рационализация** – сознательное обоснование своего поведения приемлемыми мотивами вместо скрытых неприемлемых.

**Реактивное образование** – замена неприемлемых мыслей и чувств на диаметрально противоположные.

**Ремиссия** (лат. remissio – ослабление, уменьшение) – временная остановка или ослабление болезненного процесса.

**Ригидный** (лат. rigidus – жесткий) – не поддающийся изменению, тугоподвижный.

**Сенестопатии** (лат. sensus – ощущение; греч. pathos – страдание) – необычные мучительные ощущения неопределенной локализации без объективно определяемых причин.

**Серотонин** – эйфоризирующий нейромедиатор, при дефиците которого развивается депрессия.

**Сверхценное увлечение** – навязчиво доминирующее в сознании отношение к объекту или виду деятельности; может переходить в компульсивное поведение (работоголизм, шопоголизм, фанатизм и др.).

**Синдром дефицита удовольствия** проявляется в постоянном чувстве скуки; источником «острых ощущений» для ребенка с этим синдромом становится гиперактивность, непослушание, лживость и агрессивность.

**Синестезия** (греч. aesthesis – ощущение, чувство) – ощущение в одном органе чувств при раздражении другого: краски звучат, звуки окрашены и т.п.

**Синтонная личность** (греч. syntonia – созвучие, согласованность) отличается эмоциональной отзывчивостью и общительностью.

**Слабодушие** – неспособность сдерживать внешние проявления эмоциональных реакций, напр., сентиментальная слезливость.

**Созависимость** – зависимость от поведения аддикта.

**Сопор** (лат. *sopor* – оцепенение, вялость) – глубокое угнетение сознания с утратой произвольной и сохранностью рефлекторной деятельности.

**Субдепрессия** – депрессия с пониженным настроением, пессимистической оценкой событий и снижением работоспособности, но без бреда и галлюцинаций.

**Сублимация** – контроль неприемлемых побуждений путем их частичного удовлетворения в социально одобряемой форме, напр., творческий запой.

**Сумеречное помрачение сознания** – приступообразно возникающее «концентрическое» сужение сознания с выраженной дезориентировкой, неукротимой яростью, направленной на узкий круг лиц, галлюцинаторно-бредовым возбуждением, бессвязной речью и последующей полной амнезией.

**Суперэго** – внутренний судья, часть психики, в которой находятся инфантильные *интроекты*, требующие подражания идеалам и угрожающие наказанием за их предательство.

**Токсикомания** – зависимость от ПАВ, официально не отнесенных к наркотикам.

**Токсические эмоции** – негативные эмоции, ставшие объектами эмоциональной зависимости: тревога за зависимого, жалость к нему, периодическое появление стыда, вины, обиды, ненависти.

**Толерантность** (лат. *tolerantia* – терпение) – максимально переносимая доза ПАВ с сохранением функционирования. Поведенческая толерантность проявляется в способности контролировать внешние признаки опьянения. Функциональная толерантность отражает биохимические нарушения и заключается в необходимости со временем повышать дозу ПАВ для достижения того же состояния опьянения.

**Тотемическое мышление** (индейское тотем – объект религиозного почитания), здесь: наделение ПАВ и врача магической силой.

**Триангуляция** (лат. *triangulum* – треугольник) легко возникает у недифференцированных личностей, которые при возникновении конфликта пытаются привлечь третье лицо для поддержки или разрядки напряжения. Третьим объектом может быть и какая-то аддиктивная деятельность, например, работоголизм.

**Ургентная аддикция** (лат. *urgent* – неотложный) – зависимость от состояния цейтнота.

**Фаллическая стадия** (греч. *phallos* – эрегированный половой член) – наступает в результате перемещения доминирующей эрогенной зоны с ануса на гениталии.

**Физическая зависимость** – компульсивное влечение к опьянению со способностью к физическому комфорту в опьянении и формированием абстинентного синдрома.

**Фрустрация** (лат. frustratio – обман, тщетное ожидание) – психологическое напряжение, переживаемое при вынужденном отказе от удовлетворения значимой потребности, крушении надежд (обида, разочарование и т.п.).

**Химическая зависимость** – психическое или соматическое состояние, являющееся следствием повторного употребления естественного или синтетического ПАВ.

**Центр удовольствия** – участок головного мозга, стимуляция которого вызывает *эйфорию*, по интенсивности близкую к оргазму.

**Шизоид** (греч. schiso – расщепляю, раскалываю) – личность с преобладающим символическим мышлением, эмоциональной отчужденностью и ранимостью.

**Шопоголизм** (англ. shopping – покупка) – см. ониомания.

**Эго – Я**, психическая инстанция, примиряющая требования реальности и собственные потребности индивида.

**Эйфория** (греч. eu – хорошо; phora – страсть, порыв) – глуповатая не заражающая веселость с замедленностью мышления.

**Эксгибиционизм** (лат. exhibitio – выставять напоказ) – неожиданная демонстрация половых органов лицам противоположного пола или в публичных местах.

**Эксплозивность** (лат. explodo – взрываться, шумно извергать) – склонность к приступам неуправляемого гнева.

**Эмоциональная зависимость** – чрезмерная фиксация на определенных видах деятельности, проявляется, в частности, азартным поведением.

**Эндогенный** (греч. endon – внутри; genesis – происхождение) – возникший вследствие внутренних причин; связанный с наследственностью, а не с внешними воздействиями.

**Эндорфины** (греч. endo – внутри; др.-греч. бог Морфей – тот, кто насыляет сны) – *нейромедиаторы*, воздействующие на опиатные рецепторы, расположенные на поверхности нервных клеток головного мозга. Эндорфины контролируют деятельность эндокринных желез, уменьшают боль и влияют на эмоциональное состояние человека.

**Энцефалопатия** (греч. encephalos – мозг; pathos – страдание) органическое поражение головного мозга с необратимыми психическими нарушениями.

### **3. Диагностические критерии**

**Диагностические критерии употребления вещества с вредными последствиями, синдрома зависимости и синдрома отмены по МКБ-10.**



***Употребление с вредными последствиями Flx.1:***

1) Отчетливое подтверждение того, что прием вещества вызывает непосредственно соматические или психические проблемы, включая ограничение мыслительных функций, поведенческие отклонения, которые могут привести к инвалидизации или снижению социального приспособления;

2) вредное последствие должно быть четко определено;

3) стереотип приема вещества сохраняется по меньшей мере в течение месяца или повторяется в течение последнего года;

4) состояние на данный момент не соответствует критериям другого психического расстройства, вызываемого этим веществом, за исключением острой интоксикации.

В течение по меньшей мере одного месяца (или, если менее месяца, то повторно в течение последнего года) в клинической картине должны быть совместно представлены три или более из приведенных ниже критериев:

1) компульсивная потребность приема вещества;

2) снижение контроля за приемом вещества (начала, окончания, дозы), характеризующееся увеличением общей дозы и/или длительности приема и безуспешными попытками или сохраняющимся желанием уменьшить потребление,

3) соматический синдром отмены (Flx.3, Flx.4) при снижении дозы или прекращении приема, смягчающийся при возобновлении приема;

4) повышение толерантности, снижение эффекта при приеме прежних доз, вызывающее необходимость повышения дозы для достижения прежнего эффекта,

5) расширение времени, затрачиваемого на добывание вещества, прием и перенесение последствий, сопровождаемое сужением здоровой социальной активности и интересов личности;

6) продолжение приема, несмотря на наличие вредных последствий (Flx.1) и знание пациента об этом вреде.

***Синдром зависимости Flx.2.*** Сочетание соматических, поведенческих и когнитивных явлений, при которых употребление вещества или класса веществ начинает занимать первое место в системе ценностей индивидуума. Основной характеристикой синдрома зависимости является потребность (часто сильная, иногда непреодолимая) принять вещество. Имеются доказательства того, что возвращение к употреблению вещества после периода воздержания приводит к более быстрому появлению признаков этого синдрома, чем у лиц, ранее не имевших синдром зависимости.

Диагноз зависимости может быть поставлен при наличии 3 или более нижеперечисленных признаков, возникавших в течение определенного времени на протяжении года:

1. Сильное желание или чувство труднопреодолимой тяги к приему вещества.
2. Сниженная способность контролировать прием вещества: его начало, окончание или дозу, о чем свидетельствует употребление вещества в больших количествах и на протяжении периода времени большего, чем намеревалось, безуспешные попытки или постоянное желание сократить или контролировать употребление вещества.
3. Состояние отмены или абстинентный синдром, возникающее, когда прием вещества уменьшается или прекращается, о чем свидетельствует комплекс расстройств, характерный для этого вещества или использование того же (или сходного вещества) с целью облегчения или предупреждения симптомов отмены.
4. Повышение толерантности к эффектам вещества, заключающееся в необходимости повышения дозы для достижения интоксикации или желаемых эффектов или в том, что хронический прием одной и той же дозы вещества приводит к явно ослабленному эффекту.
5. Поглощенность употреблением вещества, которая проявляется в том, что ради приема вещества полностью или частично отказываются от других важных альтернативных форм наслаждения и интересов, или в том, что много времени тратится на деятельность, связанную с приобретением и приемом вещества и на восстановление от его эффектов.
6. Продолжающееся употребление вещества вопреки явным признакам вредных последствий, о чем свидетельствует хроническое употребление вещества при фактическом или предполагаемом понимании природы и степени вреда.

*Начальная (первая) стадия зависимости F1x.2x1x.* Для постановки диагноза достаточно двух признаков из критериев 1, 2, 4 и 6 диагностических указаний к синдрому зависимости.

*Средняя (вторая) стадия зависимости F1x.2x2x.* Помимо тех признаков зависимости, которые указаны в F1x.2x1x, дополнительно присутствует, как минимум, один из двух оставшихся критериев 3 и 5 синдрома зависимости.

*Конечная (третья) стадия зависимости F1x.2x3x.* Помимо признаков синдрома зависимости, указанных в F1x.2, определяются признаки остаточных психических расстройств и психических расстройств с поздним дебютом F1x.7xx; повышение толерантности к веществу может сменяться тенденцией к ее снижению. Как правило, определяются стойкие соматоневрологические нарушения.

### ***Абстинентное состояние (синдром отмены) F1x.3***

Группа симптомов различного сочетания и степени тяжести, возникающих при полном прекращении приема вещества или снижении его дозы после неоднократного, обычно длительного и/или в высоких дозах употребления данного вещества. Начало и течение синдрома отмены ограничены во времени и соответствуют типу вещества и дозе, непосредственно предшествующей воздержанию. Синдром отмены может быть осложнен судорогами. Физические нарушения могут варьировать в зависимости от употребляемого вещества. Также характерны для синдрома отмены психические расстройства (например, беспокойство, депрессия, расстройства сна). Обычно пациент указывает, что синдром отмены облегчается последующим употреблением вещества.

Абстинентное состояние входит в структуру средней и конечной стадий зависимости от вещества. Многие симптомы, присутствующие в структуре данного состояния, могут также быть вызваны другими психическими нарушениями, например, тревожными состояниями и депрессивными расстройствами. Простое постинтоксикационное состояние ("похмелье") или тремор, вызванный другими причинами, не должны смешиваться с симптомами синдрома отмены.

**В DSM-V** для постановки диагноза «Связанные с веществами и аддиктивные расстройства» необходимо наличие не менее двух критериев в течение 12 месяцев.

1. Вещество часто принимается в больших количествах или в течение более длительного времени, чем предполагалось.
2. Отмечаются постоянное желание или безуспешные попытки сократить или контролировать употребление вещества.
3. Значительно увеличивается количество времени, которое тратится на поиск, употребление вещества и преодоление последствий интоксикации.
4. Неодолимое влечение к употреблению вещества.
5. Повторные употребления веществ, приводящие к утрате способности выполнять основные обязательства на работе, по месту учебы и в семье (прогулы, ухудшение качества работы и снижение успеваемости).
6. Продолжение использования вещества, несмотря на постоянные или периодически возникающие социальные или межличностные проблемы, вызванные или усугубляемые эффектами употребляемой субстанции (семейные конфликты, ссоры с окружающими и пр.).

7. Вследствие употребления веществ прекращаются или заметно сокращаются важные проявления социальной, профессиональной и досуговой активности.

8. Повторные использования вещества в ситуациях, связанных с физической опасностью (например, при управлении автомобилем, отдыха на воде и т. п.)

9. Употребление веществ продолжается, несмотря на знание о постоянных или периодических проблемах с физическим или психическим здоровьем, вызываемых или усугубляемых приемом вещества.

10. Признаки толерантности, определяемые любым из следующих феноменов: а) необходимость заметного увеличения количества вещества для достижения интоксикации или желаемого эффекта; б) заметное снижение эффекта при продолжении использования того же количества вещества (не относится к случаям приема лекарств под врачебным наблюдением).

11. Наличие синдрома отмены, проявляющегося одним из следующих феноменов: а) появление физических симптомов при снижении дозы или отмены вещества; б) употребление вещества для облегчения или избегания симптомов отмены (не относится к случаям приема лекарств под врачебным наблюдением).

Первые четыре критерия отражают утрату контроля над потреблением, критерии 5, 6 и 7 – социальные последствия употребления, критерии 8 и 9 характеризуют риски этого употребления. Критерии 10 и 11 отражают физическую зависимость, их наличие не распространяется на тех, кто принимает лекарство под контролем врача – например, при заместительной терапии агонистами опиоидной зависимости.

Выраженность расстройств определяется количеством критериев: наличие единственного критерия не предполагает диагноза; 2-3 критерия соответствуют слабо выраженному расстройству; 4-5 – умеренному; 6 и более – тяжелому. Причем даже слабо выраженное расстройство может быть диагностировано только при таком состоянии пациента, которое требует лечения.

Выделяются ранняя и стойкая ремиссия. Ранняя ремиссия не допускает ни одного критерия расстройства, кроме аддиктивного влечения, в течение, по меньшей мере, 3 месяцев, стойкой ремиссией называется воздержание более 12 месяцев. Ремиссией состояние считается и в том случае, когда бесконтрольное употребление нелегального наркотика заменяется контролируемым употреблением легального.

В МКБ-10 выделяются следующие психические и поведенческие расстройства, возникающие в результате употребления **алкоголя**.

*Синдром зависимости от алкоголя* (F10.2) (А-зависимость) диагностируется при наличии либо возрастающей толерантности, либо абстинентного синдрома. *Алкогольный абстинентный (похмельный) синдром* (ААС) развивается после резкого прекращения алкоголизации и включает в себя тревогу, диффузный страх, выраженное снижение настроения, дисфорию, суицидальные тенденции, идеи виновности, выраженную бессонницу, гипнагогические галлюцинации, слуховые и зрительные иллюзии.

Для диагностики синдрома *отмены* (F10.3) должно наблюдаться не менее трех из следующих признаков: 1) тремор пальцев вытянутых вперед рук, кончика языка или век; 2) потливость; 3) тошнота, рвота; 4) учащенное сердцебиение или гипертония; 5) психомоторное возбуждение; 6) головная боль; 7) бессонница; 8) недомогание, слабость; 9) преходящие зрительные, осязательные и слуховые галлюцинации или иллюзии; 10) судорожные припадки с потерей сознания.

Диагностические критерии **острой интоксикации опиоидами** (F11.0) по МКБ-10: апатия и безразличие; расторможенность; психомоторная заторможенность; нарушения внимания; нарушения суждений; нарушения социального функционирования. Могут присутствовать признаки из числа следующих: сонливость; смазанная речь; сужение зрачков (или расширение при тяжелой передозировке); угнетение сознания (например, сопор, кома). При тяжелой острой интоксикации могут наблюдаться угнетение дыхания, гипотензия (понижение АД) и гипотермия.

*Синдром отмены опиоидов* диагностируется при наличии не менее трех из следующих признаков: 1) стремление к возобновлению приема ПАВ; 2) насморк или чихание; 3) потливость; 4) тошнота, рвота; 5) учащенное сердцебиение или повышенное артериальное давление; 6) психомоторное беспокойство; 7) головная боль; 8) бессонница; 9) общее недомогание, слабость; 10) преходящие зрительные, осязательные или слуховые галлюцинации или иллюзии и 11) судорожный припадок с потерей сознания.

Диагностические критерии **острой никотиновой интоксикации** (F17): лабильность настроения; нарушения сна. Защитными реакциями на никотиновое отравление являются сухость и першение в горле, кашель, головокружение, головная боль, слюнотечение, тошнота и рвота, боли в животе и понос. Исчезновение этих реакций свидетельствует о сформировавшейся никотиномании.

**Синдром отмены табака:** сильное желание употребить табак (или другие содержащие никотин средства); чувство недомогания или слабость; дисфория; раздражительность или беспокойство; бессонница; повышенный аппетит; сильный кашель; затруднения концентрации внимания.

Диагноз **абстинентного синдрома** ставится при наличии не менее двух из следующих признаков: а) тяга к употреблению табака, б) недомогание, слабость, в) тревога, г) дисфория, д) раздражительность или беспокойство, е) бессонница, ж) повышенный аппетит, з) кашель, и) изъязвление слизистой полости рта и к) снижение концентрации.

Диагностические критерии **табачной зависимости** по DSM-5:

А. проблематичный паттерн употребления табака приводит к клинически выраженному ухудшению или дистрессу, что проявляется, по крайней мере двумя из следующих признаков в течение 12-месячного периода:

1. Табак часто употребляется в больших количествах или в течение более длительного периода, чем предполагалось.
2. Существует стойкое желание или безуспешные попытки сократить или контролировать употребление табака.
3. Много времени тратится на то, чтобы приобрести или использовать табак.
4. Имеется тяга, или сильное желание или побуждение использовать табак.
5. В результате повторяющегося потребления табака не выполняются основные обязательства на работе, в школе или дома (например, курение мешает работе).
6. Продолжение потребления табака, несмотря на постоянные или периодические социальные или межличностные проблемы, вызванные или усугубленные последствиями табака (например, споры с другими из-за использования табака).
7. Важные социальные, профессиональные, или досуговые интересы оставлены или уменьшены из-за употребления табака.
8. Периодическое курение в ситуациях, когда это представляет опасность (например, курение в постели).
9. Употребление табака продолжается, несмотря на знание о постоянных или периодических физических или психологических проблемах, которые, скорее всего, были вызваны или усугубляются табаком.
10. Толерантность, проявляющаяся одним из следующих признаков:
  - а) необходимость заметно повышать количество табака для достижения желаемого эффекта;

б) заметное уменьшение эффекта при длительном использовании одного и того же количества табака.

11. Состояние отмены, что проявляется одним из следующих действий:

а) синдром отмены табака (см. критерии А и В, установленные для синдрома отмены табака);

б) табак (или родственное вещество, такое как никотин) берется, чтобы облегчить или предотвратить абстиненцию.

Степень тяжести: мягкая - наличие 2-3 признаков; умеренная - наличие 4-5 признаков; тяжелая: наличие 6 или более симптомов.

Диагностические критерии синдрома отмены по DSM-5:

А. Ежедневное применение табака, в течение, по крайней мере, нескольких недель.

Б. Резкое прекращение употребления табака, или уменьшение размеров потребления табака, с развитием затем в течение 24 часов четырех или более из следующих признаков или симптомов: 1) раздражительность, недовольство или гнев; 2) тревога; 3) трудность концентрации; 4) повышенный аппетит; 5) беспокойство; 6) подавленное настроение; 7) бессонница.

В. Признаки или симптомы критерия Б вызывают клинически выраженный дистресс или ухудшение функционирования в социальной, профессиональной или других важных сферах.

Г. Признаки или симптомы не соответствуют другим медицинским нарушениям и не лучше объясняются другим психическим расстройством, в том числе интоксикацией или отменой другого вещества.

**Диагностические критерии острой интоксикации, вызванной употреблением кокаина (F14.0):** эйфория и ощущение повышенной энергичности (прилива энергии); повышение уровня бодрствования ("сверхбодрствование"); переоценка собственной личности; грубость или агрессивность; склонность к спору; лабильность настроения; стереотипные действия; слуховые, зрительные или тактильные иллюзии; галлюцинации, обычно с сохранностью ориентировки; параноидная настроенность; психомоторное возбуждение (иногда заторможенность); нарушения социального функционирования от чрезмерной общительности до социальной отгороженности. Могут быть: учащенное (иногда – замедленное) сердцебиение; сердечная аритмия; артериальная гипертензия (иногда гипотония); потливость и озноб; тошнота или рвота; расширение зрачков; мышечная слабость; боли в груди; судороги.

**Синдром отмены кокаина** диагностируется на основании наличия аффективных нарушений (например, подавленности или агедонии), а также не менее двух из следующих симптомов: а) чувство повышенной утомляемости, б) психомоторная заторможенность или беспокойство, в) тяга к кокаину, г) повышенный аппетит, д) бессонница или повышенная сонливость и е) причудливые или неприятные сны.

**Диагностические критерии острой интоксикации кофеином по DSM-5:**

А. Недавнее потребление кофеина (как правило, в дозе более 250 мг).

Б. Пять (или более) из следующих признаков или симптомов, развившихся во время или вскоре после использования кофеина: 1) беспокойство, 2) нервозность, 3) волнение, 4) бессонница, 5) покраснение лица, 6) учащенное мочеиспускание, 7) желудочно-кишечные нарушения, 8) мышечные подергивания, 9) бессвязный поток мыслей и речи, 10) учащенное сердцебиение или сердечная аритмия, 11) периоды неистощимости, 12) психомоторное возбуждение.

В. Признаков или симптомы критериев Б вызывают клинически выраженный дистресс или ухудшение в социальной, профессиональной или других важных областях функционирования.

Г. Признаки или симптомы не связаны с другим заболеванием и не лучше объясняются другим психическим расстройством, в том числе интоксикации другим веществом.

**Синдром отмены кофеина по DSM-5:**

А. Длительное ежедневное использование кофеина.

Б. Резкое прекращение или сокращение использования кофеина с последующим появлением в течение 24 часов трех (или больше) следующих признаков или симптомов: 1) головная боль; 2) заметная усталость или сонливость, 3) дисфория, подавленность или раздражительность; 4) нарушение концентрации внимания; 5) гриппоподобные проявления (тошнота, рвота, мышечные боли или скованность).

В. Признаки или симптомы критериев Б вызывают клинически выраженный дистресс или ухудшение в социальной, профессиональной или других важных областях функционирования.

Г. Признаки или симптомы не связаны с физиологическими последствиями другой болезни (например, мигрени или вирусной инфекции) и не лучше объясняются другим психическим расстройством, в том числе интоксикацией или отменой приема другого вещества.

**Диагностические критерии интоксикации амфетамином:**



А. Недавнее употребление амфетамина или родственного вещества (например, метилфенидата).

Б. Клинически значимые, неадекватные изменения психики и поведения (например, эйфория или эмоциональное уплощение, изменения в общении, повышенная настороженность и обидчивость; страх, напряженность или агрессивность; стереотипное поведение; сниженная способность рассуждать или существенное ухудшение социальное и профессиональное функционирование), появляющиеся во время или сразу после потребления амфетамина или родственных ему веществ.

В. Наличие по крайней мере двух из следующих симптомов, появляющихся во время или сразу после приема амфетамина или родственных веществ: 1) учащение или урежение сердцебиения, боли в груди или сердечная аритмия; 2) пониженное или повышенное артериальное давление, угнетение дыхания; 3) потливость или озноб; 4) тошнота или рвота, признаки потери массы тела; 5) бессвязность мыслей; 6) расширение зрачков; 7) психомоторное возбуждение или заторможенность, мышечная слабость, судороги или кома.

**Диагностические критерии острой интоксикации, вызванной употреблением галлюциногенов (F16.0):** тревога и боязливость; слуховые, зрительные или тактильные иллюзии и/или галлюцинации, возникающие в состоянии бодрствования; деперсонализация; дереализация; параноидная настроенность; идеи отношения; лабильность настроения; импульсивные поступки; гиперактивность; нарушения внимания; нарушения социального функционирования. Могут быть: учащенное сердцебиение; потливость и озноб; тремор; расширение зрачков; нарушения координации; снижение остроты зрения.

**Диагностические критерии острой интоксикации, вызванной употреблением каннабионидов (F12.0):** эйфория и расторможенность; тревога или агитация (двигательное возбуждение); подозрительность (параноидная настроенность); чувство замедления времени и/или переживание быстрого течения мыслей; нарушения суждений; нарушения внимания; изменение скорости реакций; слуховые, зрительные или тактильные иллюзии; галлюцинации с сохранностью ориентировки; деперсонализация; дереализация; нарушения социального функционирования. Может наблюдаться повышение аппетита, сухость во рту; инъектированность склер.

Диагностические критерии синдрома *отмены каннабионидов* по DSM-V:

А. Прекращение длительного приема каннабиса в большой дозе (обычно ежедневно или почти ежедневно на протяжении нескольких месяцев).

Б. Три или более следующих признаков, развившихся примерно в течение 1 недели после критерия А: 1) раздражительность, злость или агрессия; 2) нервозность или беспокойство; 3) нарушения сна (например бессонница, беспокойный сон); 4) снижение аппетита или потеря веса; 5) нетерпеливость; 6) подавленное настроение; 7) хотя бы один из следующих физических симптомов, вызывающих заметный дискомфорт: боли в животе или головная боль, тремор, пот, жар, озноб.

В. Признаки или симптомы из критерия Б вызывают клинически заметный дистресс или затруднения в социальной, профессиональной или другой важной сфере жизни.

Г. Признаки или симптомы не обусловлены другим медицинским состоянием и не могут быть лучше объяснены другим психическим расстройством, включая интоксикацию или отмену другого вещества.

**Диагностические критерии острой интоксикации фенциклидином по DSM-5:**

А. Недавнее использование фенциклидина или его аналога.

Б. Клинически выраженные поведенческие изменения (например, враждебность, агрессивность, импульсивность, непредсказуемость, психомоторное возбуждение, нарушение суждений), развившиеся во время или вскоре после использования фенциклидина.

В. В течение 1 часа появление двух (или более) следующих признаков или симптомов: 1) вертикальный или горизонтальный нистагм, 2) гипертония или учащенное сердцебиение, 3) онемение или уменьшение чувствительность к боли, 4) нарушение координации движений, 5) нарушение произнесения слов, 6) мышечная скованность, 7) судороги или кома, 8) повышенная чувствительность к звукам.

Г. Признаки или симптомы не связаны с другим заболеванием и не лучше объясняются другим психическим расстройством, в том числе опьянением другим веществом.

**Диагностические критерии острой интоксикации, вызванной употреблением летучих растворителей (F18.0):** апатия и глубокий, близкий к летаргическому, сон; грубость или агрессивность; лабильность настроения; нарушения суждений; нарушения внимания и памяти; психомоторная заторможенность; нарушения социального функционирования.

Могут быть: шаткость походки; нарушения статики и координации движений; смазанная речь; нистагм; угнетенность сознания (например, сопор, кома); мышечная слабость; нечеткость зрения или двоение в глазах. В тяжелых случаях острая интоксикация летучими растворителями может сопровождаться гипотензией, гипотермией и угнетением глотательного рефлекса.

Для диагностики **поведенческих (нехимических) зависимостей** предложены следующие критерии (Marks, 1990):

- Побуждение (тяга) к контрпродуктивной поведенческой деятельности;
- Нарастающее напряжение, пока деятельность не будет завершена.
- Завершение данной деятельности немедленно, но ненадолго снимает напряжение.
- Повторная тяга и напряжение через часы, дни или недели (аналогично абстиненции).
- Внешние проявления уникальны для данной формы аддикции.
- Последующее существование определяется внешними и внутренними проявлениями (дисфория, тоска).
- Гедонистический оттенок на ранних стадиях аддикции.

По МКБ-11 расстройство «Неумеренное потребление пищи» характеризуется частыми, повторяющимися эпизодами обжорства (например, один раз в неделю или более в течение нескольких месяцев). Во время эпизода переедания человек испытывает субъективную потерю контроля над процессом еды, ест заметно большее или иначе, чем обычно, и чувствует себя не в состоянии прекратить есть или ограничить тип или количество съеденной пищи. Обжорство переживается как очень тяжелый дистресс, и часто сопровождается негативными эмоциями, такими как чувство вины или отвращения. Однако, в отличие от нервной булимии, эпизоды обжорства не сопровождаются регулярным компенсаторным поведением, направленным на предотвращение увеличения веса (например, самопроизвольной рвотой, применением слабительных или клизм, напряженными тренировками).

#### **Диагностические критерии переедания по DSM-5:**

А. Периодические эпизоды переедания. Эпизод обжорства характеризуется двумя признаками:

1. Поедание за короткое время (например, в любой 2-часовой период), количества продуктов питания, которые, безусловно, больше того, что большинство людей едят за это время в подобных обстоятельствах.

2. Потеря контроля над пищевым поведением в течение эпизода (например, человек не может перестать есть или контролировать то, что и сколько он ест).

Б. Эпизоды обжорства, характеризующиеся тремя (или более) признаками из следующих:

1. Значительно более поспешное принятие пищи, чем обычно.
2. Продолжение еды до появления неприятного чувства пресыщения.

3. Поглощение больших количеств пищи без чувства голода.
4. Принятие пищи в одиночестве из-за чувства стыда за свое пищевое поведение.
5. Чувство отвращения к самому себе, подавленности или угрызений совести после эпизода.

В. Ярко выраженная тяжесть страдания из-за приступов обжорства.

Г. Переедание происходит, в среднем, по крайней мере, один раз в неделю на протяжении 3 месяцев.

Д. После эпизодов переедания компенсаторные меры по установлению контроля над массой тела (например, за счет рвоты) следуют нерегулярно. Отсутствуют признаки нервной анорексии и нервной булимии.

Легкой формой расстройства считается 1-3 эпизода обжорства в неделю, умеренной – 4-7 эпизодов в неделю, тяжелой – 8-13 эпизодов в неделю, экстремальной – 14 или больше эпизодов в неделю.

**Тратоголизм** диагностируется при наличии хотя бы одного из следующих признаков (McElroy et al., 1995):

1. Часто возникает озабоченность покупками или внезапные порывы что-либо купить, ощущаемые как непреодолимые, навязчивые и/или бессмысленные.
2. Регулярно совершаются покупки не по средствам, часто покупаются ненужные вещи, или хождение по магазинам занимает значительно больше времени, чем изначально планировалось.
3. Озабоченность покупками, внезапные порывы купить или связанные с этим особенности поведения сопровождаются ярко выраженным дистрессом (деструктивный стресс с наибольшей степенью выраженности), неадекватной тратой времени, становятся серьезной помехой как в повседневной жизни, так и в профессиональной сфере, или влекут за собой финансовые проблемы (напр., долги или разорение).
4. Чрезмерное увлечение покупками или хождением по магазинам необязательно проявляется в периоды гипомании или мании.

#### **Диагностические критерии патологического накопительства по DSM-5:**

А. Стойкие трудности утилизации или расставания с имуществом, независимо от его реальной стоимости.

Б. Эта трудность связана с возникшей необходимостью спасти предметы от выбрасывания и страданиями по поводу их выбрасывания.

В. Трудности выбрасывания вещей, приводящие к их накоплению, которое переполняет и загромождает жилое пространство и существенно ухудшает его прямое использование. Освобождение жилых помещений возможно только благодаря вмешательству третьих лиц (например, членов семьи, уборщиков, органов власти).

Г. Накопительство вызывает клинически значимый дистресс или ухудшение в социальных, профессиональных, или других важных областях функционирования (в том числе в поддержании безопасных условий для себя и других).

Д. Накопительство не является проявлением органического расстройства (например, черепно-мозговой травмы или церебрального атеросклероза).

Е. Накопительство не лучше объясняется симптомами другого психического расстройства (например, навязчивостями при обсессивно-компульсивном расстройстве, уменьшением энергии при большом депрессивном расстройстве, бредом при шизофрении или другом психотическом расстройстве, когнитивным дефицитом при большом нейрокогнитивном расстройстве, ограничением интересов при расстройствах аутистического спектра).

**Диагноз клептомании F63.2** ставится при соответствии следующим критериям: 1) не менее двух случаев воровства без мотивов обогатить себя или кого-то другого; 2) внутренний импульс украсть интенсивен, сопровождается напряжением перед эпизодом и облегчением после него.

Патологическое воровство надо отличать от:

а) повторяющегося воровства в магазинах без явного психического расстройства, когда эти поступки более тщательно спланированы и имеется отчетливая мотивация, связанная с личной выгодой;

б) органического психического расстройства (F00 - F09), когда больной периодически не платит за товары из-за плохой памяти и интеллектуального снижения;

в) депрессивного расстройства с воровством (F30 - F33); некоторые депрессивные больные совершают кражи и могут совершать их неоднократно пока сохраняется депрессивное расстройство.

**Основными диагностическими признаками пиромании F63.1 являются:**

а) повторные поджоги без очевидных мотивов, таких как получение денег, месть или политический экстремизм;

б) повышенный интерес к виду огня;

в) чувство возрастающего напряжения перед поджогом и экзальтированное состояние сразу же после него.

Пироманию следует отличать от:

а) намеренного поджигательства при отсутствии отчетливого психического расстройства (в этих случаях есть очевидный мотив) (Z03.2);

б) поджигательство подростками с нарушением поведения (F91.1), когда имеются другие нарушения поведения, такие как кражи агрессия, прогулы;

в) поджигательства взрослыми с социопатическими личностными нарушениями (F60.2х), где имеются стойкие нарушения социального поведения, такие как агрессия или другие проявления равнодушия к интересам и чувствам других людей);

г) поджогов при шизофрении (F20.-), когда они обычно имеют место в результате бредовых идей или приказов "голосов";

д) поджогов при органических психических расстройствах (F00 - F09), когда они начинаются внезапно как результат спутанности, плохой памяти, недостаточного осознания последствий или комбинации этих факторов.

**Диагностические критерии перемежающегося взрывчатого расстройства F63.81 по МКБ-11:**

А. Периодические поведенческие вспышки, отражающие неспособность контролировать агрессивные импульсы, что проявляется в одном из следующих:

1. вербальная агрессия (например, истерики, тирады, словесные аргументы или возражения) или физическая агрессия по отношению к собственности, животным или людям, происходящая два раза еженедельно, в среднем в течение 3 месяцев. Физическая агрессия не приводит к повреждению или уничтожению имущества, к травмам животных или людей.

2. Три поведенческие вспышки с повреждением или уничтожением имущества и / или физическим насилием с физическими травмами животных или людей, происходящие в течение 12-месячного периода.

Б. Степень агрессивности, выраженной в ходе периодических вспышек, резко не пропорциональна провокации или вызывающим психосоциальным стрессорам.

В. текущие агрессивные вспышки не преднамеренны (т.е. импульсивны и вызваны гневом) и не имеют определенной цели (например, деньги, власть, запугивание).

Г. Регулярные вспышки агрессии или причиняют личности заметный дистресс, или ухудшают профессиональное или межличностное функционирование, или имеют финансовые или правовые последствия.

Д. Хронологический возраст индивида не менее 6 лет (или достигнут эквивалентный уровень развития).

Е. Регулярные вспышки агрессии не лучше объясняются другим психическим расстройством (например, большое депрессивное расстройство, биполярное расстройство, разрушительное нарушение регуляции настроения, психотическое расстройство, антисоциальное расстройство личности, пограничное расстройство) и не относится к другим медицинским состояниям (например, травма головы, болезнь Альцгеймера) или физиологическим эффектам вещества (например, наркотика или лекарства). Под этот диагноз не должно подпадать агрессивное поведение, наблюдающееся в рамках расстройства адаптации у детей и подростков в возрасте 6-18 лет.

**Диагностические критерии патологического гемблинга F63.0 по МКБ-10 :**

- 1) повторные (два и более) эпизоды азартных игр на протяжении не менее года;
- 2) эти эпизоды возобновляются, несмотря на отсутствие материальной выгоды, субъективное страдание и нарушения социальной и профессиональной адаптации;
- 3) невозможность контролировать интенсивное влечение к игре, прервать ее волевым усилием;
- 4) постоянная фиксация мыслей и представлений на азартной игре и всем, что с ней связано.

Гемблинг F63.0 отличается от азартных игр антисоциальных личностей (F60.2x). Последние обнаруживают более широкое стойкое нарушение социального поведения, проявляющееся в агрессивных поступках, в которых они обнаруживают свое равнодушие к благополучию и чувствам окружающих.

Гемблинг может напоминать компульсивное поведение в рамках обсессивно-компульсивного расстройства F42, но гемблер играет ради азарта и если борется с искушением, то только из-за его вредных последствий.

Человек может часто играть в азартные игры ради удовольствия или денег и при этом способен остановиться, когда сталкивается с большими потерями или другими неблагоприятными последствиями игры. Такое поведение квалифицируется не как психическое расстройство, а как «Склонность к азартным играм и заключению пари» — в соответствии с рубрикой «Проблемы, связанные с образом жизни» (Problems relating to lifestyle Z72).

По МКБ-11 гемблинг характеризуется упорным и рецидивирующим позывом (drive) или побуждением (urge) играть и неспособностью контролировать игорное поведение, о чем свидетельствует стойкая и рецидивирующая проблемная азартная игра и другие показатели, такие как поглощенность азартными играми, увеличивая приоритетность азартных игр на другие виды деятельности, и продолжение играть в азартные игры, несмотря на негативные последствия (например, долговые обязательства, ущерб или потери важных отношений, потеря работы). Неспособность контролировать игорное поведение вызывает существенный дистресс или значительное ухудшение в личных, семейных, социальных, образовательных, профессиональных, или других важных областях функционирования. Для того, чтобы быть поставлен диагноз, неспособность контролировать игорное поведение должна быть очевидна в течение, по крайней мере, нескольких месяцев.

Для диагностики гемблинга в DSM-5 требуется наличия как минимум 4 из 9 представленных ниже критериев на протяжении 12 месяцев:

1. Необходимость игры с нарастающими ставками для получения острых ощущений.
2. Беспокойство и раздражительность при попытках ограничить или прекратить игру.
3. Повторные безуспешные попытки контролировать игорное поведение.
4. Охваченность игровой активностью (например, постоянное возвращение в мыслях к прошлому опыту игры, предвкушение и готовность к реализации очередной возможности игры, обдумывание способа достать денежные средства для игры).
5. Частое обращение к игре в связи с дистрессом (например, в связи с ощущением беспомощности, чувством вины, тревоги, депрессии).
6. Частое возвращение к игре на следующий день, чтобы отыграться.
7. Обман с целью скрыть масштабы вовлеченности в игру.
8. Угроза потери или утрата важных личных отношений, образовательных или карьерных возможностей из-за игры.
9. Втягивание других в свои финансовые проблемы, вызванные проигрыванием средств.

Игорное поведение не лучше объясняется маниакальным эпизодом.

Тяжесть проявлений: Легкая: наблюдаются критерии 4-5 . Умеренная: наблюдаются критерии 6-7 . Тяжелая: наблюдаются критерии 8-9 . Эпизодические проявления: симптомы стихают между периодами игорного расстройства, по крайней мере на несколько месяцев. Стойкие проявления: непрерывно наблюдаются симптомы, удовлетворяющие диагностическим критериям на протяжении нескольких лет.



**Компульсивное сексуальное поведение по МКБ-11** характеризуется стойкими и повторяющимися сексуальными импульсами или побуждениями, которые испытываются как непреодолимые или неуправляемые, что приводит к такому повторяющемуся сексуальному поведению, когда сексуальная активность становится главной в жизни человека, без учета здоровья и личной гигиены или других интересов, с безуспешными попытками контролировать или уменьшить сексуальное поведение, или продолжением компульсивного сексуального поведения, несмотря на неблагоприятные последствия (например, нарушения отношений, профессиональных последствий, отрицательное влияние на здоровье).

В соответствии с рекомендациями Национального совета США по сексуальной зависимости и компульсивности (The National Council on Sexual Addiction and Compulsivity - NCSAC) диагноз сексуальной аддикции ставится при наличии трех обязательных симптомов:

- 1) Аддикт испытывает неконтролируемое половое возбуждение. Несмотря на сильное желание избежать аддиктивного сексуального поведения, сопротивляться соответствующим импульсам не удается.
- 2) Аддикт испытывает выраженную тревогу, его внимание полностью сосредоточено на сексуальных желаниях и он полон решимости удовлетворить их.
- 3) Половая активность становится единственным способом ослабить напряжение. Только после удовлетворения аддиктивной потребности удается вернуться в обычное состояние.

Для постановки диагноза требуется также присутствие не менее пяти из восьми следующих особенностей:

1. Все помыслы аддикта заняты сексом и всем, что как-то связано с сексом.
2. Аддикт постоянно сексуально озабочен, он или занят половой активностью, или готовится к ней.
3. Аддикт безуспешно пытается контролировать себя и ослаблять сексуальные побуждения, прибегая к техникам самопомощи.
4. Секс имеет место чаще и занимает больше времени, чем это принято.
5. Аддикт жертвует важными социальными, деловыми и семейными обязанностями ради секса.

6. Аддиктивное поведение продолжается, несмотря на понимание человеком его негативных социальных, экономических, психологических и физиологических последствий.
7. Из-за повышения толерантности для достижения сексуальной разрядки аддикту приходится усиливать свою половую активность.
8. Наблюдаются симптомы раздражительности или беспокойства.

Человек зависит от киберсекса, если он:

- уделяет ему более 15 часов в неделю; впадает в своего рода онлайн-транс и не замечает, как проходят часы; обнаруживает, что время, которое он проводит в сети, не дает ему заниматься другими делами; ведет сексуальную жизнь в Интернете, находясь на работе;

- легче достигает оргазма, занимаясь киберсексом, чем во время секса с реальным партнером; заводит в сексуальных чатах друзей, которые становятся важнее семьи и друзей из реальной жизни; сделал киберсекс основной формой сексуального удовлетворения, проводя меньше времени со своим сексуальным партнером в реальной жизни;

- во время занятий сексом в реальной жизни представляет людей, которых видел на порнографических сайтах или тех, с кем занимался киберсексом; постоянно ищет в Интернете новые сексуальные стимулы для того, чтобы достичь прежнего уровня сексуального удовлетворения;

- испытывает чувство стыда или вины после занятий киберсексом; боится, что кто-то может застать его в это время; испытывает стыд при мысли, что любимый человек может узнать о том, как он пользуется Интернетом; скрывает сексуальную активность в Интернете от членов своей семьи; часто стирает журнал посещаемых порносайтов;

- с нетерпением ждет момента, когда займется сексом в Интернете, и испытывает раздражение и тревогу, когда не может выйти в сеть в намеченное время; тратит много денег, чтобы получить доступ к платным порнографическим сайтам; предпринимает безуспешные попытки прекратить любые сексуальные действия в Интернете, например, удаляя ссылки на порнографические сайты.

**Специфическими для садомазохизма F65.5 являются следующие диагностические категории:** 1) предпочтение сексуальных действий в активном (садизм) или пассивном (мазохизм) качестве, или в обоих. Действия имеют по меньшей мере одну из следующих характеристик — а) боль, б) унижение, в) подчинение; 2) садомазохистские действия яв-

ляются важнейшим источником сексуального возбуждения или необходимы для сексуального удовлетворения.

**Избегающее-ограничительное расстройство приема пищи** (Avoidant-restrictive food intake disorder - ARFID) F50.8 включено в МКБ-11 в раздел «Расстройства, связанные с едой и питанием». Данное расстройство характеризуется употреблением недостаточного количества еды или ее разнообразия для достаточного удовлетворения потребности в калориях или сбалансированном рационе. Паттерн ограниченного питания вызывает значительную потерю веса или иным образом негативно влияет на здоровье человека или приводит к значительному функциональному нарушению.

В DSM-5 ARFID диагностируется на основании следующих критериев:

А. Нарушение процесса еды или питания (например, явное отсутствие интереса к еде или продуктам питания; избегание продуктов питания на основе сенсорных характеристик; опасения плохих последствий еды), что проявляется стойким неудовлетворением потребности в пище и / или в энергии, связанном с одним или более из следующих признаков:

1. Значительная потеря веса (или неспособность достичь ожидаемого увеличения веса или задержка роста у детей).
2. Значительный пищевой дефицит.
3. Зависимость от питания через зонд или пищевых добавок.
4. Выраженное нарушение психосоциального функционирования.

Б. Расстройство не лучше объясняется отсутствием доступной пищи или соблюдением традиций, санкционированных культурой.

В. Нарушение питания не возникает в рамках анорексии, булимии или дисморфофобии.

Г. Расстройство не относится к текущему медицинскому состоянию или не лучше объясняется другим психическим расстройством.

Ограничение питания и снижение массы тела является основной особенностью нервной анорексии. Тем не менее, у лиц с нервной анорексией наблюдается также страх набрать вес или стать тучным или постоянное поведение, которое мешает набрать вес, а также специфические нарушения восприятия и оценки веса и формы своего тела. Эти особенности не представлены в ARFID. В некоторых случаях ARFID может предшествовать началу анорексии. Лица с обсессивно-компульсивным расстройством могут проявлять симптомы ARFID вследствие опасений, связанных с едой или ритуальным пищевым поведением.

**Признаки аддикции упражнений (Veale, 1987, 1995):**

- Толерантность – потребность во все увеличивающемся количестве тренировок для достижения желаемого эффекта или ослабление эффекта прежнего объема тренировок.
- Симптомы отмены (тревога, усталость, депрессия, чувство вины и дискомфорта, напряженность и беспокойство), для устранения которых требуется привычный (или даже больший) объем физической нагрузки.
- Эффекты намерения – когда человек выполняет более интенсивную или длительную физическую нагрузку, чем намеревался.
- Потеря контроля – настойчивое желание или неудачные попытки снизить объем тренировок или взять их под контроль.
- Время – огромное количество времени тратится на деятельность, необходимую для получения физической нагрузки.
- Конфликт – сокращение важной деятельности, направленной на общение, работу или отдых, потому что она препятствует запланированному объему тренировок.
- Продолжительность – тренировки продолжаются, несмотря на знание о существовании физических или психологических проблем, которые были вызваны этими тренировками или усугублены ими.

#### **Признаки перетренированности (Мандель, 2015):**

- снижение активности, быстрая утомляемость;
- расстройство координации;
- требуется больше времени для восстановления сил;
- учащенное сердцебиение по утрам;
- повышенное давление в состоянии покоя;
- головная боль;
- потеря аппетита;
- боль в мышцах;
- желудочно-кишечные расстройства;
- ослабление иммунной системы;
- увеличение числа травм костно-мышечной системы;
- нарушения сна, бессонница;
- раздражительность или апатия;
- пониженная самооценка.

**Имитируемое расстройство (Factitious disorders), синдром Мюнхгаузена F68.1** в МКБ-11 описывается как поведение, связанное с неоднократным и постоянным притвор-

ством, фальсификацией или вызыванием медицинских или психологических признаков и симптомов или травм. Эти нарушения отличаются от симуляции отсутствием очевидной выгоды, стрессоров или внешних влияний. Человек представляет в качестве больного, раненого или ослабленного себя или другое лицо, например, ребенка или супруга.

Диагностические критерии по DSM-5:

А. Идентифицированные как обман фальсификация физических или психологических признаков или симптомов, или травмирование себя или вызывание болезни.

Б. Человек демонстрирует себя или другого как больного, ослабленного или раненого.

В. Притворное поведение проявляется даже в отсутствие явных внешних выгод.

Г. Поведение не объясняется лучше бредовым или другим психотическим расстройством.

Симуляция (Z76.5) отличается от имитируемого расстройства очевидным стремлением к личной выгоде (например, освобождение от военной службы, получение пенсии по инвалидности или больничного листа). Симулянты выглядят хитрыми и подозрительными; они говорят о своих симптомах медленно, опасаясь разоблачения; неохотно соглашаются на обследование и при обнаружении обмана усиливают защитные меры. Родители и воспитатели, которые лгут о болезни или травме ребенка исключительно, чтобы защитить себя от ответственности, не страдают имитируемым расстройством, т.к. ищут очевидной внешней выгоды.

Преувеличение физических симптомов по психическим причинам F68.0 отличается от имитируемого расстройства наличием подтвержденных соматических нарушений и ожиданием социальной выгоды от преувеличения симптомов. При соматизированном расстройстве F45.0 нет никаких доказательств, что пациент предъявляет ложные соматические жалобы, хотя эти жалобы и не могут быть объяснены каким-либо соматическим заболеванием. От конверсионного расстройства F44.4-F44.7 имитируемое расстройство с неврологическими симптомами отличается доказательствами их фальсификации.

Пограничные пациенты могут умышленно причинять себе травмы для разрядки дисфорического аффекта (первичная выгода), но не для получения внешних выгод. демонстрируют виктимное поведение, отреагируя вовне саморазрушительными действиями. Они стремятся к боли не ради получения выгод или патологического удовольствия, а ради оживления бессознательного объекта любви, который когда-то причинял боль.

**Созависимость** диагностируется, когда у человека выявляется не менее пяти из следующих восьми характеристик (Поттер-Эфрон, 2002):

1. Страх: постоянная сосредоточенность на проблемах других; непреходящая тревога, опасения и чувство страха; избегание риска в межличностных отношениях, недоверие к людям; повторяющееся, привычное контролирующее поведение; сверхответственность; попытки манипулировать другими, изменять их поведение.

2. Стыд и вина: постоянное чувство стыда как в связи с собственным поведением, так и поведением других; постоянное чувство вины за проблемы других; изоляция от окружающих, чтобы скрыть стыд за себя или за семью; ненависть к себе; проявления надменности и превосходства, связанные с низкой самооценкой.

3. Затянувшееся отчаяние: отчаяние и безнадежность, связанные с изменением существующей ситуации; пессимистический взгляд на мир; низкая самооценка и ощущение поражения (я – неудачник), не соответствующее реальным достижениям;

4. Гнев: постоянный гнев, направленный на зависимого, семью или себя; страх потерять контроль в гневе; гнев, касающийся духовной сферы, в том числе гнев на Бога; пассивно-агрессивное поведение, особенно в отношении зависимого.

5. Отрицание: постоянное отрицание источника семейной беды; постоянное преуменьшение тяжести проблемы; использование оправданий для защиты аддикта от негативных последствий его поведения.

6. Ригидность: когнитивная ригидность; поведенческая ригидность, включая ригидность ролей; духовная, моральная и аффективная ригидность – преобладание какого-либо одного чувства: вины, жалости, гнева.

7. Нарушение самоидентификации: неумение выдвигать свои требования или заботиться о своих нуждах; трудности в отделении себя от других, своей боли от боли других; зависимость от других личностей с потребностью получать от них подтверждение своей ценности и навязчивым беспокойством о произведенном на них впечатлении.

8. Смущение, замешательство: постоянная неуверенность в том, что же является нормой; неуверенность в том, что реально, а что нет; постоянная неуверенность в собственных чувствах, включая тенденцию определять все чувства одним знаком; легковёрность; нерешительность.

#### **Признаки TV-аддикции (Kaufman, 2005):**

- Вы хотите смотреть телевизор меньше, но не можете;
- Вы пытались ограничивать время, проводимое у телевизора, но безуспешно;
- Вы испытываете тревогу, когда рядом нет телевизора;
- Вы думаете о телевизоре, когда не смотрите его;

- Телевизор заменяет вам другую важную деятельность, такую как общение в семье и с друзьями.

Интернет-зависимость имеет сходство с компульсивным гемблингом как и с другими аддикциями по следующим показателям:

1. Предвосхищение аддиктивной реализации.
2. Аддиктивная реализация продолжается дольше, чем ожидалось.
3. Необходимость увеличивать продолжительность аддиктивной реализации, чтобы достичь того же эффекта.
4. Повторяющиеся попытки сократить либо остановить аддиктивную реализацию.
5. Социальная или профессиональная активность страдают по причине аддиктивной реализации.
6. Аддиктивная реализация продолжается, несмотря на социальные, профессиональные проблемы или проблемы с законом (Янг, 2000; Лоскутова, 2004; Freeman, 1992).

#### **Критерии диагностики интернет-зависимости (Tao et al., 2010).**

А. Симптоматические критерии. Оба критерия должны присутствовать:

1. Озабоченность Интернетом: человек постоянно вспоминает о предыдущей деятельности в Интернете либо предвосхищает следующий сеанс работы в Сети.
2. Симптомы отмены, о чем свидетельствуют дисфория, тревога, раздражительность и скука, возникающие после нескольких дней без использования Интернета.

По меньшей мере один (или более) из следующих симптомов:

1. Толерантность: увеличение времени, проводимого в Интернете, которое необходимо для достижения удовлетворения.
2. Настойчивое желание и/или неудачные попытки контролировать, сократить или прекратить использование Интернета.
3. Продолжение чрезмерного использования Интернета, несмотря на знание об имеющихся постоянных либо периодических физических или психологических проблемах, которые были вызваны или усугубляются использованием Интернета.
4. Потеря интереса к предыдущим увлечениям и развлечениям, за исключением использования Интернета, как прямой результат.
5. Человек использует Интернет, чтобы избежать плохого настроения или облегчить подобное состояние (например, дисфорию, чувство беспомощности, вины, тревоги).

6. Критерий исключения: чрезмерное использование Интернета связано с психическим расстройством или биполярным расстройством I типа.

В. Клинически значимые критерии нарушений: функциональные нарушения (снижение социальной, научной, учебной, производственной активности), в том числе потеря значимых отношений, работы, образовательных или карьерных возможностей.

С. Временные критерии: продолжительность интернет-зависимости должна быть более 3 месяцев при использовании Интернета от 6 и более часов в день.

В DSM-5 в отличие от азартных игр в Интернете, который включены в рубрику «Патологический гемблинг», выделено расстройство поведения под названием **«Интернет-игры»**. Диагностические критерии данного расстройства:

Стойкое и рецидивирующее использование Интернета для участия в играх, часто с другими игроками, приводящее к клинически выраженному нарушению или дистрессу, на что указывают пять или более из следующих признаков в течение 12 месяцев:

1. Поглощенность Интернет-игрой (человек думает о предыдущей игровой деятельности или предполагает играть вновь; Интернет-игры становятся доминирующей деятельностью в повседневной жизни).

2. Наблюдаются признаки отмены при прекращении Интернет-игр: раздражительность, беспокойство, печаль, но без каких-либо физических признаков отмены препаратов.

3. Толерантность - необходимость проводить все больше времени за Интернет-играми.

4. Безуспешность попыток контролировать свое участие в Интернет-играх.

5. Потеря интерес к прежним увлечениям и развлечениям, кроме Интернет-игр.

6. Продолжение чрезмерного занятия Интернет-играми, несмотря на знание психологических проблем.

7. Обман членов семьи, врачей или других людей в отношении интенсивности Интернет-игр.

8. Использование Интернет-игр, чтобы избежать негативного настроения или уменьшить чувство беспомощности, вины, тревоги и т.п.

9. Угроза или утрата важных отношений, работы, образовательных или карьерных возможностей из-за участия в Интернет-играх.

**Диагностические критерии аддикции общения:**



1. Сверхценность. Общение занимает доминирующее положение в деятельности человека, несмотря на ущерб другим важным сферам его жизни. Он наслаждается своим состоянием во время разговора, тема которого совершенно не важна. Оставшись один, думает лишь о том, о чем он будет говорить во время следующего разговора.

2. Толерантность. Человек говорит беспрерывно. За разговором проводятся рабочие часы, разговорам отдается время сна, а иногда человек и во сне продолжает разговаривать.

3. Симптом отмены. Во время вынужденного прекращения общения или молчания в компании человек испытывает дискомфорт.

4. Конфликт. У человека возникают межличностные и социальные проблемы из-за неспособности слушать других и нерационального использования времени.

5. Рецидивы возникают вследствие неспособности аддикта к самоконтролю, толерантного отношения общества к аддикции отношений и несвоевременному оказанию помощи аддикту.

**Диагностические признаки работоголизма** (Короленко, Дмитриева, Шпикс, 2011):

1. Работоголик не может думать ни о чем другом, кроме работы. Другие мысли и сообщения если и возникают, то носят поверхностный и кратковременный характер.

2. Повышается толерантность к психологическому эффекту работы: чтобы достичь желаемого психического состояния или состояния измененного сознания, необходимо работать все больше и больше.

3. Потеря контроля: неспособность определить и ограничить длительность и объем работы. Работоголик трудится до полного психического и физического истощения, что напоминает потерю контроля при алкоголизме, когда после первого глотка алкоголя невозможно остановиться.

4. Работоголик испытывает крайнюю раздражительность в случаях несвоевременного исполнения сотрудниками их части работы.

6. Наступление симптомов отнятия при отсутствии работы: снижение настроения, раздражительность, апатия, бессонница, вегетативные симптомы. Непереносимость отсутствия работы, субъективно воспринимаемая как невозможность пережить какое-то время без работы.

7. Неумеренное курение как в рабочее, так и в нерабочее время, а также злоупотребление алкоголем отражает попытки работоголика купировать дискомфорт и тревожность, возникающие при отнятии аддиктивного агента – работы, защищающей от контакта с самим собой.

5. Преувеличение значения своей деятельности, что оправдывает уход от всего остального. От других людей работоголик требует значительно большей дисциплины, чем от себя. Например, не умея и не желая ждать других, он заставляет ждать себя, не находя в этом ничего плохого.

8. Развитие психосоциальных нарушений: исчезновение глубокого интереса к людям, потеря друзей, устранение от решения семейных проблем. Работоголика раздражает необходимость отвлекаться на то, что не связано непосредственно с работой: домашние дела, походы в супермаркеты и т.п. Забота о семье сводится к зарабатыванию денег.

#### **4. Профессиональные тесты**

Н. Пезешкиан (1996) предлагает аддикту, обратившемуся за помощью, следующий опросник.

1. Опасаетесь ли Вы выглядеть «белой вороной» или «нарушающим правила», если Вы не пьете или не курите? Приходят ли Вам на память еще какие-нибудь пословицы и крылатые выражения по поводу употребления алкоголя или курения? Что это за пословицы?
2. Знакомы ли Вы с программой, обучающей постепенному отказу от курения?
3. Регулярно ли Вы принимаете назначенные Вам лекарства? Знаете ли вы, как они действуют, чего вы можете от них ожидать и какие возможны побочные эффекты?
4. Вы пьете или курите по причинам, связанным с работой? Опасаетесь ли Вы потерять работу и утратить Ваше социальное положение?
5. Вы скрываетесь от своих профессиональных проблем в «синий дым» или в алкоголь? О каких микротравмирующих актуальных особенностях идет речь: аккуратность / неряшливость; пунктуальность / неточность; справедливость / несправедливость и т.д.?
6. Вы пьете, чтобы уменьшить свои заботы, страхи и трудности, чтобы поднять себе настроение? Что является причиной Вашего плохого настроения? Является ли общество причиной того, что вы пьете? Считаете ли вы, что повысится ваш авторитет, если вы много выпьете? Пьете ли вы, чтобы улучшить настроение или скрасить скуку?
7. Становитесь ли вы «взрослее» или «сильнее» в своих глазах, если Вы много выпиваете? Повышается ли от этого Ваша самооценка?

8. Видите ли Вы смысл в своей жизни? В каких сферах? Способствует ли алкоголь погружению в более счастливый мир, тепло, защищенность и уверенность?
9. Что для Вас является смыслом жизни (стимулом, целью, мотивацией, жизненным планом); можете ли Вы увидеть смысл в болезни и смерти; как Вы относитесь к жизни после смерти?
10. Можете ли вы воспринимать свое страдание как шанс познать неведомые до сих пор сферы: тело / ощущения; профессия / деятельность, контакты; фантазия / будущее?

### **Тест на предрасположенность подростка к употреблению ПАВ**

<http://zrenielib.ru/docs/index-3370.html#84666>

Отметьте признаки, которые наблюдаются у подростка.

1. Низкая устойчивость к психическим перегрузкам и стрессам.
2. Частая неуверенность в себе, низкая самооценка, завышенные требования к себе.
3. Трудности в общении со сверстниками на улице.
4. Тревога и напряжение в общении по месту учебы.
5. Стремление к получению новых ощущений, удовольствия, причем, как можно быстрее и любым путем.
6. Чрезмерная зависимость от друзей, стремление к подражанию приятелям, отсутствие критичности, подчинение влиянию.
7. Непереносимость конфликтов, стремление к уходу в мир фантазий.
8. Переживание, азартная и компьютерная игра, сексомания.
9. Отклонения в поведении в связи с травмами головного мозга, инфекционными или врожденными заболеваниями.
10. Перенесенное физическое, психологическое или сексуальное насилие.
11. Уходы из дома, конфликты с законом, принадлежность к неформальным объединениям радикального типа.
12. Заболевание наркоманией или алкоголизмом родителями или близкими родственниками. Явное неблагополучие в семье.

За каждый положительный ответ на вопросы 1, 2, 3, 4 начислите по пять баллов, на вопросы 5, 6, 7 – по 10 баллов, на остальные вопросы – по 15 баллов. Суммируйте результаты.

**Менее 15 баллов** - вероятность зависимости низкая, данный подросток в группу риска не входит. **От 15 до 30 баллов** – средняя вероятность зависимости. Данного подростка уже можно отнести к группе риска, возможно нуждается в помощи психолога или социального работника. **Свыше 30 баллов** - высокая вероятность зависимости, требуется особое внимание педагога, врача, психолога, социального работника, работника правоохранительных органов.

**Анкета «Для тех, кто хочет обезопасить своих детей» (Шнейдер, 2005)**

<b>Балл</b>	<b>Обнаруживали Вы у Вашего ребенка:</b>
50	1. Снижение успеваемости в школе в течение последнего года.
100	2. Резкое снижение успеваемости.
50	3. Неспособность ребенка рассказать родителям о том, как протекает общественная жизнь в школе.
50	4. Утаивание вызова родителей в школу.
50	5. Потерю интереса к спортивным и другим внеклассным занятиям.
50	6. Сообщения педагогов или соучеников о прогулах уроков, драках, воровстве.
100	7. Задержание в связи с вождением автоспорта в состоянии опьянения.
100	8. Задержание в связи с употреблением опьяняющих средств на дискотеках, вечерах и т.п.
300	9. Арест в связи с хранением, перевозкой, приобретением или сбытом наркотиков.
100	10. Другие противоправные действия, встречающиеся только в опьянении, включая алкогольное.
100	11. Совершение краж.
100	12. Пропажу из дома денег, ценностей, книг, одежды и т.п.
50	13. Частое выпрашивание денег у родителей и родственников.
150	14. Продажу одежды, пластинок, кассет и т.п.
300	15. Наличие значительных сумм денег без понятного источника.
50	16. Частую, непредсказуемую, резкую смену настроения.
50	17. Снижение настроения, негативизм, критическое отношение к обычным вещам и событиям.

50	18. Самоизоляцию, уход от участия в семейных событиях.
50	19. Скрытность, уединенность, задумчивость, длительное прослушивание магнитофонных записей.
100	20. Нарастающую лживость.
50	21. Позицию самозащиты в разговоре об особенностях поведения.
50	22. Избегание общения с домашним окружением.
50	23. Гневливость, агрессивность, вспыльчивость, потеря энтузиазма
100	24. Нарастающие безразличие, безынициативность, потеря энтузиазма.
100	25. Высказывания о бессмысленности жизни.
100	26. Общие психологические изменения: нарушения памяти, неспособность мыслить логически.
50	27. Частые простудные заболевания.
50	28. Потерю аппетита, похудание.
100	29. Отказ от утреннего туалета, незаинтересованность в смене одежды и т. п.
300	30. Внешний вид нездорового человека, бледность, отечность, покраснение глазных яблок, коричневый налет на языке, следы от укусов.
50	31. Частые синяки, порезы, не находящие удовлетворительного объяснения: «Просто упал».
100	32. Появление татуировок, следов ожогов сигаретой, порезов на предплечьях.
100	33. Бессонницу, повышенную утомляемость, сменяющуюся необъяснимой энергичностью.
300	34. Подросток отстаивает, утверждает свое право на употребление спиртного, наркотиков.
300	35. Частый запах спиртного, появление запаха гашиша на одежде.
200	36. Чрезмерно расширенные или суженные зрачки.
300	37. Потерю памяти на события происходившие в период опьянения.
300	38. Наличие шприца, игл, флаконов, закопченной посуды, марганца, уксусной кислоты, растворителей.
300	39. Наличие неизвестных таблеток, порошков, соломы, травы и т.п.
50	40. Пренебрежение к домашним правилам.

50	41. Незаинтересованность в домашних делах.
50	42. Избегание участия в семейных торжествах.
50	43. Нарастающую напряженность в семейных взаимоотношениях.
100	44. Не возвращается ночевать домой.
50	45. Скрывает свой круг общения, избегает подробных телефонных разговоров и т. п.

Если Вы нашли основание для констатации более чем 10 признаков, а суммарная их оценка превышает 2000 баллов, существует необходимость Вашего обращения за консультацией.

### **Тест идентификации расстройств, связанных с употреблением алкоголя**

AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test).

(Барденштейн и др., 2015)

Опросник позволяет выявить опасные и вредные последствия злоупотребления алкоголем, а также возможную зависимость от алкоголя. Он разработан в 1989 году рабочей группой ВОЗ и имеет международную стандартизацию. Опросник состоит из 10 вопросов, которые исследуют потребление (1-3), зависимость (4-6), а также проблемы, связанные с алкоголем (7-10).

Инструкция: Обведите номер, наиболее близкий к ответу пациента, посчитайте сумму баллов.

1. Как часто Вы употребляете алкогольные напитки?

(0) никогда; (1) 1 раз в месяц или реже; (2) 2-4 раза в месяц; (3) 2-3 раза в неделю; (4) 4 и более раз в неделю.

2. Какова Ваша обычная доза алкогольных напитков в день выпивки?

	Стандартная порция	Водка (мл) 40 об%	Крепленое вино (мл) 17-20 об%	Сухое вино 11-13 об%	Пиво (бут.) 5 об%
(0)	1 или 2	30-60	75-150	75-150	250 мл-1 б
(1)	3 или 4	90-120	225-300	300-400	1,5 б.-2 б.
(2)	5 или 6	150-180	375-450	500-600	2,5 б.-3 б.
(3)	7 или 8	210-240	525-600	700-	3,5 б.-4 б.
(4)	10 или более	300 и более	750 и более	1000 и более	5 б. и более

3. Как часто Вы выпиваете более 180 мл водки (450 мл вина) в течение одной выпивки?  
(0) никогда; (1) менее, чем 1 раз в месяц; (2) 1 раз в месяц (ежемесячно); (3) 1 раз в неделю (еженедельно); (4) ежедневно или почти ежедневно.

4. Как часто за последний год Вы находили, что не способны остановиться, начав пить?  
(0) никогда; (1) менее, чем 1 раз в месяц; (2) 1 раз в месяц (ежемесячно); (3) 1 раз в неделю (еженедельно); (4) ежедневно или почти ежедневно.

5. Как часто за последний год Вы из-за выпивки не сделали то, что от Вас обычно ожидают?

(0) никогда; (1) менее, чем 1 раз в месяц; (2) 1 раз в месяц (ежемесячно); (3) 1 раз в неделю (еженедельно); (4) ежедневно или почти ежедневно.

6. Как часто за последний год Вам необходимо было выпить утром, чтобы прийти в себя после предшествующей тяжелой выпивки (опохмелиться)?

(0) никогда; (1) менее, чем 1 раз в месяц; (2) 1 раз в месяц (ежемесячно); (3) 1 раз в неделю (еженедельно); (4) ежедневно или почти ежедневно.

7. Как часто за последний год у Вас было чувство вины и (или) раскаяния после выпивки?

(0) никогда; (1) менее, чем 1 раз в месяц; (2) 1 раз в месяц (ежемесячно); (3) 1 раз в неделю (еженедельно); (4) ежедневно или почти ежедневно.

8. Как часто за последний год Вы были неспособны вспомнить, что было накануне, из-за того, что Вы выпивали?

(0) никогда; (1) менее, чем 1 раз в месяц; (2) 1 раз в месяц (ежемесячно); (3) 1 раз в неделю (еженедельно); (4) ежедневно или почти ежедневно.

9. Являлись ли когда-нибудь Ваши выпивки причиной телесных повреждений у Вас или других людей?

(0) никогда; (2) да, но это было более, чем год назад; (4) да, в течение этого года.

10. Случалось ли, что Ваш родственник, знакомый, лечащий врач или другой медицинский работник проявлял озабоченность по поводу Вашего употребления алкоголя либо предлагал прекратить выпивать?

(0) никогда; (2) да, но это было более, чем год назад; (4) да, в течение этого года.

Интерпретация результатов теста.

1-7 баллов - безопасное употребление алкоголя (риск алкоголизма минимальный), если человек потребляет не более 2-х порций алкоголя в день (это 0,5 л пива = 300 мл вина = 50-60 г водки), и пьет не чаще 5 раз в неделю.

8-15 баллов - опасное потребление алкоголя (установившийся тип потребления), несущий с собой высокий риск будущего ущерба здоровью, который еще не привел к зависимости; обследуемого критикуют и не одобряют другие люди, употребление алкоголя иногда приводит к социальным последствиям типа домашних конфликтов, финансовым трудностям и опозданиям на работу.

16-19 баллов - вредное потребление алкоголя. Потребление алкоголя наносит ущерб физическому и психическому здоровью. Стадия окончательного формирования синдрома абстиненции (похмелья). Появление кратковременных запоев с выпадением из нормального хода жизни. Обследуемого часто критикуют окружающие за неблагоприятные социальные последствия разного вида.

20 баллов и более - синдром зависимости от алкоголя. Алкоголь занял центральное место в жизни обследуемого. У него выраженная психическая и физическая зависимость, "тяга к выпивке", неконтролируемое употребление алкоголя и возврат к употреблению после периода воздержания.

### **Шкала поиска ощущений ("Sensation Seeking Scale", SSS)**

(Цукерман, 1964, адаптация Гульдана, Корсун, 1990)

Из каждой пары утверждений выберите более характерное для вас.

1. а) Я бы предпочел работу, требующую многочисленных разъездов и путешествий.  
б) Я бы предпочел работать на одном месте.
2. а) Меня взбадривает свежий прохладный день.  
б) В прохладный день я не могу дождаться, когда попаду домой.
3. а) Мне не нравятся все запахи человеческого тела.  
б) Мне нравятся все запахи человеческого тела.
4. а) Мне не хотелось бы попробовать какой-нибудь наркотик, который мог бы оказать на меня незнакомое воздействие.  
б) Я бы попробовал какой-нибудь из незнакомых наркотиков, вызывающих галлюцинации.
5. а) Я бы предпочел жить в идеальном обществе, где каждый безопасен, надежен и счастлив.  
б) Я бы предпочел жить в неопределенные, смутные дни нашей истории.
6. а) Я не могу вынести поездку на машине с водителем, который любит скорость.  
б) Иногда я люблю ездить на машине очень быстро, т.к. нахожу это возбуждающим.



7. а) Если бы я был продавцом, то предпочел бы твердый оклад, а не сдельную оплату с риском заработать мало или совсем ничего.

б) Если бы я был продавцом, то я бы предпочел работать сдельно, т.к. у меня была бы возможность заработать.

8. а) Я не люблю спорить с людьми, взгляды которых резко отличаются от моих, поскольку такие споры всегда неразрешимы.

б) Я считаю, что люди, которые не согласны с моими взглядами, больше стимулируют мое мышление, чем люди, которые согласны со мной.

9. а) Большинство людей тратят слишком много денег на страхование.

б) Страхование – это то, без чего не мог бы позволить себе обойтись ни один человек.

10. а) Я бы не хотел оказаться загипнотизированным.

б) Я бы хотел попробовать оказаться загипнотизированным.

11. а) Наиболее важная цель в жизни – жить на полную катушку и взять от нее столько, сколько возможно.

б) Наиболее важная цель в жизни – обрести спокойствие и счастье.

12. а) В холодную воду я вхожу постепенно, дав себе время привыкнуть к ней.

б) Я люблю сразу нырнуть или прыгнуть в море или холодный бассейн.

13. а) В большинстве видов современной музыки мне не нравится беспорядочность и дисгармоничность.

б) Я люблю слушать новые и необычные виды музыки.

14. а) Худший социальный недостаток – быть грубым, невоспитанным человеком.

б) Худший социальный недостаток – быть скучным человеком, занудой.

15. а) Я предпочитаю эмоционально-выразительных людей, даже если они немного неуравновешенны.

б) Я предпочитаю людей спокойных, даже «отрегулированных».

16. а) У людей, ездящих на мотоциклах, должно быть, есть какая-то неосознаваемая потребность причинить себе боль, вред.

б) Мне бы понравилось водить мотоцикл или ездить на нем.

Полученные ответы соотносятся с ключом: 1А, 2А, 3Б, 4Б, 5Б, 6Б, 7Б, 8Б, 9А, 10Б, 11А, 12Б, 13Б, 14Б, 15А, 16Б. Каждый ответ, совпавший с ключом, оценивается в 1 балл. Полученные баллы суммируются. Риск аддикции к стимуляторам высок при сумме баллов больше 10.

### Тест К. Фагерстрёма для определения никотиновой зависимости

<http://testsbox.ru/tests/997>

1. Как скоро, после того, как Вы проснулись, Вы выкуриваете первую сигарету? (В течение первых пяти минут – 3 балла, в течение 6-30 минут – 2 балла, в течение 30-60 минут – 1 балл, через час – 0).
2. Сложно ли для Вас воздержаться от курения в местах, где курение запрещено? (Да – 1 балл, нет – 0).
3. От какой сигареты Вы не можете легко отказаться? (Первая сигарета утром – 1 балл, все остальные – 0).
4. Сколько сигарет Вы выкуриваете в день? (10 или меньше – 0, 11-20 – 1 балл, 21-30 – 2 балла, 31 и более – 3 балла).
5. Вы курите более часто утром, после того, как проснетесь? (Да – 1 балл, нет – 0).
6. Курите ли Вы, если сильно больны и вынуждены находиться в кровати целый день? (Да – 1 балл, нет – 0).

Суммируйте баллы. **0-2 балла** – очень слабая зависимость, **3-4 балла** – психологическая зависимость, однако если хорошо настроиться и в полной мере применить свои волевые усилия, то еще можно бросить курить самостоятельно. **5-6 баллов** – есть и физиологическая зависимость от никотина, необходима помощь психотерапевта. **Выше 6 баллов** – высокая зависимость, нужно обратиться к врачу для того, чтобы он назначил медицинские средства, которые помогут Вам бросить курить.

### ГОЛЛАНДСКИЙ ОПРОСНИК ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ DEBQ

(Van Strien et al., 1986).

В опросник входят 33 вопроса, каждый из которых имеет 5 вариантов ответа: «никогда», «редко», «иногда», «часто» и «очень часто», которые впоследствии оцениваются по шкале от 1 до 5, за исключением 31-го пункта, имеющего обратные значения. Для подсчета баллов по каждой шкале нужно сложить значения ответов по каждому пункту и разделить получившуюся сумму на количество вопросов по данной шкале.

Первые 10 вопросов представляют шкалу *ограничительного пищевого поведения*, которое характеризуется преднамеренными усилиями, направленными на достижение или поддержание желаемого веса посредством самоограничения в питании.

Следующие 13 вопросов представляют шкалу *эмоциогенного пищевого поведения*, при котором желание поест возникает в ответ на негативные эмоциональные состояния. При этом 9 пунктов шкалы касаются определенных эмоциональных состояний, таких как раздражение, подавленность (растерянность), гнев, ожидание неприятности, тревога (беспокойство, напряжение), ощущение того, что все плохо, испуг, разочарование, эмоциональное потрясение (расстройство) и 4 пункта — состояний со смешанными эмоциями: когда нечего делать, одиночества, когда кто-то подводит, скуки или возбуждения.

Остальные 10 вопросов касаются *экстернального пищевого поведения*, при котором желание поест стимулирует не реальное чувство голода, а внешний вид еды, ее запах, текстура либо вид других людей, принимающих пищу.

ИНСТРУКЦИЯ: Перед Вами ряд вопросов, касающихся Вашего поведения, связанного с приемом пищи. Ответьте на них одним из пяти возможных ответов: «никогда», «редко», «иногда», «часто» и «очень часто», поставив галочку в соответствующем столбце на бланке теста.

№	Вопросы	никогда	редко	иногда	часто	очень часто
1	Если Ваш вес начинает нарастать, едите ли Вы меньше обычного?					
2	Стараетесь ли Вы есть меньше, чем Вам хотелось бы, во время обычного приема пищи (завтрак, обед, ужин)?					
3	Часто ли Вы отказываетесь от еды и питья из-за того, что беспокоитесь о Вашем весе?					
4	Аккуратно ли Вы контролируете количество съеденного?					
5	Выбираете ли Вы пищу преднамеренно, чтобы похудеть?					
6	Если Вы переели, будете ли Вы на следующий день есть меньше?					
7	Стараетесь ли Вы есть меньше, чтобы не поправиться?					

8	Часто ли Вы стараетесь не есть между обычными приемами пищи из-за того, что следите за своим весом?					
9	Часто ли Вы стараетесь не есть вечерами, потому что следите за своим весом?					
10	Имеет ли значение Ваш вес, когда Вы что-либо едите?					
11	Возникает ли у Вас желание есть, когда Вы раздражены?					
12	Возникает ли у Вас желание есть, когда Вам нечего делать?					
13	Возникает ли у Вас желание есть, когда Вы подавлены или обескуражены?					
14	Возникает ли у Вас желание есть, когда Вам одиноко?					
15	Возникает ли у Вас желание есть, когда Вас кто-то подвел?					
16	Возникает ли у Вас желание есть, когда Вам что-либо препятствует, встает на Вашем пути, или нарушаются Ваши планы, либо что-то не удается?					
17	Возникает ли у Вас желание есть, когда Вы предчувствуете какую-нибудь неприятность?					
18	Возникает ли у Вас желание есть, когда Вы встревожены, озабочены или напряжены?					
19	Возникает ли у Вас желание есть, когда «все не так», «все валится из рук»?					
20	Возникает ли у Вас желание есть, когда Вы испуганы?					
21	Возникает ли у Вас желание есть, когда Вы разочарованы, когда разрушены Ваши надежды?					

22	Возникает ли у Вас желание есть, когда Вы взволнованы, расстроены?					
23	Возникает ли у Вас желание есть, когда Вы скучаете, утомлены, беспокойны?					
24	Едите ли Вы больше, чем обычно, когда еда вкусная?					
25	Если еда хорошо выглядит и хорошо пахнет, едите ли Вы больше обычного?					
26	Если Вы видите вкусную пищу и чувствуете ее запах, появляется ли у Вас желание есть?					
27	Если у Вас есть что-то вкусное, съедите ли Вы это немедленно?					
28	Если Вы проходите мимо булочной (кондитерской), хочется ли Вам купить что-то вкусное?					
29	Если Вы проходите мимо закусочной или кафе, хочется ли Вам купить что-нибудь вкусное?					
30	Когда Вы видите, как едят другие, появляется ли у Вас желание есть?					
31	Можете ли Вы остановиться, если едите что-то вкусное?					
32	Едите ли Вы больше, чем обычно, в компании (когда едят другие)?					
33	Когда Вы готовите пищу, часто ли пробуете ее?					

В исследовании Вознесенской Т. Г. и Рыльцовой Г. А. (1994) при обследовании 140 здоровых женщин, жительниц Москвы, были получены следующие средние показатели типов пищевого поведения: ограничительное — 2,41, эмоциогенное — 1,88, экстернальное — 3,22 балла.

Проведенное сотрудниками Эндокринологического центра (г. Москва) исследование 108 больных первичным ожирением выявило колебания уровня ограничительного пище-

вого поведения — в пределах от 2,7 до 3,2, эмоциогенного пищевого поведения — от 2,6 до 3,3, экстернального пищевого поведения от 3,4 до 3,6.

### **Тест на шопоголизм**

<http://testsbox.ru/tests/865>

За каждый положительный ответ начислите себе по 2 балла. В других случаях баллы не начисляются.

1. В магазине у Вас настолько разбегаются глаза, что Вы не знаете, что вам купить, и часто делаете покупки наобум.
2. Вы нередко злитесь на себя за то, что купили ненужную вещь.
3. При этом Вы никогда не сдаете обратно то, что купили.
4. Нередко Вы используете шопинг для поднятия настроения.
5. Вы уже много раз давали себе слово, что больше не будете делать незапланированной покупки, и каждый раз его нарушаете.
6. Когда Вам нечего делать, Вы прежде всего отправляетесь делать покупки.
7. Бывали случаи, что Вы тратили чужие деньги, потому что не могли остановиться.
8. Идя по улице, Вы заходите в каждый магазин, и это выливается в трату денег.
9. Часто бывает, что Вы приходите в магазин купить одно, а вместо этого покупаете что-то другое (потом это оказывается ненужным).
10. Вас часто мучает чувство вины, что Вы снова потратили на себя много денег.

Просуммируйте набранные баллы.

**0-6:** Вы свободны от магазинной зависимости, делаете покупки с удовольствием!

**8-12:** Вы склонны к беспорядочным покупкам. У Вас разгораются глаза, когда Вы попадаете в магазин. Тщательно планируйте свои покупки и не давайте себе скучать – Вы в группе риска шопомании.

**14-20:** Похоже, вы шопоголик. Не ходите в магазины после работы, а если надо что-то купить, берите с собой подругу, которая будет Вас отрезвлять. Найдите себе приятное занятие, которое имеет строгий режим, и соблюдайте его.

### **Опросник Басса-Дарки для диагностики агрессивных и враждебных реакций**

(Малкина-Пых, 2003)

Под агрессивностью понимается свойство личности, характеризующееся наличием деструктивных тенденций, в основном в области субъектно-объектных отношений. Враж-

дебность понимается как реакция, развивающая негативные чувства и негативные оценки людей и событий.

Инструкция: Прочитывая предложенные утверждения, примеряйте, насколько они соответствуют вашему стилю поведения, вашему образу жизни, и отвечайте одним из четырех возможных ответов: «да», «пожалуй, да», «пожалуй, нет», «нет».

1. Временами не могу справиться с желанием навредить кому-либо.
2. Иногда могу посплетничать о людях, которых не люблю.
3. Легко раздражаюсь, но легко и успокаиваюсь.
4. Если меня не попросить по-хорошему, просьбу не выполняю.
5. Не всегда получаю то, что мне положено.
6. Знаю, что люди говорят обо мне за моей спиной.
7. Если не одобряю поступки других людей, даю им это почувствовать.
8. Если случается обмануть кого-либо, испытываю угрызения совести.
9. Мне кажется, что я не способен ударить человека.
10. Никогда не раздражаюсь настолько, чтобы разбрасывать вещи.
11. Всегда снисходителен к чужим недостаткам.
12. Когда установленное правило не нравится мне, хочется нарушить его.
13. Другие почти всегда умеют использовать благоприятные обстоятельства.
14. Меня настораживают люди, которые относятся ко мне более дружелюбно, чем я этого ожидаю.
15. Часто бываю не согласен с людьми.
16. Иногда на ум приходят мысли, которых я стыжусь.
17. Если кто-нибудь ударит меня, я не отвечу ему тем же.
18. В раздражении хлопаю дверьми.
19. Я более раздражителен, чем кажется со стороны.
20. Если кто-то корчит из себя начальника, я поступаю ему наперекор.
21. Меня немного огорчает моя судьба.
22. Думаю, что многие люди не любят меня.
23. Не могу удержаться от спора, если люди не согласны со мной.
24. Увиливающие от работы должны испытывать чувство вины.
25. Кто оскорбляет меня или мою семью, напрашивается на драку.
26. Я не способен на грубые шутки.
27. Меня охватывает ярость, когда надо мной насмеются.

28. Когда люди строят из себя начальников, я делаю все, чтобы они не зазнавались.
29. Почти каждую неделю вижу кого-нибудь из тех, кто мне не нравится.
30. Довольно многие завидуют мне.
31. Требую, чтобы люди уважали мои права.
32. Меня огорчает, что я мало делаю для своих родителей.
33. Люди, которые постоянно изводят вас, стоят того, чтобы их щелкнули по носу.
34. От злости иногда бываю мрачным.
35. Если ко мне относятся хуже, чем я того заслуживаю, я не огорчаюсь.
36. Если кто-то пытается вывести меня из себя, я не обращаю на него внимания.
37. Хотя я и не показываю этого, иногда меня гложет зависть.
38. Иногда мне кажется, что надо мной смеются.
39. Даже если злюсь, не прибегаю к сильным выражениям.
40. Хочется, чтобы мои грехи были прощены.
41. Редко даю сдачи, даже если кто-нибудь ударит меня.
42. Обижаюсь, когда иногда получается не по-моему.
43. Иногда люди раздражают меня своим присутствием.
44. Нет людей, которых бы я по-настоящему ненавидел.
45. Мой принцип: «Никогда не доверять чужакам».
46. Если кто-то раздражает меня, готов сказать ему все, что о нем думаю.
47. Делаю много такого, о чем впоследствии сожалею.
48. Если разозлюсь, могу ударить кого-нибудь.
49. С десяти лет у меня не было вспышек гнева.
50. Часто чувствую себя, как пороховая бочка, готовая взорваться.
51. Если бы знали, что я чувствую, меня бы считали человеком, с которым нелегко ладить.
52. Всегда думаю о том, какие тайные причины заставляют людей делать что-нибудь приятное для меня.
53. Когда кричат на меня, кричу в ответ.
54. Неудачи огорчают меня.
55. Дерусь не реже и не чаще других.
56. Могу вспомнить случаи, когда был настолько зол, что хватал первую попавшуюся под руку вещь и ломал ее.
57. Иногда чувствую, что готов первым начать драку.



58. Иногда чувствую, что жизнь со мной поступает несправедливо.
59. Раньше думал, что большинство людей говорит правду, но теперь этому не верю.
60. Ругаюсь только от злости.
61. Когда поступаю неправильно, меня мучает совесть.
62. Если для защиты своих прав нужно применить физическую силу, я применяю ее.
63. Иногда выражаю свой гнев тем, что стучу по столу.
64. Бываю грубоват по отношению к людям, которые мне не нравятся.
65. У меня нет врагов, которые хотели бы мне навредить.
66. Не умею поставить человека на место, даже если он этого заслуживает.
67. Часто думаю, что живу неправильно.
68. Знаю людей, которые способны довести до драки.
69. Не огорчаюсь из-за мелочей.
70. Мне редко приходит в голову мысль о том, что люди пытаются разозлить или оскорбить меня.
71. Часто просто угрожаю людям, не собираясь приводить угрозы в исполнение.
72. В последнее время я стал занудой.
73. В споре часто повышаю голос.
74. Стараюсь скрывать плохое отношение к людям.
75. Лучше соглашусь с чем-либо, чем стану спорить.

#### Ключ для обработки результатов

При совпадении номера вопроса и типа ответа (да/нет) показателю присваивается значение 1, при несовпадении — 0.

1. Физическая агрессия — использование физической силы против другого лица: 1+, 9—, 17—, 25+, 33+, 41+, 48+, 55+, 62+, 68+. К=11.

2. Вербальная агрессия — выражение негативных чувств как через форму (ссора, крик, визг), так и через содержание словесных обращений к другим лицам (угроза, проклятия, ругань): 7+, 15+, 23+, 31+, 39-, 46+, 53+, 60+, 66-, 71+, 73+, 74-, 75-. К=8.

3. Косвенная агрессия — использование окольным путем направленных против других лиц сплетен, шуток и проявление ненаправленных, неупорядоченных взрывов ярости (в крике, топанье ногами и т. п.): 2+, 10+, 18+, 26—, 34+, 42+, 49-, 56+, 63+. К= 13.

4. Негативизм — оппозиционная форма поведения, направленная обычно против авторитета и руководства, которая может нарастать от пассивного сопротивления до активных действий против требований, правил, законов: 4+, 12+, 20+, 28+, 36-. К=20.

5. Раздражение — склонность к раздражению, готовность при малейшем возбуждении излиться во вспыльчивости, резкости, грубости: 3+, 11-, 19+, 27+, 35-, 43+, 50+, 57+, 64+, 69-, 72+. К = 9.

6. Подозрительность — склонность к недоверию и осторожному отношению к людям, проистекающим из убеждения, что окружающие намерены причинить вред: 6+, 14+, 22+, 30+, 38+, 45+, 52+, 59+, 65-, 70-. К = 11.

7. Обида — проявления зависти и ненависти к окружающим, обусловленные чувством гнева, недовольства кем-то именно или всем миром за действительные или мнимые страдания: 5+, 13+, 21+, 29+, 37+, 44+, 51+, 58+. К = 13.

8. Чувство вины, или аутоагрессия, — отношение и действия по отношению к себе и окружающим, проистекающие из возможного убеждения самого обследуемого в том, что он является плохим человеком, поступает нехорошо: вредно, злобно или бессовестно: 8+, 16+, 24+, 32+, 40+, 47+, 54+, 61+, 67+. К = 11.

#### Обработка результатов

При обработке данных ответы «да» и «пожалуй, да» объединяются — суммируются как ответы «да» (+); ответы «нет» и «пожалуй, нет» суммируются как ответы «нет» (-). Сумма баллов, умноженная на коэффициент К, указанный при каждом параметре агрессивности, позволяет получить удобные для сопоставления — нормированные — значения каждого показателя и двух суммарных индексов.

Индекс агрессивности включает в себя 1, 2 и 3 шкалу; индекс враждебности включает в себя 6 и 7 шкалу.

Нормой агрессивности является величина ее индекса, равная  $21 \pm 4$ , а враждебности —  $6-7 \pm 3$ . При этом обращается внимание на возможность достижения определенной величины, показывающей степень проявления агрессивности.

#### 20 вопросов Анонимных Гемблеров

<http://www.gorod-psy.ru/content/view/127/37/>

1. Приходилось ли Вам тратить на игру рабочее или учебное время?
2. Была ли игра когда-нибудь причиной неурядиц в Вашем доме?
3. Повлияла ли игра на Вашу репутацию?
4. Случалось ли Вам чувствовать раскаяние после игры?
5. Приходилось ли Вам играть, чтобы добыть деньги для погашения долга или для решения других финансовых проблем?

6. Стала ли игра причиной уменьшения Ваших амбиций и деловых качеств?
  7. Проиграв, чувствуете ли Вы потребность вернуться как можно скорее и отыграться?
  8. Выиграв, ощущаете ли Вы сильное желание вернуться и выиграть еще больше?
  9. Играете ли Вы зачастую до последней копейки?
  10. Случалось ли Вам одалживать деньги на игру?
  11. Случалось ли Вам продавать что-либо, чтобы финансировать игру?
  12. Бывало ли так, что Вам было жаль потратить «игровые» деньги на обычные расходы?
  13. Бывало ли, что из-за игры Вы переставали заботиться о благополучии своем и своей семьи?
  14. Приходилось ли Вам играть в азартные игры дольше, чем вы планировали?
  15. Играли Вы когда-нибудь, чтобы отвлечься от беспокойства и неприятностей?
  16. Приходилось ли Вам планировать или совершать какое-либо противоправное действие ради финансирования игры?
  17. Нарушала ли игра Ваш сон?
  18. Случалось ли так, что ссоры, разочарования или огорчения вызывали у Вас тягу к игре?
  19. Приходило ли к Вам желание отпраздновать какое-либо счастливое событие несколькими часами игры?
  20. Думали ли Вы когда-нибудь о самоубийстве в связи с азартной игрой?
- Большинство гемблеров ответят «да», по крайней мере, на семь из этих вопросов.

#### **Скрининг-тест на выявление сексуальной аддикции (Carnes, 1989)**

1. Подвергались ли вы сексуальным домогательствам в детском или подростковом возрасте?
2. Являлись ли вы когда-либо подписчиком или приобретали регулярно журналы откровенно сексуальной направленности?
3. Были ли у ваших родителей отклонения в сексуальном поведении?
4. Часто ли вас занимают мысли сексуального характера?
5. Ощущаете ли вы, что ваше сексуальное поведение ненормально?
6. Вызывает ли ваше сексуальное поведение озабоченность или жалобы у вашей/вашего супруги/супруга (или другого близкого вам человека)?
7. Можете ли вы с легкостью отказаться от той или иной линии своего сексуального поведения, если осознаете его неадекватность?

8. Испытываете ли вы когда-либо неприятные чувства в отношении своего сексуального поведения?
9. Возникали ли у вас или в вашей семье когда-либо проблемы, связанные с вашим сексуальным поведением?
10. Обращались ли вы когда-либо за помощью по поводу своего сексуального поведения, которое вы не одобряли?
11. Вызывали ли у вас когда-либо беспокойство люди, интересующиеся вашим сексуальным поведением?
12. Было ли когда-либо ваше сексуальное поведение оскорбительным для кого бы то ни было?
13. Совершаете ли вы какие-либо сексуальные действия, вступающие в противоречие с законом?
14. Давали ли вы себе когда-нибудь обещание отказаться от каких-либо действий в своем сексуальном поведении?
15. Предпринимали ли вы когда-нибудь попытки радикально изменить свое сексуальное поведение, которые в результате ни к чему не привели?
16. Приходится ли вам скрывать некоторые формы проявления своего сексуального поведения от других людей?
17. Пытались ли вы отказаться от каких-либо видов своих сексуальных действий?
18. Чувствовали ли вы себя когда-нибудь униженным вследствие своего сексуального поведения?
19. Являлся ли когда-либо для вас секс попыткой уйти от проблем?
20. Бывали ли вы когда-нибудь в подавленном настроении после того как занимались сексом?
21. Испытывали ли вы когда-нибудь потребность отказаться от той или иной формы проявления сексуального поведения?
22. Мешало ли когда-либо ваше сексуальное поведение в семейной жизни?
23. Были ли у вас когда-нибудь сексуальные партнеры из представителей сексуальных меньшинств?
24. Можете ли вы контролировать свое сексуальное желание?
25. Бывает ли у вас впечатление, что ваше сексуальное желание выходит из-под вашего контроля?

Интерпретация результатов. Если на 13 из 25 вопросов даны утвердительные ответы, то респондент является сексуальным аддиктом.

### **Тест на выявление любовной аддикции по Егорову**

<http://www.lyubi.ru/psyzd25.php>

Отметьте номера утверждений, с которыми Вы согласны.

1. Вы человек, очень нуждающийся в романтических отношениях.
2. Вы очень быстро и довольно легко влюбляетесь.
3. Когда вы влюблены, то не можете прекратить мечтать, даже занимаясь серьезными вещами. Вы не способны себя контролировать.
4. Иногда, когда вы ищете отношений, вы снижаете свои требования и соглашаетесь на меньшее, нежели вы хотите или заслуживаете.
5. В отношениях вы склонны подавлять, «душить» своего партнера.
6. Иногда вы вступаете в отношения с человеком, который вам совершенно не подходит, в надежде, что он изменится.
7. Если вы вступили с кем-то в отношения, то не можете уйти.
8. Когда вам кто-то нравится, вы игнорируете все сигналы о том, что этот человек вам не подходит.
9. При выборе партнера самым важным для вас является первичная симпатия.
10. Когда вы влюблены, вы доверяете людям, которые не заслуживают доверия. В результате у вас из-за этого возникают сложности.
11. Когда отношения заканчиваются, вы чувствуете, что жизнь подошла к концу. Не менее двух раз вы подумывали о самоубийстве в связи с разрывом.
12. Чтобы сохранить отношения, вы брали на себя большую часть ответственности.
13. Единственная вещь, которая вас интересует, — это любовные отношения.
14. В некоторых ваших отношениях любили только вы.
15. Вы очень страдаете от одиночества, если не влюблены или не имеете отношений с кем-либо.
16. Вы не можете оставаться в одиночестве, собственное общество вас не устраивает.
17. Не менее двух раз вы вступали в отношения с совершенно неподходящим для вас человеком из-за страха остаться в одиночестве.
18. Вы приходите в ужас от мысли, что у вас может не быть партнера.
19. Вы чувствуете неудовлетворенность, если не находитесь в отношениях с кем-либо.

20. Вы не можете сказать «нет», если влюблены или партнер угрожает уйти от вас.
21. Вы очень стараетесь быть таким, каким вас хочет видеть партнер. Вы будете делать все, чтобы доставить партнеру удовольствие, если при этом придется принести в жертву свои желания, потребности или ценности.
22. Когда вы влюблены, то видите только то, что хотите видеть. Вы искажаете реальность, чтобы справиться с тревогой и подкрепить свои фантазии.
23. Вы готовы терпеть пренебрежение, страдать от депрессии, одиночества, лжи и даже зависимости только для того, чтобы избежать боли от расставания.
24. Не менее двух раз в жизни вы испытывали неразделенную любовь, и это было очень мучительно.
25. У вас было несколько романтических отношений одновременно, несмотря на то, что приходилось кого-то обманывать.
26. Вы продолжаете отношения и с жестокими людьми.
27. Мечты о ком-то, кого вы любите, даже если он или она недоступны, более важны для вас, чем обращение к реальности, поиск доступных партнеров.
28. Вы приходите в ужас от мысли, что вас могут бросить.
29. Вы добиваетесь любви людей, которые вас отвергли, и настойчиво пытаетесь изменить их мнение.
30. В состоянии влюбленности вы испытываете повышенное чувство собственности в отношении партнера и очень ревнивы.
31. Случалось, что из-за отношений с партнером вы пренебрегали интересами друзей или членов семьи.
32. В состоянии влюбленности вы крайне импульсивны.
33. Вами овладевает желание проверять своего партнера.
34. Случалось, что вы шпионили за человеком, которого любите.
35. Вы добиваетесь человека, которого любите, даже если он или она имеет другого партнера.
36. Если вы являетесь частью любовного треугольника, то верите, что «в любви и на войне все средства хороши». Вы не уходите.
37. Любовь — самая важная для вас вещь на земле.
38. Даже когда у вас нет отношений, вы постоянно фантазируете о любви: о ком-то, кого вы когда-то любили, или об идеальном партнере, который когда-нибудь может появиться в вашей жизни.

39. Насколько вы помните, вы всегда были озабочены, поглощены мыслями о любви и романтическими фантазиями.

40. Вы чувствуете беспомощность, когда влюблены, так, как будто находитесь в состоянии транса или под воздействием чар. Вы теряете свою способность принимать мудрые решения.

Интерпретация результатов. При согласии с 5-10 утверждениями можно подозревать любовную аддикцию, с 11 и более утверждениями – вероятность любовной аддикции очень высока.

### **Опросник диагностики ургентной зависимости**

(Шибко, 2008)

**Инструкция.** Перед Вами ряд утверждений. Прочитав каждое высказывание, выберите один из пяти возможных ответов: никогда - 1 балл, редко - 2 балла, иногда - 3 балла, часто - 4 балла, всегда - 5 баллов. Поставьте соответствующий балл рядом с номером утверждения. Не пропускайте ни одного высказывания. Помните, что не может быть хороших или плохих ответов, так как это не испытание Ваших способностей, а лишь выявление индивидуальных особенностей Вашего поведения.

1. Бывает, что я отказываюсь от очередного отпуска.
2. Я забираю работу домой, работаю по выходным.
3. Я сравниваю собственные успехи в карьере с успехами людей своего возраста или более молодого возраста.
4. Я стремлюсь «быть первым» в ситуации конкуренции.
5. Если в рабочем графике неожиданно образовалась «форточка», я использую это время для выполнения другой работы.
6. График моей работы настолько плотен, что я (мой секретарь) вынужден постоянно в нем что-то менять.
7. Я занимаюсь делами во время обеденного перерыва.
8. Я чувствую, что работа отнимает лучшие годы моей жизни,
9. Я постоянно думаю о работе.
10. Я чувствую себя незаменимым на работе,
11. Я испытываю крайне неприятные чувства, когда беру больничный лист,
12. Я уделяю работе более 10 часов в день.
13. Я уделяю себе достаточное количество времени.

14. Я замедляю тот темп, в котором живу, когда захочу.
15. Я говорю себе, что, как только закончу текущие дела, я начну делать то, что мне действительно хочется делать.
16. У меня есть время, чтобы посещать театры, кино, выставки, концерты,
17. Я пытаюсь выполнять одновременно несколько дел.
18. Я чувствую, что жизнь проходит мимо меня.
19. Мне легко расслабиться после работы.
20. Я испытываю дискомфорт, когда у меня появляется свободное время.
21. Я могу сократить продолжительность своего рабочего дня.
22. Я испытываю трудности со сном (трудно заснуть, прерывистый сон, после сна не чувствую себя отдохнувшим).
23. Я специально планирую время, которое смогу провести с семьей или друзьями.
24. Мне тяжело представить, что у меня может быть свободное время.
25. Я забываю даты семейных торжеств и праздников.
26. Я обещаю себе, что обязательно несколько недель потрачу на отдых.
27. Если бы я не был все время чем-то занят, я бы сошел с ума.
28. У меня есть время, чтобы встречаться с друзьями.
29. Большая часть моих контактов с людьми касается работы.
30. Я планирую свое свободное время.
31. Наибольшую пользу для себя я нахожу в деловых отношениях.
32. На встречах в неформальной обстановке я думаю о том, что предстоит сделать в ближайшем будущем.
33. Я обхожу людей на эскалаторе, когда это возможно.
34. Если впереди стоящее транспортное средство не двигается при зажженном зеленом свете, меня это раздражает.
35. Меня раздражает, если кто-то выполняет свою работу медленно.
36. Мне свойственно торопиться, спешить.
37. Я превышаю скорость (или прошу об этом водителя), когда тороплюсь.
38. Я оцениваю себя по тому, сколько успел сделать в течение дня.
39. Я сержусь, когда меня отвлекают от срочного дела.
40. В передвижении по городу я выбираю наиболее короткие маршруты.
41. Стоя в очереди, я наблюдаю за продвижением других очередей, чтобы убедиться, что моя движется быстрее.



42. Меня раздражает медленное движение лифта.
43. Я испытываю раздражение, если кто-то впереди меня задерживает очередь.
44. Я принимаю решения спонтанно.

#### Подсчёт баллов

Шкала	Прямые утверждения	Обратные утверждения
<b>Работоголизм</b>	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12	
<b>Личное время</b>	15, 17, 18, 20, 22	13, 14, 16, 19, 21
<b>Межличностные отношения</b>	23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32	
<b>Темп жизни</b>	33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44	

**Шкала «Работоголизм»** - патологическое влечение к работе, нарушающее нормальное функционирование личности. Человек жертвует личным временем ради выполнения профессиональных обязанностей, работает большее количество времени, чем это предусмотрено расписанием. Работа становится самой жизнью. Где бы человек ни находился и что бы он ни делал, его мысли прямо или косвенно связаны только с производственными проблемами. Он пребывает в состоянии постоянного осмысления задач, связанных с работой, в котором нет места другим мыслям и соображениям.

**Шкала «Личное время»** отражает степень влияния времени на личность и особенности эмоциональной сферы, переживании человека, испытывающих нехватку времени. Постоянная занятость приводит к тому, что свободного времени, предназначенного для отдыха, не остается или не хватает. Если и появляется свободное время, то человек испытывает нарастание внутреннего беспокойства, раздражительность, недовольство собой и окружающими. Поэтому при ургентной аддикции человек часто отказывается от свободного времени, не берет отпуск в течение многих лет, сокращают время отпуска, что может приводить к синдрому сгорания. В ситуациях выполнения все увеличивающихся и усложняющихся задач во всё более короткие сроки эмоции растрачиваются на переживания недостатка времени, необходимого для того чтобы справиться с ними. Человек склонен считать, что может «контролировать» время, самостоятельно «организовать» его, однако всё-

таки находится под давлением времени. Для ургентных аддиктов характерны соматические нарушения, обусловленные большими нагрузками и переутомлением.

**Шкала «Межличностные отношения».** Уделяя большое количество времени работе, человек не способен к удовлетворению потребностей в других сферах жизни - семья, друзья и т.д. Он склонен строить межличностные отношения в профессиональной сфере, общаться в ситуациях решения производственных вопросов. В поведении наблюдается противоречие: «отсутствие» времени для общения с близкими людьми и вследствие этого планирование его с данной целью сочетается с избеганием времени «для себя», даже свободное время в мыслях «отдано» работе или размышлению о деятельности.

**Шкала «Темп жизни»** - специфическая для ургентной зависимости, поскольку диагностирует ключевой момент в развитии ургентной зависимости - постоянное состояние спешки и страх опоздать. Подобное состояние часто связано с ощущением замедленности происходящего (отсюда нетерпимость в медлительности других) и желанием ускорить темп событий. Происходящее в размеренном, умеренном темпе вызывает у аддикта негативную эмоциональную реакцию.

Общая выраженность ургентной аддикции определяется как сумма баллов по всем шкалам.

### **Опросник для исследования синдрома выгорания**

(Гринберг, 2002)

1. Снижается ли эффективность вашей работы?
2. Потеряли ли вы на работе часть инициативы?
3. Потеряли ли вы интерес к работе?
4. Усилился ли ваш стресс на работе?
5. Вы чувствуете утомление или снижение темпа работы?
6. У вас болит голова?
7. У вас болит живот?
8. Вы убавили в весе?
9. У вас проблемы со сном?
10. Ваше дыхание стало прерывистым?
11. У вас часто меняется настроение?
12. Вы легко злитесь?
13. Вы легко подвержены фрустрации?
14. Вы стали более подозрительны, чем обычно?

15. Вы чувствуете себя более беспомощным, чем всегда?
16. Вы употребляете слишком много средств, влияющих на настроение (транквилизаторы, алкоголь и т.д.)?
17. Вы стали менее гибким?
18. Вы стали более критично относиться к собственной компетентности и к компетентности других?
19. Вы работаете больше, а чувствуете, что сделали меньше?
20. Вы частично утратили чувство юмора?

Если вы ответили утвердительно на 10 вопросов, ваша работоспособность серьезно нарушена. Если вам подходит 15 и более утверждений, возможно, вы «выгораете» или уже «выгорели».

### **Шкала суицидного риска (Старшенбаум, 2005)**

Оцените суицидный риск путем алгебраического сложения баллов (низкий суицидный риск – до 10 баллов, средний — от 10 до 15, высокий — более 15 баллов).

Факторы	Баллы
<b>А. Постоянные факторы риска:</b>	
Женщина 15–30 лет	1
Мужчина 20–35 лет	1
Отягощенная наследственность	1
Дисфункциональная первичная семья.	1
Неправильный тип воспитания	1
Одна суицидная попытка более года назад	3
Повторные суицидные попытки в анамнезе	4
Суицидная попытка в текущем году	5
Оценка постоянных факторов риска	_____
<b>Б. Переменные факторы риска:</b>	
Фрустрация доминирующей потребности	1
Сочетание сфер конфликта	1
Неразрешенность кризиса	1
Длительность суицидальных тенденций 1–2 мес.	1

Непереносимость фрустрации	1
Импульсивность	1
Ригидность аффекта	1
Категоричность мышления	1
Симбиотические тенденции	1
Однобокость системы ценностей	1

Оценка переменных факторов риска \_\_\_\_\_

**В. Антисуицидальные факторы:**

Гедонистические тенденции	- 1
Творческие планы	- 1
Надежда на улучшение ситуации	- 1
Забота о близких	- 1
Чувство долга	- 1
Боязнь осуждения суицида	- 1
Страх боли, ущерба для здоровья	- 1
Эмоциональная привязанность к значимому другому	- 1
Наличие источников поддержки	- 1
Конструктивная лечебная установка	- 1

Оценка антисуицидальных факторов \_\_\_\_\_

Оценка риска суицидной попытки \_\_\_\_\_

### Карта риска суицида подростка

(Шнейдер, 2005)

Оцените риск суицида путем алгебраического сложения баллов: менее 9 баллов — риск суицида незначителен; 9—15,5 баллов — риск суицида присутствует; более 15,5 балла — риск суицида значителен.

Фактор риска	Не вы- явлен	Слабо выражен	Сильно выражен
<i>1. Биографические данные</i>			
1. Ранее имела место попытка суицида	-0,5	+2	+3

2. Суицидальные попытки у родственников	-0,5	+ 1	+2
3. Развод или смерть одного из родителей	-0,5	+1	+2
4. Недостаток тепла» в семье	-0,5	+1	+2
5. Полная или частичная безнадзорность	-0,5	+0,5	+ 1
<i>II. Актуальная конфликтная ситуация</i>			
<i>а) вид конфликта:</i>			
1. Конфликт со взрослым человеком (педагогом, родителем)	-0,5	+0,5	+ 1
2. Конфликт со сверстниками, отвержение группой	-0,5	+0,5	+ 1
3. Продолжительный конфликт с близкими людьми, друзьями	-0,5	+0,5	+1
4. Внутриличностный конфликт, высокая внутренняя напряженность	-0,5	+0,5	+1
<i>б) поведение в конфликтной ситуации:</i>			
5. Высказывания с угрозой суицида	-0,5	+2	+3
<i>в) характер конфликтной ситуации:</i>			
6. Подобные конфликты	-0,5	+0,5	+1
7. Конфликт отягощен неприятностями в других сферах жизни (учеба, здоровье, отвергнутая любовь)	-0,5	+0,5	+ 1
8. Непредсказуемый исход конфликтной ситуации, ожидание его последствий	-0,5	+0,5	+ 1
<i>г) эмоциональная окраска конфликтной ситуации:</i>			
9. Чувство обиды, жалости к себе	-0,5	+ 1	+2
10. Чувство усталости, бессилия, апатия	-0.5	+ 1	+2

11. Чувство непреодолимости конфликтной ситуации, безысходности	-0,5	+ 1,5	+2
<i>III. Характеристика личности</i>			
<i>а) волевая сфера личности:</i>			
1. Самостоятельность, отсутствие зависимости в принятии решений	-1	+0,5	+ 1
2. Решительность	-0,5	+0,5	+ 1
3. Настойчивость	-0,5	+0,5	+ 1
4. Сильно выраженное желание достичь своей цели	-1	+0,5	+ 1
<i>б) эмоциональная сфера личности:</i>			
5. Болезненное самолюбие, ранимость	-0,5	+ 1,5	+2
6. Доверчивость	-0,5	+0,5	+ 1
7. Эмоциональная вязкость («застревание» на своих переживаниях, неумение отвлечься)	-0,5	+ 1	+2
8. Эмоциональная неустойчивость	-0,5	+2	+3
9. Импульсивность	-0,5	+0,5	+2
10. Эмоциональная зависимость, необходимость близких эмоциональных контактов	-0,5	+0,5	+2
11. Низкая способность к созданию защитных механизмов	-0,5	+0,5	+1,5
12. Бескомпромиссность	-0,5	+0,5	+ 1.5

### **Общая оценка созависимости**

(Кулаков, 2002)

«Член семьи» – это любой член семьи, потребляющий ПАВ; «другие люди» – близкие и другие окружающие люди. Варианты ответа: 0 – нет, 1 – иногда, 2 – да.

1. Направляете ли вы свою энергию на решение проблем других людей?
2. Теряете ли вы сон из-за проблем и поведения других людей?
3. Чувствуете ли вы ответственность за других людей – за их чувства, мысли, действия, выбор, желания, потребности, благополучие, судьбу?
4. Чувствуете ли вы злость, когда ваша помощь оказывается неэффективной?

5. Пытаетесь ли вы доставлять удовольствие другим, вместо того, чтобы получать удовольствие от жизни?
6. Даете ли вы другим советы, когда они не просят вас об этом?
7. Считаете ли вы себя жертвой, не оцененной людьми, которым помогали?
8. Чувствуете ли вы вину, если тратите деньги на себя?
9. Боитесь ли вы отвержения близких людей?
10. Часто ли вы испытываете чувство вины?
11. Боитесь ли вы позволить себе быть естественным?
12. Боитесь ли вы позволить другим людям быть теми, кто они есть?
13. Беспокоитесь ли вы о том, нравитесь ли вы другим, любят ли вас другие люди?
14. Даете ли вы событиям течь естественным путем?
15. Сносите ли вы оскорбления, чтобы удержать рядом людей, которых любите?
16. Можно ли сказать, что вы не умеете говорить «нет»?
17. Избегаете ли вы говорить о себе, о своих проблемах, чувствах и мыслях?
18. Поддерживаете ли вы такие отношения, в которых люди причиняют вам страдания?
19. Боитесь ли вы вызвать чувство гнева у других людей?
20. Стараетесь ли вы подавлять свои чувства?
21. Испытываете ли вы трудности в сексе, не решаясь попросить партнера сделать то, что вам приятно?
22. Испытываете ли вы финансовые затруднения из-за того, что член семьи употребляет ПАВ?
23. Приходится ли вам лгать, чтобы покрывать наркотизацию близкого человека?
24. Есть ли у вас ощущение, что ПАВ значат для члена вашей семьи больше, чем вы?
25. Думаете ли вы, что наркотизация члена вашей семьи связана с тем, что он дружит с определенной компанией?
26. Высказываете ли вы угрозы, например, такого содержания: «Если ты не бросишь наркотики, я выгоню тебя из дома!» или другие угрозы?
27. Боитесь ли вы огорчить члена семьи из страха, что это спровоцирует срыв?
28. Не кажется ли вам, что из-за наркотизации члена семьи вы не можете уехать куда-то надолго, оставив его дома одного?
29. Не приходилось ли вам думать о вызове милиции из-за агрессивного поведения члена семьи в состоянии наркотического опьянения?

30. Приходилось ли вам искать спрятанные наркотики?
31. Есть ли у вас такое чувство, что если бы член семьи вас любил, то он прекратил бы употреблять наркотики, чтобы доставить вам удовольствие?
32. Испытываете ли вы иногда чувство вины за то, что контролируете жизнь нарко-тизирующегося члена семьи?
33. Думаете ли вы, что если бы член семьи прекратил бы употреблять наркотики, то другие ваши проблемы были бы решены?
34. Угрожали ли вы когда-нибудь нанести себе повреждения с тем, чтобы добиться от наркомана таких слов, как «прости меня», «я люблю тебя»?
35. Относились ли вы когда-нибудь к детям, сослуживцам, родителям несправедливо только потому, что злились на кого-то, кто употребляет наркотики?
36. Есть ли у вас такое чувство, что никто на свете не понимает ваших трудностей?
37. Приобрели ли вы какую-нибудь эмоциональную или физическую болезнь в связи с проживанием с человеком, зависимым от ПАВ?
38. Пробовали ли вы разорвать взаимоотношения с людьми, которые вас неоднократно обижали?
39. Избегали ли вы контакта со специалистами, сообщавшими вам о необходимости собственного изменения?
40. Прочее (дописать свою ситуацию).

Высоким считается показатель свыше 12 баллов.

### **Алкогольная созависимость**

(Максимова, 2000)

Ответьте: да или нет.

1. Было ли у Вас беспокойство по поводу количества спиртного, выпитого Вашим мужем?
2. Есть ли в Вашей семье финансовые проблемы, связанные с выпивками мужа?
3. Лгали ли Вы когда-либо для того, чтобы скрыть пьянство мужа?
4. Думаете ли Вы, что для Вашего мужа выпивка значит больше, чем Вы сами?
5. Считаете ли Вы, что в выпивках Вашего мужа виновато его окружение (друзья, сослуживцы, родственники)?
6. Приходил ли Ваш муж домой поздно из-за того, что выпивал с друзьями?



7. Угрожали ли Вы когда-нибудь разводом своему мужу, если он не прекратит злоупотреблять алкоголем?
8. Пытаетесь ли Вы уловить запах спиртного при позднем возвращении Вашего мужа домой?
9. Случалось ли Вам избегать споров с мужем из-за опасения у него желания выпить, чтобы разрядиться после ссоры?
10. Бывало ли Вам стыдно из-за неумеренного пьянства Вашего мужа?
11. Не кажется ли Вам, что выпивки мужа портят Вашу семейную жизнь?
12. Бывали ли случаи, что Вы хотели вызвать полицию, чтобы «призвать к порядку» пьяного мужа?
13. Приходилось ли Вам искать дома спрятанные спиртные напитки?
14. Думаете ли Вы, что если муж будет больше любить Вас, то станет пить меньше?
15. Приходилось ли Вам отказываться от приглашения в гости из-за боязни, что Ваш муж напьется?
16. Испытываете ли Вы чувство вины из-за того, что не можете контролировать выпивки Вашего мужа?
17. Считаете ли Вы, что проблем в семье не будет, если Ваш муж прекратит злоупотребление алкоголем?
18. Угрожали ли Вы когда-либо мужу самоубийством из-за его пьянства?
19. Случалось ли, что Вы на ком-либо срывали злость, поскольку были расстроены из-за пьянства мужа?
20. Вызывали ли иногда у Вас досаду такие слова мужа, как «Прости меня, это в последний раз» или «Я люблю тебя, не будем ссориться»?
21. Бывало ли так, что муж обещал не пить, но продержался всего несколько дней?
22. Раздражает ли Вашего мужа, когда Вы или другие близкие ему люди (друзья, родственники) говорят о том, ему следует пить меньше?
23. Бывали, что для того, чтобы «прийти в себя» утром, Вашему мужу нужно было опохмелиться?
24. Были ли у Вашего мужа неприятности, связанные с пьянством?
25. Пытается ли Ваш муж раздобыть «дополнительную» выпивку на вечеринках, пикниках и т.п. потому что ему кажется, что он выпил мало?
26. Считает ли Ваш муж, что он может бросить пить, как только он этого захочет?

27. Случалось ли Вашему мужу прогуливать работу из-за того, что он был пьян или не мог подняться «с похмелья»?
28. Был ли хоть один раз случай, когда Ваш муж не мог вспомнить о том, что с ним происходило в состоянии опьянения?
29. Есть ли у Вас такое чувство, что никто на свете не понимает Ваших трудностей с мужем?
30. Вспоминая свое детство, можете ли Вы сказать, что один из Ваших родителей злоупотреблял алкоголем?

Если Вы ответили «да» хотя бы на **5 вопросов**, то Вам следует серьезно задуматься о проблеме алкоголя у Вас в семье. Попробуйте в течение месяца записывать, сколько раз муж употреблял спиртное и в каких количествах (хотя бы приблизительно, судя по степени опьянения). Проанализировав эти записи, можно определить, на каком уровне потребления находится Ваш муж.

Если Вы ответили «да» на **10–15 вопросов**, то Вы и Ваша семьяотягощены зависимостью от алкоголя.

Если Вы ответили «да» на **25 вопросов и больше**, то без медицинской и психологической помощи Ваша семья вряд ли сможет избавиться от алкогольной зависимости и созависимости.

### **Тест на телезависимость**

<http://testsbox.ru/tests/1065>

Попытайтесь на 3-4 дня воздержаться от просмотра телепередач. Отметьте пункты, описывающие Ваше состояние.

1. У Вас появились слабость, упадок сил, вялость, неуверенность, беспокойство, чувство потерянности и неприкаянности, снизилась работоспособность.
2. Вы испытываете чувство неудовлетворённости, Вас начинает раздражать каждая мелочь, легко портится настроение.
3. Вы легко обижаетесь, злитесь и ворчите по любому поводу.
4. На Вас наваливается ощущение пустоты или Вы чувствуете себя «не в своей тарелке», не можете ничем заняться.
5. Вы испытываете апатию, безразличие, отстраненность, грусть, печаль, тоску, подавленность.
6. Вы обнаруживаете у себя чувство вины, унижения, досады, душевную боль.

7. Всё это исчезает, стоит Вам снова включить телевизор.
8. У Вас запущена квартира, на кухне гора немытой посуды и Вам стыдно кого-либо пригласить в гости.
9. У Ваших детей появились проблемы, интимной жизни нет, в отношениях с супругом или супругой появился холодок отчуждения и по утрам Вам стало трудно вставать.
10. Ваши бывшие увлечения, хобби забыты, и Вы не помните, когда в последний раз Вы читали серьезную книгу, были в театре или на концерте «вживую».
11. Все проблемы и неудачи телегероев Вы воспринимаете как свои, а в разговорах со знакомыми и сослуживцами Вам не о чем поговорить, как только на тему, увиденного по ящику.
12. Вы каждый вечер проводите не менее 4-5 часов у экрана и Вам некогда провести этот тест.

Если вы обнаружили у себя три признака, Вы на грани телезависимости. Если вы обнаружили у себя 4-5 этих признаков – Вам необходима помощь профессионала. Если вы обнаружили у себя более пяти признаков – помимо телевизионной зависимости у Вас сформировалась депрессия или сочетание с другими формами зависимостей.

### **Тест компьютерной зависимости**

(Л. Н. Юрьева, Т. Ю. Больбот, 2006)

Ответьте на вопросы: (1) - никогда, (2) - редко, (3) - часто, (4) - очень часто.

1. Как часто Вы ощущаете оживление, удовольствие, удовлетворение или облегчение, находясь за компьютером (в сети)?
2. Как часто Вы предвкушаете пребывание за компьютером (в сети), думая и размышляя о том, как окажетесь за компьютером, откроете определенный сайт, найдете определённую информацию, заведете новые знакомства?
3. Как часто Вам необходимо всё больше времени проводить за компьютером (в сети) или тратить все больше денег для того, чтобы получить те же ощущения?
4. Как часто Вам удаётся самостоятельно прекратить работу за компьютером (в сети)?
5. Как часто Вы чувствуете нервозность, снижение настроения, раздражительность или пустоту вне компьютера (вне сети)?
6. Как часто Вы ощущаете потребность вернуться за компьютер (в сеть) для улучшения настроения или ухода от жизненных проблем?

7. Как часто Вы пренебрегаете семейными, общественными обязанностями и учебой из-за частой работы за компьютером (пребывания в сети)?
8. Как часто Вам приходится лгать, скрывать от родителей или преподавателей количество времени, проводимого за компьютером (в сети)?
9. Как часто существует актуализация или угроза потери дружеских и/или семейных отношений, изменений финансовой стабильности, успехов в учёбе в связи с частой работой за компьютером (пребыванием в сети)?
10. Как часто Вы отмечаете физические симптомы, такие как: онемение и боли в кисти руки, боли в спине, сухость в глазах, головные боли; пренебрежение личной гигиеной, употребление пищи около компьютера?
11. Как часто Вы отмечаете нарушения сна или изменения режима сна в связи с частой работой за компьютером (в сети)?

Оценка результатов. **До 15 баллов** — нет риска развития компьютерной зависимости; **16-22 балла** — стадия увлеченности; **23-37 баллов** — риск развития компьютерной зависимости, необходимо проведения профилактических программ; **более 38 баллов** — наличие компьютерной зависимости, требуется лечение.

### Тест на Интернет-зависимость

(Goldberg, 1996)

Интернет-зависимость можно констатировать при наличии 3 или более пунктов из следующих:

#### 1. Толерантность.

1.1. Количество времени, которое нужно провести в Интернет, чтобы достичь удовлетворения, заметно возрастает

1.2. Если человек не увеличивает количество времени, которое он проводит в Интернет, то эффект заметно снижается.

#### 2. Синдром отказа.

##### 2.1 Характерный "синдром отказа":

2.1.1. Прекращение или сокращение времени, проводимого в Интернет,

2.1.2 Два или больше из следующих симптомов (развиваются в течение периода времени от нескольких дней до месяца):

- Психомоторное возбуждение
- Тревога

- Навязчивые размышления о том, что сейчас происходит в Интернете
- Фантазии или мечты об Интернете
- Произвольные или непроизвольные движения пальцами, напоминающие печатание на клавиатуре.

Симптомы, перечисленные в пункте 2, вызывают снижение или нарушение социальной, профессиональной или другой деятельности.

2.2. Использование Интернета позволяет избежать симптомов "синдрома отказа".

3. Интернет часто используется в течение большего количества времени или чаще, чем было задумано.

4. Существуют постоянное желание или безуспешные попытки прекратить или начать контролировать использование Интернета.

5. Огромное количество времени тратится на деятельность, связанную с использованием Интернета (покупку книг про Интернет, поиск новых браузеров или провайдеров, систематизацию найденных в Интернет файлов).

6. Значимая социальная, профессиональная деятельность, отдых прекращаются или редуцируются в связи с использованием Интернета.

7. Использование Интернета продолжается, несмотря на знание об имеющихся периодических или постоянных физических, социальных, профессиональных или психологических проблемах, которые вызываются использованием Интернета (недосыпание, семейные (супружеские) проблемы, опоздания на назначенные на утро встречи, пренебрежение профессиональными обязанностями, или чувство оставленности значимыми другими).

### **Тест Интернет-зависимости Чен (шкала CIAS)**

(Малыгин и др., 2010)

Вы пользовались Интернетом в течение последних 6 месяцев?

ДА (Пожалуйста, продолжите заполнение пунктов теста)

НЕТ (Остановитесь на этом, пожалуйста)

Инструкция: Ниже приведен список вариантов занятий или описание ситуаций, связанных с Интернетом, с которыми могли бы согласиться люди, имеющие опыт пребывания в Сети. Пожалуйста, прочитайте каждый из них внимательно, и отметьте галочкой (V) тот ответ, который наиболее точно отражает характер вашего пребывания в Интернете за последние 6 месяцев. Вам предлагаются 4 варианта ответа: от наименее к наиболее подходящему. Пожалуйста, отметьте только один ответ для каждого пункта и не пропускайте ни

одного пункта: 1) совсем не подходит; 2) слабо подходит; 3) частично подходит; 4) полностью подходит.

1. Мне не раз говорили, что я провожу слишком много времени в Интернете
2. Я чувствую себя некомфортно, когда я не бываю в Интернете в течение определенного периода времени.
3. Я замечаю, что все больше и больше времени провожу в Сети
4. Я чувствую, беспокойство и раздражение, когда Интернет отключен или недоступен
5. Я чувствую себя полным сил, пребывая онлайн, несмотря на чувствовавшуюся ранее усталость
6. Я остаюсь в сети в течение более длительного периода времени, чем намеревался, хотя я и планировал только «зайти на минутку»
7. Хотя использование Интернета негативно влияет на мои отношения с другими людьми, количество времени, потраченного на Интернет, остается неизменным
8. Несколько раз (>1) я спал менее четырех часов из-за того, что «завис» в Интернете
9. За последний семестр (или за последние 6 месяцев) я стал гораздо больше времени проводить в Сети
10. Я переживаю или расстраиваюсь, если приходится прекратить пользоваться Интернетом на определенный период времени
11. Мне не удается преодолеть желание войти в Сеть
12. Я отмечаю, что я выхожу в Интернет вместо личной встречи с друзьями
13. У меня болит спина или я испытываю другого рода физический дискомфорт после сидения в Интернете
14. Мысль зайти в сеть приходит мне первой, когда я просыпаюсь утром
15. Пребывание в Интернете привело к возникновению у меня определенных неприятностей в школе или на работе
16. Пребывая вне сети в течение определенного периода времени, я ощущаю, что упускаю что-то
17. Мое общение с членами семьи сокращается из-за использования Интернета
18. Я меньше отдыхаю из-за использования Интернета
19. Даже отключившись от Интернета после выполненной работы, у меня не получается справиться с желанием войти в Сеть снова
20. Моя жизнь была бы безрадостной, если бы не было Интернета
21. Пребывание в Интернете негативно повлияло на мое физическое самочувствие

22. Я стараюсь тратить меньше времени в Интернете, но безуспешно

23. Для меня становится обычным спать меньше, чтобы провести больше времени в Интернете

24. Мне необходимо проводить все больше времени в Интернете, чтобы получать то же удовлетворение, что и раньше

25. Иногда у меня не получается поесть в нужное время из-за того, что я сижу в Интернете

26. Я чувствую себя усталым днем из-за того, что ночью сидел в Интернете

*Обработка результатов:* посчитайте общее количество баллов. Интерпретируйте полученные результаты на основе *ключа*:

От 27 до 42 баллов — минимальный риск возникновения Интернет-зависимого поведения.

От 43 до 64 баллов — склонность к возникновению Интернет-зависимого поведения.

От 65 и выше баллов — выраженный и устойчивый паттерн Интернет-зависимого поведения.

Если вы заинтересовались этим тестом, можете провести полную обработку данных и подсчитать значения по частным параметрам.

1. *Шкала компульсивных симптомов (Com)* — навязчивое стремление выйти в Интернет (сумма баллов за вопросы 11, 14, 19, 20, 22).

2. *Шкала симптомов отмены (Wit)* — неприятные эмоции, переживания, когда использование Интернета становится невозможным (сумма баллов за вопросы 2, 4, 5, 10, 16).

3. *Шкала толерантности (Tol)* — увеличение частоты и продолжительности использования Интернета (сумма баллов за вопросы 3, 6, 9, 24).

4. *Шкала внутриличностных проблем и проблем, связанных со здоровьем (IH)* — конфликты с окружающими, внутриличностный конфликт, соматические симптомы (головная боль, боль в спине и др.) вследствие использования Интернета (сумма баллов за вопросы 7, 12, 13, 15, 17, 18, 21).

5. *Шкала управления временем (TM)* — трудности контроля и оценки времени, проводимого в Интернете (сумма баллов за вопросы 1, 8, 23, 25, 26).

6. *Критерий интегральных (ключевых) симптомов непосредственно самой Интернет-зависимости* (сумма баллов по шкалам 1, 2, 3: Com+ Wit + Tol).

7. *Критерий негативных последствий использования Интернета* (сумма баллов по шкалам 4, 5: IH + TM).

Согласны ли вы с полученными результатами? Почему? Какие выводы вы для себя сделали?

### **Тест на детскую Интернет-зависимость**

(Кулаков, 2004)

Ответы даются по 5-балльной шкале: 1 – очень редко, 2 – иногда, 3 – часто, 4 – очень часто, 5 – всегда.

1. Как часто ваш ребенок нарушает временные рамки, установленные вами для пользования сетью?
2. Как часто ваш ребенок запускает свои обязанности по дому для того, чтобы провести больше времени в сети?
3. Как часто ваш ребенок предпочитает проводить время в сети вместо того, чтобы провести его в кругу семьи?
4. Как часто ваш ребенок формирует новые отношения со своими друзьями по сети?
5. Как часто вы жалуетесь на количество времени, проводимое вашим ребенком в сети?
6. Как часто учеба вашего ребенка страдает из-за количества времени, проводимого им в сети?
7. Как часто ваш ребенок проверяет свою электронную почту, прежде чем делать что-либо еще?
8. Как часто ваш ребенок предпочитает общение в сети общению с окружающими?
9. Как часто ваш ребенок сопротивляется или секретничает при вопросе о том, что он делает в Интернете?
10. Как часто вы заставляли своего ребенка пробравшимся в сеть против вашей воли?
11. Как часто ваш ребенок проводит время в своей комнате, играя за компьютером?
12. Как часто ваш ребенок получает странные звонки от его новых сетевых «друзей»?
13. Как часто ваш ребенок огрызается, кричит или действует раздраженно, если его побеспокоили во время пребывания в сети?
14. Как часто ваш ребенок выглядит более уставшим и утомленным, чем в то время, когда у вас еще не было Интернета?
15. Как часто ваш ребенок выглядит погруженным в мысли о возвращении в сеть, когда он находится вне сети?



16. Как часто ваш ребенок ругается и гневается, когда вы сердитесь по поводу времени, проведенного им в сети?
17. Как часто ваш ребенок предпочитает своим прежним любимым занятиям, хобби, интересам других нахождение в сети?
18. Как часто ваш ребенок злится или становится агрессивным, когда вы накладываете ограничения на время, которое он проводит в сети?
19. Как часто ваш ребенок предпочитает вместо прогулок с друзьями проводить время в сети?
20. Как часто ваш ребенок чувствует подавленность, упадок настроения, нервничает, когда находится вне сети, а по возвращении в сеть все это исчезает?

При сумме баллов 50–79 родителям необходимо учитывать влияние Интернета на жизнь своего ребенка и всей семьи. Если сумма баллов 80 и выше, необходима помощь психолога или психотерапевта.

### **Степень религиозной аддикции**

(Телепова, 2012)

Отметьте степень своего согласия с утверждениями, используя следующую шкалу: я далек от этого - 1 балл; это не про меня - 2 балла; иногда думаю, что это так - 3 балла; узнаю себя - 4 балла; да, это обо мне - 5 баллов.

1. Посещение церковного богослужения для меня – самое важное в жизни.
2. У меня возникают конфликты с близкими из-за количества времени, которое я провожу в церкви.
3. Я иду в церковь, чтобы испытать радость, отвлечься от моих проблем.
4. В последнее время я провожу все больше времени с верующими на богослужениях, на служении людям нашей общины, на молитвенных мероприятиях.
5. Если по какой-то причине не могу посетить богослужение, испытываю уныние, раздражительность, упадок сил.
6. Понимаю, что в жизни есть и другие приоритеты: работа, семья, образование, поэтому иногда пытаюсь сократить время на духовную деятельность.

Если набрано 24 и более баллов, можно предположить высокую степень религиозной аддикции.

## **5. Памятки для пациентов и их близких**

### **Образец заключения амбулаторного контракта (Штайнер, 2003)**

«Вы будете посещать групповую терапию раз в неделю и, возможно, изредка – индивидуальные сессии. Я буду рассчитывать на то, что вы как можно скорее прекратите пить, а также будете продолжать воздерживаться от спиртного, как минимум, год, поскольку из своего опыта я знаю, что те, кто не сумел в течение года поддерживать трезвый образ жизни, как правило, так и не излечиваются от алкоголизма. Если вы в течение года будете воздерживаться от употребления алкоголя, посещая при этом терапию, то, возможно, вас удастся вылечить, то есть вы снова сможете контролировать количество выпитого в такой степени, что потребление спиртного больше не будет для вас проблемой. Это лечение предполагает, что вы будете не только соблюдать трезвость, но и проявлять свою активность в отношении любого другого состояния дел, которые могут способствовать вашему излечению. Я, как терапевт, буду направлять вас, но ответственность за ваши действия всегда несете вы сами. Я смогу встречаться с вами по понедельникам в 10 часов утра».

### **Памятка для родителей подростка**

(Ларионов, 1997; Данилин, Данилина, 2001; Березин, Лисецкий, 2001)

Заключите с подростком договор на 1–2 месяца. Обязательно убедите сына получить специализированную помощь; используйте для этого его жалобы на самочувствие, настроение и работоспособность, страх перед призывом в армию и т.п. Предложите подростку приобретать наркотики только на ваши деньги, употреблять их только дома и только в одиночку, причем в присутствии кого-либо из родителей, самостоятельно вести график учета дней с наркотиками и без них. Четко определите обязанности подростка в семье, поручите ему заботу о младшем ребенке или домашнем животном и не подстраховывайте его в этом.

Возьмите на себя обязательство не ругать подростка за употребление наркотиков, дайте согласие на их употребление дома, выделяйте деньги на приобретение наркотиков, открыто обсуждая с ребенком возможности семейного бюджета. Предупредите, что перестанете давать ему деньги, если он нарушит договор, и не будете оплачивать его долги.

Поддерживайте постоянную связь со специалистом для согласованных действий по отношению к подростку. Срочно обращайтесь за помощью в таких случаях, как внезапно возникший семейный конфликт, драка с бывшими друзьями, исключение из школы, потеря работы и т.п.

Создайте в семье атмосферу открытых и теплых отношений, без упреков и навязывания своих оценок и мнений, интересно проводите вместе время; в моменты разногласий старайтесь понять и по возможности разделить точку зрения сына. И в период приема наркотиков, и во время ремиссии давайте подростку чувствовать, что вы его любите. Говорите с подростком о его настоящем и будущем, не напоминая ему о прошлом. Открыто, искренне проявляйте свои чувства.

Не ждите, что наркоман легко перейдет от благих намерений к делу, тогда вам не придется чувствовать себя обманутыми, а ему – избавляться от чувства несостоятельности с помощью наркотика. С другой стороны, постоянный контроль, обыски и осмотры подростка лишь усилят его напряженность, которую он будет привычно снимать наркотиком. Перестаньте контролировать общение сына с друзьями, подслушивать его телефонные разговоры, диагностировать его состояние по глазам или венам, требовать от него учиться или работать.

Не потакайте потребности подростка быть самым плохим, самым несчастным и нуждающимся, чтобы его постоянно спасали. Не стыдите подростка и не упрекайте его, не шантажируйте его лишением того, что ему дорого. Не причитайте, не брюзжите и не обвиняйте подростка в своих несчастьях. Выражая свое недовольство *поведением* подростка, начинайте с признания положительного в подростке, обсуждайте лишь конкретный случай, говорите корректно и закончите разговор дружелюбным конструктивным предложением.

### **Памятка родственникам аддикта**

Не провоцируйте пьяного собственными враждебными поступками и высказываниями, а наоборот, мобилизуйте все свое миролюбие. Переключите его эмоции на несовместимое с агрессией состояние с помощью доброжелательного (не саркастического!) юмора, нежных чувств к ребенку, своей сексуальной привлекательности (но близость лучше отложить, чтобы не подкреплять пьянство и агрессию). Если пьяный фиксируется на негативных моментах – не оспаривая этого, обратите его внимание также и на положительные моменты.

Не вступайте с пьяным в затяжные разговоры об алкоголизме и связанных с ним проблемах, дайте ему лишь возможность объективно (без критической оценки) увидеть себя сейчас со стороны. Никогда не давайте пьяному денег. Не покупайте А-зависимому спиртные напитки, не подавайте и не предлагайте ему алкоголь. И наоборот, не отнимайте

спиртное, не выливайте его и не пытайтесь опустошить тайники, если только вас не попросит об этом сам А-зависимый.

Ни в коем случае не считайте аддикта безнадежным, ведите переговоры при любых разногласиях. Не разговаривайте с ним свысока и не занимайте благородно униженную позицию; сразу делитесь чувством обиды и просите дать конструктивный ответ. Когда вы видите подлинный интерес и усилия с его стороны, предлагайте свою помощь и сами просите о том, чего вы хотите.

Требуйте от аддикта, чтобы он подумал о путях решения своей проблемы, и затем рассказал о них. Настаивайте на том, чтобы он выполнял по крайней мере половину этой работы. Если аддикт отверг три или более совета, вы занимаетесь Спасением. Дайте один или два и посмотрите, будут ли они приняты. Если нет, перестаньте давать советы.

Не проявляйте излишнего рвения, делайте только то, что вам хочется, не беря на себя чужую ответственность. Пока зависимый не принимает активного участия в борьбе со своей аддикцией, не помогайте ему без его просьбы, не выполняйте его поручений, не делайте за него работу по дому, не подвозите его на машине и т.п.

#### **Памятка созависимой (С.Н. Зайцев (2004))**

1. Различайте, когда Вы имеете дело с мужем (сыном, братом и т.д.), а когда с болезнью. Если пациент соглашается принять медицинскую помощь в полном объеме — это здоровая часть личности. Если уклоняется от лечения — это болезнь.

2. Заботьтесь только о здоровой части личности зависимого, а зависимую субличность («болезнь») игнорируйте.

3. Перестаньте опекать зависимого. Насколько он заботится о Вас, настолько и Вы заботьтесь о нем.

4. Относитесь к зависимому как к человеку, который способен и даже должен позаботиться не только о себе, но и о близких людях. Если он отказывается это делать, необходимо проявлять твердость.

5. Признайте за зависимым право на ошибки и их исправление. Он сам может и должен проанализировать свое поведение и обратиться за помощью к врачу.

6. Избавьтесь от панического страха за жизнь повзрослевшего ребенка. Все, что Вы должны была сделать для сына, Вы уже сделала для него, когда ему не было 18 лет. А теперь пришло время ему позаботиться о Вас.

7. Займитесь удовлетворением своих потребностей, укреплением своего здоровья, своим личностным ростом, оптимистично смотрите на жизнь и радуйтесь жизни. Если Вы будете счастливы, это лучшее, что вы можете сделать для химически зависимого. Пусть даже вначале он обижается или пытается вызвать жалость к себе.

8. Поверьте, что у него достаточно ресурсов для выздоровления. А еще надо поверить в себя, в свое право на уважение, заботу и любовь.

9. Деньги зависимому можно давать только в долг и на определенное время, а если не вернул, больше не давайте. Не покупайте ему вещи и продукты, сигареты и другие психоактивные вещества. Не навязывайте свои советы — это бессмысленно и неэффективно. Психологическую помощь можно предоставить только тогда, когда зависимый просит о ней.

10. Выполняйте все рекомендации своего лечащего врача по коррекции созависимости. Для этого нужно провести границу между своей личностью и личностью зависимого, между своей и его жизнью и ни при каких обстоятельствах не позволять болезни вмешиваться в свою жизнь. А сын (муж) сам разберется со своей болезнью при помощи своего врача.

Примерный план санкций по отношению к болезни:

- Даю три дня на размышления. Если ты за это время не обратился к врачу — перестаю тебе готовить.
- Еще три дня не был у нарколога или был, но отказался выполнять назначения — перестаю стирать твои вещи.
- Не реагируешь? И я перестаю откликаться на твои просьбы и предложения.
- Опять три дня впустую? Перестаю с тобой разговаривать на любые темы, кроме как о лечении.
- Уклоняешься от лечения? Предпринимаю меры к раздельному ведению хозяйства: разделение вещей, мебели, врезка замка в свою часть квартиры, возможно — установка железной двери.
- И это на тебя не влияет? Через три дня оформляю раздел лицевого счета.
- Не произвело впечатления? Подаю заявление на развод.
- Не желаешь лечиться? Через три дня судебный исполнитель описывает имущество.
- И т.д. вплоть до полного разрыва отношений с болезненно измененной частью личности.

**Жизнь без сигарет (Зайцев, 2005)**

1. Письменно изложите причины, побуждающие вас к отказу от курения. Отметьте не только плохое, от чего Вы хотели бы избавиться, не только плохое, чего Вы хотели бы избежать, но и какие-то положительные изменения в Вашем самочувствии, настроении, поведении и в жизни, которых Вы ожидаете. Описывайте все очень подробно, отмечая детали и «мелочи».

2. Дополните этот список очень подробными ответами на дополнительные вопросы, которые вы можете отнести к своему случаю:

- Как изменится Ваше здоровье, когда Вы отвыкнете от курения?
- Возможны ли какие-то изменения со стороны органов дыхания?
- Как изменятся функции сердечно-сосудистой системы, ощущения сердца, если жить без табака? Укажите, сколько, на Ваш взгляд, стоит операция на сердце? Где вы могли бы взять эти деньги, если бы продолжали курить еще несколько лет?
- Как изменится в последующее время состояние здоровья членов Вашей семьи: жены, детей? Возможно ли уменьшение аллергической настроенности и простудных заболеваний?
- Как изменится Ваш внешний вид, если Вы откажетесь от курения? Отметьте состояние кожных покровов, желтизну пальцев, цвет зубов, сосудистую сетку на лице, морщины. Почему, для чего и для кого Вы хотите лучше выглядеть?
- Как изменится запах изо рта, от волос, одежды, в квартире? Если отсутствие запаха табачного перегара облегчит общение, сближение, взаимопонимание с людьми, то что это Вам даст?
- Какой пример Вы подадите детям, если откажитесь от курения?
- Как отразится отказ от курения на успеваемости ваших детей в школе, их успешности в жизни? Через какое время Вы заметите такие изменения, если организм пассивного курильщика полностью освобождается от накопленных табачных ядов за 4–6 месяцев?
- Кому нужно, чтобы Вы и ваши дети курили? Кто способствовал тому, чтобы Вы стали больным никотиновой зависимостью? Что бы Вы хотели сказать, пожелать этим людям?
- Как скажется отказ от курения на Вашей работе, карьере, учебе через месяц, 3 месяца, год, если учесть, что жизненная активность и работоспособность повысятся в 2 раза? Каков Ваш жизненный план на это время?
- Что означает для Вас новая степень свободы при отказе от курения?
- Что Вы сможете доказать себе и окружающим этим поступком?

- Как Вы могли бы потратить освободившееся от перекуров время — 8–12 часов в неделю?
- Если иметь в виду проблемы, возникающие в переходный период, то у кого Вы могли бы поучиться умению преодолевать трудности? На кого Вы хотели бы походить в успешном решении задачи отвыкания от курения?
- Подсчитайте, какие деньги Вы тратили на покупку сигарет в месяц, в год, за все годы, что Вы курите. Если представить, что Вы уже не курите такое же время, как вы потратите накопившиеся деньги?
- Если к сумме, потраченной на приобретение сигарет, Вы добавите сумму в 4 раза большую, сумму упущенной выгоды, что Вы могли бы заработать, если бы Ваши мыслительные функции и работоспособность не страдали от курения, как Вы потратите эти деньги? Какую сделаете покупку?
- Кому Вы сделаете подарок, отказавшись от курения, кому посвятите этот поступок?
- Как изменится Ваше настроение? Чем будете снимать стресс, чувство нервного напряжения? Как с этими задачами справляются некурящие?
- В какую сумму Вы оцениваете один год вашей жизни? Учитывая, что сигарета сокращает жизнь человека на 10%, укажите, где и каким способом Вы могли бы заработать эти деньги? Будьте честны перед собой.
- Если не останавливаться на отказе от курения, как еще Вы хотели бы улучшить качество своей жизни? Будьте готовы использовать большое количество сил, энергии, времени, сжигавшихся прежде впустую заодно с табаком.
- Чему Вас научило табакокурение? Какой урок Вы могли бы извлечь из того, что с Вами произошло? Какой жизненный опыт, какие умения, навыки Вы могли бы вынести из случившегося в дальнейшую жизнь? Как это могло бы помочь Вам в будущем?

### **Резкое прекращение курения (Зайцев, 2005)**

1. Заранее наметьте день отказа от курения. Лучше приурочить этот день к какому-то событию, к выходному, к какой-то поездке.
2. Сообщите о своем намерении отказаться от курения родным, друзьям, сослуживцам. Если вы склоните к такому же решению кого-то еще, у вас появится возможность взаимной поддержки и обмена опытом по преодолению каких-то препятствий. Пospорьте с кем-то, например, на шоколадку или другой маленький интерес, что вы точно бросите курить.

3. Заранее запаситесь семечками, орешками, конфетами или жевательной резинкой, чтобы воспользоваться ими, когда внезапно появится очень сильное желание закурить. Этим приемом можно пользоваться в течение первых 2-х недель с момента отказа от курения.

4. Заранее приобретите в аптеке никотин в виде смолы в жевательной резинке, пластыри или вещество, похожее по действию на никотин. Это смягчит проявления никотиновой абстиненции, особенно ярко выраженные в течение 7 дней с момента отказа от курения.

5. Чтобы почувствовать контраст между ощущением табачного перегара и ощущением свежести во рту, в течение первых 7 дней с момента отказа от курения используйте зубной эликсир, мятную жевательную резинку, мятные таблетки и конфеты или чистите зубы 3–4 раза в день.

6. В последний день курения возьмите сигареты пониже сортом, которые вам особенно противны, и слегка перекурите до легкого отравления, чтобы во рту было неприятно.

7. В последний день курения раздайте кому угодно запасы сигарет, пепельницы, зажигалки и т.д., чтобы ничто не напоминало вам об этом пристрастии. Дома, в местах, где вы чаще всего курили, попробуйте что-то изменить: сменить обои или занавески, переставить мебель или какие-то предметы, заменить коврик, перевесить полочку на другое место, провести маленький косметический ремонт или сделайте генеральную уборку.

### **Постепенный отказ от курения (Макаров, 1999)**

1. Разделите лист бумаги на 2 части: «Польза курения» и «Вред курения». Под каждым заглавием столбиком перечислите все ваши аргументы за и против курения. Попросите близкого человека добавить свои пункты. Подберите пищевые добавки для уменьшения вреда курения в соответствии с нарушенными функциями.

2. Как курить меньше? – Позволять себе курить, только когда очень хочется. Сделать курение самостоятельным делом, не курить во время работы, на ходу, при чтении, перед телевизором, за рулем.

3. Как курить еще меньше? Сменить стереотип: курить в непривычных для себя местах, постоянно менять сорта сигарет, изменить саму процедуру потребления табака: если курил в компании, курить в одиночестве и наоборот. Заменить приятные ощущения во рту и руках: грызть семечки, орешки, сладости.

4. Удастся ли мне сейчас прекратить курение? Расширить территории, свободные от курения: место работы, дом, улица. Полностью отказаться от курения один день в неделю.



Затем увеличить число таких дней. Ослаблять желание курить путем глубокого дыхания, отвлечения, самовознаграждения, сна. При мысли «Как хочется курить!» думать: «Какой же я сильный, раз побеждаю даже такое сильное желание!».

5. Полный отказ от курения. Выбрать удобное время и место для прекращения курения: поездка, интенсивная работа и другие обстоятельства, в которых меньше обычного хочется курить.

#### **Памятка курильщика (Макаров, 1999)**

Выберите 3–4 самых легких для Вас правила из списка. Когда сможете соблюдать их постоянно, переходите к следующему правилу – и так до тех пор, пока самоконтроль не укрепится настолько, что Вы сможете отказаться от курения вообще.

1. Не курите натошак, старайтесь как можно дальше отодвинуть момент закуривания первой сигареты.
2. Не курите за 1,5–2 часа до приема пищи.
3. Не курите сразу после еды.
4. При возникновении желания закурить повремените с его реализацией и постарайтесь чем-нибудь себя занять или отвлечь.
5. Постарайтесь заменить курение легкими физическими упражнениями или прогулкой.
6. Замените сигарету стаканом сока, минеральной воды, жевательной резинкой, несладкими фруктами.
7. Всякий раз, беря сигарету, кладите пачку подальше от себя.
8. Не носите с собой зажигалку или спички.
9. После каждой затяжки опускайте сигарету.
10. Перестаньте глубоко затягиваться.
11. Выкуривайте сигарету только до половины.
12. Прекращайте курить, как только в вашем присутствии кто-нибудь закурит.
13. Покупайте каждый раз не больше одной пачки сигарет.
14. Покупайте сигареты разных марок, а не только свои любимые.
15. Старайтесь как можно дольше не открывать новую пачку сигарет.
16. Курите стоя или сидя на неудобном стуле.
17. Не курите, когда руки заняты каким-либо делом.
18. Перестаньте курить на работе.
19. Перестаньте курить в квартире.

20. Не курите на улице.
21. Не курите, когда ожидаете чего-то (телефонного звонка, автобуса на остановке и т.п.).
22. Не курите, когда смотрите телевизор, слушаете музыку, пьете кофе и т.д.
23. В часы отдыха выбирайте наиболее приятное для вас занятие, но не курите.
24. Когда у вас кончились сигареты, ни у кого их не заимствуйте.
25. Отказывайтесь от каждой предложенной вам сигареты.

### **Выход из кофейновой зависимости (Макаров, 1999)**

Постоянно следите за тем, чтобы доза кофеина не превышала индивидуально переносимую. Замените несколько приемов кофе другими любимыми напитками без кофеина или кофе без кофеина. В свободные дни полностью откажитесь от кофе. Затем выделить один рабочий день без кофе. Параллельно найдите замену стимулирующему действию кофе.

### **Выход из пищевой зависимости (Uexkull, 1990):**

1. Подробно записывайте, что Вы ели, сколько, в какое время, где и с кем это происходило, как Вы при этом себя чувствовали, о чем говорили.
2. Выявите и устранили запасы высококалорийной еды, сладостей. Количество «опасных» продуктов в доме необходимо ограничивать, а доступ к ним сделать трудным. На случай, когда невозможно противостоять желанию что-то съесть, под рукой должны быть низкокалорийные продукты, такие как сельдерей или сырая морковь. Ешьте только на кухне, не включая телевизор и не читая. Даже для самых скромных перекусов используйте самую изысканную посуду и столовые приборы, яркие салфетки.
3. Во время еды считайте каждый глоток и кусок. После каждого третьего куска отодвигайте столовый прибор, пока кусок не будет пережеван и проглочен. Делайте паузы – вначале в конце еды, так как это переносится легче. Со временем паузы становятся длиннее, чаще и начинаются раньше. Все внимание должно быть сосредоточено на процессе еды и на получении удовольствия от пищи. Необходимо создать уютную, приятную, спокойную и расслабленную атмосферу и, конечно же, избегать разговоров за столом.
4. Подсчитывайте баллы за каждое достижение в изменении своего поведения: за ведение дневника, за подсчет глотков и кусков, за паузы во время еды, за прием пищи в определенном месте и из определенной посуды и т. д. Если, несмотря на большое искушение, Вам удалось найти альтернативу еде, можно удвоить все ранее набранные баллы.

Накопленные баллы суммируются и при помощи членов семьи превращаются в награду — например, в освобождение от домашней работы. Баллы можно также переводить в деньги.

5. Устраивайте споры с собой. Например: «Нужно так много времени, чтобы похудеть» — «Но я все же худею, а теперь я учусь сохранять достигнутый вес». Или: «У меня никогда ничего не получалось. Почему должно получиться сейчас?» — «Все имеет свое начало, а сейчас мне поможет эффективная программа. В ответ на возражение: «Я не могу прекратить украдкой хватать кусочки еды» — контраргумент может быть таким: «А это и нереально. Я просто буду стараться делать это пореже». Или: «Я постоянно замечаю, что думаю о сказочном вкусе шоколада» — «Стоп! Такие мысли меня только напрягают. Лучше подумать о том, как я загораю на пляже». В ответ на отговорку: «В моей семье все полные. У меня это наследственное», — можно сказать себе: «Это осложняет похудение, но не делает его невозможным. Если я выдержу, то добьюсь успеха».

#### **Формулы самовнушения в процессе аутотренинга при навязчивой мастурбации**

«Частое онанирование ослабляло мою нервную систему. Теперь она отдыхает, укрепляется. Самочувствие улучшается. Я становлюсь бодрее, жизнерадостнее, увереннее в своих силах. Чувствую себя здоровым, крепким мужчиной. Рядом с женщиной чувствую себя сильным. Близость женщины вызывает естественное половое желание, нормальное половое влечение, освобождает дремавшую общительность, жизнерадостность. При мысли об онанизме чувствую брезгливость и отвращение. И в постели, и в туалете мне противно думать об онанизме. Лечение укрепляет мою нервную систему. С женщиной я смел и уверен. В интимной обстановке чувствую себя сильным. Я становлюсь волевым человеком. Я способен всегда поступать так, как подсказывает мой разум. Выполняю свое решение до конца. Онанирование стало противным и отталкивающим. Все, что раньше вызвало желание онанировать, теперь мне безразлично. Теперь я свободен от прежнего желания онанировать. Теперь я сильнее этой привычки. Я бросил привычку онанировать раз и навсегда. Я хотел это сделать, и я это сделал. Стремление онанировать побеждено. Без женщины половое желание едва заметно. Его легко подавить усилием воли. Желание онанировать стало слабым и безразличным. Его легко оставлять без внимания. Голова свободная. Она освободилась от противоречивых стремлений. Ей легко сосредоточиться на любой мысли. Мысли спокойные и уверенные. Я легко владею собой».

#### **Рекомендации Калифорнийского совета по проблеме игровой зависимости**

1. Решите заранее, сколько времени и денег вы выделяете на азартную игру.
2. Играйте, осознавая, что вы скорее проиграете, чем выиграете, поэтому играйте на такую сумму, которую вы можете позволить себе потерять.
3. Принимайте обдуманные решения по поводу вашей игры – учитывайте случайности.
4. Расценивайте азартную игру как развлечение, а не как источник дохода.
5. Если вам достался хороший выигрыш – радуйтесь! Но напомните себе, что, вероятно, это больше никогда не повторится.
6. Не играйте в азартные игры, когда вы устали, вам скучно, вы взволнованы или сердиты.
7. Регулярно записывайте, сколько времени и денег вы потратили на азартную игру.
8. Воспринимайте вашу семью и друзей серьезно. Если они обеспокоены вашей игрой, они, возможно, видят что-то, чего вы не замечаете.
9. Играйте только на собственные деньги. Не одалживайте.
10. Осознайте, что в большинстве видов азартных игр вы не имеете влияния на ход игры, – результат случаен.
11. Во время игры прерывайтесь: пройдитеесь, поешьте, выйдите на улицу, чтобы голова прояснилась.
12. Сохраняйте ясность мышления во время игры – ограничивайте потребление алкоголя.
13. Уравновешивайте азартную игру другими видами отдыха.
14. Идите играть вместе с тем, у кого нет проблем с азартными играми.
15. Не усугубляйте положение – не пытайтесь отыграть проигрыши.
16. Когда идете играть, не берите с собой кредитные и банковские карточки.
17. Установите себе лимит времени на игру.
18. Принимайте собственные решения по поводу азартных игр – не играйте из-за того, что другие так хотят.
19. Не используйте азартную игру как способ избежать негативных чувств или ситуаций.
20. Если вы озабочены своим пристрастием к азартной игре, поговорите с тем, кому вы доверяете.

## **Памятка родителям ребенка с компьютерной зависимостью**

(Юрьева, Больбот, 2006)

1. Показывать личный положительный пример. Важно, чтобы слова не расходились с делом. И если отец разрешает сыну играть за компьютером не более часа в день, то и сам он не должен играть по три-четыре часа.

2. Ограничить время работы с компьютером, объяснив, что компьютер — не право, а привилегия, поэтому общение с ним подлежит контролю со стороны родителей. Резко запрещать работать на компьютере нельзя. Если ребенок склонен к компьютерной зависимости, он может проводить за компьютером два часа в будний день и три — в выходной. Обязательно с перерывами.

3. Предложить другие возможности времяпровождения. Можно составить список дел, которыми можно заняться в свободное время. Желательно, чтобы в списке были совместные занятия (походы в кино, на природу, игра в шахматы и т. д.).

4. Использовать компьютер как элемент эффективного воспитания, в качестве поощрения (например, за правильно и вовремя сделанное домашнее задание, уборку квартиры и т. д.).

5. Обращать внимание на игры, в которые играют дети, так как некоторые из них могут стать причиной бессонницы, раздражительности, агрессивности, специфических страхов.

6. Обсуждать игры вместе с ребенком. Отдавать предпочтение развивающим играм. Крайне важно научить ребенка критически относиться к компьютерным играм, показывать, что это очень малая часть доступных развлечений, что жизнь гораздо разнообразней, что игра не заменит общения.

7. В случаях, если родители самостоятельно не могут справиться с проблемой, обращаться к психологам, в специализированные центры.

## **Рекомендации Интернет-зависимому**

(Young, 1998):

- написать собственный перечень проблем,
- поставить цели,
- войти в группу поддержки,
- использовать семейную терапию,
- воздерживаться от использования Интернета в оговоренных случаях,
- использовать карточки с напоминаниями,

- использовать внешние стоп-сигналы,
- чаще разумно использовать время вне сети.

### **Памятка TV- аддикту**

(Kaufman, 2005)

• Подумайте о том, зачем вы слишком много смотрите телевизор, и зачем хотите оставаться.

Продумайте, как использовать время, которое раньше шло на просмотр телепередач.

- Заручитесь поддержкой семьи и друзей.
- Уберите телевизор из дома.
- Прекратите подписку на кабельные каналы и снимите антенну.
- Приобретите маленький черно-белый телевизор и поставьте его в неудобное для просмотра место.
- Остерегайтесь компенсировать аддикцию за счет просмотра видео или фильмов по компьютеру.
- Начните вести дневник, куда ежедневно заносите время просмотра

### **20 способов сопротивления нежелательному социальному воздействию**

(Zimbardo, Andersen, 1995)

1. Практикуйте временами отклоняющееся от вашей привычной нормы (девиантное) поведение (вариант практикуйтесь быть иногда девиантом); нарушайте свой обычный ролевой и личностный образ; учитесь принимать отвержение; играйте с наблюдением за собой с разных точек зрения.

2. Практикуйте высказывания: "Я сделал ошибку", "Мне жаль", "Я был не прав", "...и я научился на этой ошибке".

3. Отдавайте себе отчет в общей перспективе, которую другие используют для обрамления проблемы, ситуации, текущего события, поскольку принятие их рамки в их терминах дает им силовое преимущество. Будьте готовы сделать шаг назад и отвергнуть эту рамку в целом и предложите вашу альтернативу перед обсуждением деталей.

4. Будьте скорее готовы претерпевать кратковременные потери в деньгах, самоуважении, времени и усилиях, чем страдать от разлада по поводу пагубного обязательства, которое держит вас в западне. Примиряйтесь с "заниженными издержками", игнорируйте

искушение и двигайтесь дальше с жизненным знанием, извлеченным из вашей ошибки или неверного решения и позволяющим не повторять этого.

5. Будьте готовы отступить назад из любой межличностной ситуации и сказать себе и этому значимому (контролирующему) другому: "Я могу продолжать жить без твоей любви, дружбы, расположения, плохого обращения, даже если такое действие может ранить пока ты не прекратишь делать X и не начнешь делать Y".

6. Всегда избегайте предпринимать сомнительные действия, которые, как настаивает провокатор изменения, должны быть сделаны немедленно; выходите из ситуации, выделяйте время для размышления, добывайте беспристрастные дополнительные мнения, никогда не торопитесь сразу соглашаться.

7. Настаивайте на понятных объяснениях, без двусмысленной речи; парафразируйте ваш взгляд на это. Не позволяйте провокаторам изменения заставлять вас чувствовать себя глупым; слабые объяснения являются признаками обмана или недостатка адекватного знания у якобы информированного собеседника.

8. Будьте чувствительными к ситуационным требованиям, какими бы тривиальными они ни казались: ролевые отношения, униформы, символы власти, знаки, титулы, групповое давление, правила, показной консенсус, редко встречающиеся лозунги, обязанности и обязательства.

9. Будьте особенно настороже в установлении отношений "хозяин-гость", в которых вас побуждают чувствовать и действовать как гостя, накладывая, таким образом, ограничения на вашу свободу выбора и действия.

10. Не верьте в простые решения сложных личных, социальных и политических проблем.

11. Помните, что нет такой вещи, как подлинная, безусловная любовь со стороны незнакомых людей; любовь, дружба и доверие должны развиваться со временем и обычно включают взаимообмен, преодоления и соучастие некоторую работу и обязательство с вашей стороны.

12. Когда обнаруживаете себя в обстановке обезличенного влияния, индивидуализируйте (выделяйте из ряда подобных) себя и агента влияния, чтобы установить взаимную человечность, индивидуальность, совместные интересы; прорывайтесь через ролевые ограничения посредством контакта глаза в глаза, персональных имен и похвал; владейте своей и партнерской личностными идентичностями.

13. Избегайте "тотальных ситуаций", которые непривычны и в которых у вас мало контроля и свободы; немедленно определяйте границы вашей автономии; проверяйте психологические и физические выходы: принимайте небольшие ссоры как приемлемые издержки ухода от того, что могло быть большей потерей, если было бы доведено до конца.

14. Практикуйте "независимое участие" ("беспристрастный интерес"), занимайте свое сознание критическим оцениванием, отключайте свои эмоции в конфронтациях с теми, кто являются по-макиавелевски сильными манипуляторами.

15. Жадность и раздувающая самолюбие лесть далеко продвинут манипуляторов-контролеров сознания и агентов жульничества, но только если вы позволяете себе быть совращенным этими ложными мотивами; сопротивляйтесь их соблазну, ориентируясь на самого честного, уверенного в себе человека, которого вы знаете.

16. Распознавайте ваши симптомы вины и индукции вины, провоцируемой в вас другими; никогда не действуйте по мотивам вины. Относитесь терпимо к вине как части вашей человеческой натуры, не спешите улучшать ее на тех путях, которые планируют вам другие.

17. Будьте внимательными в том, что вы делаете в данной ситуации, не позволяйте привычке и стандартной текущей процедуре заставлять вас действовать бездумно в том, что является слегка иной ситуацией.

18. Нет необходимости поддерживать соответствие между вашими действиями в разные моменты времени; вы можете измениться и не придерживаться фальшивого стандарта пребывания "надежным" и поддержания статус-кво.

19. Легитимная (законная) власть заслуживает уважения и иногда нашего послушания, но незаконную власть всегда нужно отвергать, не повиноваться и разоблачать.

20. Недостаточно открыто высказывать расхождение во взглядах или эмоционально страдать от незаконной деятельности или от изменения правил игры, как вы их понимаете, вы должны быть готовы открыто не подчиняться, защищаться, бросать вызов и претерпевать последствия такого поведения.

## **6. Групповые упражнения**

*Заключение контракта.* Напишите на бумаге ответы на следующие вопросы:



- Что бы вы хотели именно для себя такого, что сделало бы вашу жизнь более полной?
- Что надо сделать, чтобы так и получилось?
- Что вы готовы сделать?
- Как вы сами и другие поймете, что эта цель достигнута?
- Какие у вас есть способы саботировать работу над собой?

**Потери.** Ведущий составляет на доске список потерь, связанных с зависимым поведением. Участники подсказывают ему и каждый иллюстрирует одной фразой, что могла бы сказать ему его потеря. Доброволец садится на стул, участники обступают его в роли Потерь, каждый произносит свою фразу и медленно отходит. Доброволец делится своими переживаниями: какую потерю он прочувствовал больше всего; что еще можно вернуть, а чего уже не вернешь; с какой Потерей он хотел бы сейчас поговорить. Происходит диалог с одной или несколькими Потерями. В заключение участники делятся своими чувствами из роли и затем от себя лично.

**Билет на тот свет.** Ведущий записывает на отдельных листочках перечисляемые участниками причины преждевременной смерти химически зависимых и складывает их в пакет. Каждый участник по очереди вытаскивает «свой билет» и молча показывает его содержание, пока группа не угадает. Когда все выполняют упражнение, проводится обсуждение: кто что почувствовал, когда вытащил «свой билет»; что испытал, когда показывал свою смерть; может ли он действительно так умереть?

**Выбор будущего.** Группа сообща рисует две серии последовательных картин будущей жизни, начиная с сегодняшнего дня: подчиненной зависимости и свободной от нее. Первая серия размещается под углом вниз, вторая – вверх. В ролевых играх разыгрывается сначала первая серия, затем – вторая. В заключение осуждаются пережитые чувства.

**Запретный плод.** Группа усаживается в круг, ведущий бросает на середину бумажку и запрещает ее поднимать. Затем ведущий вместе с группой начинает уговаривать каждого по очереди поднять бумажку, ассоциируя ее с ПАВ и подражая собутыльнику или продавцу наркотика. Если участник поднимает бумажку, ведущий лишает его Воли, роль которой начинает играть дублер. Игра повторяется, дублер вслух отказывается поддаться уговорам. В заключение все члены группы принимают обязательство отказаться от роли безвольного человека.

**Барьеры** представлены двумя наборами карточек. Первый набор представляет типичные ситуации, вызывающие срыв у пациента в ремиссии. Вторым набором описывается поведение значимых других, которое может спровоцировать такой срыв. Вначале обсуждают-

ся с пациентом его реакции на провоцирующие ситуации в будущем, затем с членами группы – ситуации, которые могут подталкивать к срыву (например, отказ жены давать мужу карманные деньги).

**Алкоголик и жена.** Разыграйте с партнером ролевую игру. Вечером муж приходит пьяный и играет роль Преследователя своей жены. Утром он покаянно выслушивает ее гневные упреки – роли меняются. Затем она звонит на его работу, сообщая, что он не сможет сегодня прийти по семейным обстоятельствам, играя роль его Спасителя.

**Сцены из семейной жизни.** Водящий выходит за дверь, а семья выстраивает живую скульптуру, изображающую сцену из семейной жизни. Водящий в течение 30 секунд осматривает скульптуру и вновь покидает помещение. В скульптуре меняют роли, расположения действующих лиц, их позиции, мимику и жесты. Водящий вновь заходит и восстанавливает первоначальную скульптуру.

**Разыгрывание семейных конфликтов.** Четыре участника распределяют роли: Обвиняющего, Наставляющего, Избегающего и Умиротворяющего. Они разыгрывают семейный конфликт, каждые пять минут меняясь ролями, пока каждый не попробует все четыре типа манипуляций. Участники обсуждают, кому какая роль далась легче всего и какая – трудней. Каждый в течение двух минут играет свою самую легкую роль и затем также в течение двух минут – самую сложную.

**Спасительница.** Женщина одной рукой удерживает Дочь, рвущуюся к своему парню-наркоману, другой – поддерживает своего пьяного Брата, инфантильный Муж привлекает ее к себе, Мать-сердечница виснет сзади на ее шее, брошенная мужем Подруга плачет на ее груди, а требовательный Начальник толкает кулаком в спину.

**«Отстраненный родитель»** стоит в углу, пока остальные «члены семьи» играют.

**Семейное путешествие.** Каждый член семьи пишет на отдельном листочке, как он в идеале провел бы выходные по принципу: «За все уплачено!» Однако этот принцип осуществим, только если семья проведет выходные вместе, о чем участники и пытаются договориться.

Вариант: семья может взять с собой для 10-дневного отдыха на необитаемом острове 10 предметов. Каждый может взять 3 предмета для себя и 7 – для других. На поиск согласия дается 10 минут. При обсуждении результатов упражнения интересно обсудить выбор предметов, готовность к компромиссам, а главное – осталось ли желание поехать вместе.

**Вопросы добровольцу:**

- Кто доставляет вам больше всего проблем, с кем вы связываете свои трудности?
- Какие несколько слов или фраз могут лучше всего описать ваших отца и мать?

- Вы можете назвать основное сообщение, которые вы получали от родителей?
- В какие моменты вы чувствуете себя наиболее изолированным от других и покинутым?
- Что вы делаете, когда чувствуете себя отверженным или нелюбимым?
- На сколько лет вы себя чувствуете сейчас?
- В чем бы вы хотели изменить поведение своего мужа (своей жены) по отношению к вам?
- В какие моменты вы чувствуете, что ваш муж (ваша жена) критичнее всего к вам?
- Какие слова супруга (супруги) расстраивают вас больше всего?
- Какие несколько фраз хотели бы вы сказать своему ребенку?
- Что бы вы хотели услышать от него?

**Фотоальбом.** Доброволец описывает свою давнюю фотографию, сажает на стул дублера, представляющего его на фото и вступает с ним в диалог.

**Выявление жизненного сценария.** Каждый участник по кругу отвечает на следующие вопросы:

- Что рассказывали в семье о моем рождении?
- Как было выбрано мое имя?
- Моя любимая сказка или история в детстве.
- Что случается с людьми вроде меня?
- Если я не изменюсь, чем это кончится?
- Что при этом скажут обо мне другие?
- Какая надпись на надгробии подвела бы итог моей жизни?

Затем проводится дискуссия, в ходе которой участники вспоминают сообщения, которые получали от родителей и свои ранние решения. Выявляются нечестные игры, в которые играют пациенты, вырабатывается и настрой на установление честных взаимоотношений. Исследуются свои сценарии, пересматриваются жизненные позиции, происходит отказ от реализации деструктивных планов жизни.

**Репетиция.** Участник вслух и с вовлечением других членов группы готовится к актуальной жизненной ситуации, осознавая свои привычные стереотипы и вырабатывая новые идеи и решения.

**Срыв.** Ведущий записывает на доске в один столбец высказывания участников о типичных ситуациях, вызывающих срыв пациента в ремиссии, а в другой столбец - провоцирующее поведение окружающих. Затем перечисленные ситуации разыгрываются в ролевых играх и обсуждаются.

**Автономия.** Инструкция: «Договоритесь с партнером, что вы будете выполнять все его приказания, кроме противозаконных и неэтичных. Находясь в положении бесправного двухлетнего ребенка, что вы чувствуете, когда рядом есть кто-то, кто говорит вам, что надо делать — то есть, когда садиться или вставать, как себя вести и т.д.? Когда закончите, обсудите свои переживания с партнером». Дискуссию необходимо подвести к тому, что зависимость делает из пациентов своих рабов.

**Инициатива.** Инструкция: «В отличие от предыдущего упражнения вы имеете право говорить «нет», однако не можете сами ничего предлагать. После окончания упражнения обсудите с партнером, что значит быть лишенным инициативы».

**Что мешает позаботиться о себе.** Инструкция: «Опишите партнеру свою ситуацию. Возьмите на себя роль той части, которая нуждается в помощи, и выразите ее в действии. Сделайте то же самое с частью, которая мешает вам позаботиться о себе. Затем пусть партнер возьмет на себя эти роли. Обсудите с ним альтернативы и выразите это в действиях». *Вариант для троек:* после того, как вы определили части и нашли способы их выражения, вы создаете скульптуру, где партнеры берут на себя роли разных частей.

**Диалог с защитами.** Ведущий группы рассказывает о сопротивлении, просит участников назвать свои защитные механизмы и записывает их на доске. Группа делится на две части: одна выступает в роли пациента с перечисленными защитами, а другая – в роли команды родственников и специалистов. Команда убеждает пациента нормализовать поведение, а он сопротивляется. Затем подгруппы меняются ролями.

**Конкретизация.** Абстрактное выражение сопротивления воплощается в физической форме.

**Максимизация.** Довести до максимума проявление сопротивления с целью осознать его.

**Отрицание.** Ведущий записывает на доске способы защиты отрицанием:

- минимизация – преуменьшение последствий употребления ПАВ;
- рационализация – нахождение причин для потребления ПАВ;
- оправдание – обстоятельствами, отношением людей, плохим настроением;
- обвинение – окружающих в провокации потребления ПАВ;
- жалость к себе – как необходимость утешить себя с помощью ПАВ;
- отчужденность – игнорирование вреда потребления ПАВ для близких;
- уход от разговоров на тему лечения.

Доброволец выбирает участников на роли Близких людей и роли Отрицаний. Последние отвечают Близким за него, когда он положит им руку на плечо. Например:

*Мать:* Сынок, ты ужасно выглядишь. Это опять таблетки. Ты бы сходил к врачу.

Доброволец кладет руку на плечо *Обвинению*: Если бы не твои постоянные упреки, все было бы в порядке.

*Друг:* Остановись, не можешь сам – пойдешь к врачу.

Доброволец кладет руку на плечо *Минимизации*: Да ничего страшного, не такие уж большие дозы.

Отрицания, произнеся свой текст, отходят в сторону. Пациент остается один на один с Близкими, которым ему больше нечего возразить. По окончании упражнения пациент делится, когда ему было особенно тяжело. Другие участники говорят о своих чувствах вначале из ролей, затем от себя лично.

***Просьба о помощи.*** Добровольцу предлагается встать и поднять свой стул, держать его на вытянутых руках перед собой. Затем поставить стул на пол, сохраняя позу: ноги прямые, на ширине плеч, спина ровная. Доброволец должен понять, что поставить стул на пол и сохранить позу возможно, только попросив кого-то о помощи. Последующую дискуссию надо довести до понимания, что в одиночку справиться с химической зависимостью нереально.

***Недостающий человек.*** Каждый с закрытыми глазами придумывает недостающего человека в прошлом (старший брат, мудрый учитель), затем рассказывает слушателям о том, как он мог бы изменить жизнь участника.

***Круг утешения.*** Участники окружают пациента и выражают ему словами и невербально свое сочувствие и любовь. Используется после отреагирования печали и при завершении работы.

***Ласковые слова по цепочке*** передается от соседа к соседу, затем обсуждают, кто как принимал ласковые слова и проводят упражнение в противоположном направлении.

***Поглаживания в четверках.*** Участники просят друг друга о поглаживаниях, дают их или отказываются давать. Затем делятся, кто какое поглаживание ожидал получить, какое – не ожидал, какие поглаживания понравились, а какие – нет, какие поглаживания хотел бы получить, но так и не получил, почему сам отказывал в поглаживаниях.

***Круг давления*** (прорыв вовне). Участники окружают добровольца и берутся за руки. Круг символизирует давление и гнет, который испытывает доброволец. Он прорывается из круга.

**Стена** (прорыв внутрь). Круг участников символизирует внутренние барьеры пациента, отделяющие его от значимого человека или важных потребностей, роль которых исполняет участник, стоящий внутри круга.

**Кукольный театр.** Распределяются роли: Кукла – ничего не может делать сама; Кукловоды – один управляет руками и ногами Куклы, другой двигает ее голову и говорит за нее; Режиссер – руководит Кукловодами. Участники договариваются о сценарии и разыгрывают его.

**Победа над тягой.** Доброволец встает спиной к стене, его руки и ноги прижимают два участника – пособники Тяги, которая медленно надвигается на него. Отогнуть ее можно только, доказав ей любым способом свое главенство. Тогда пособники отступают – свобода!

**Футболка.** Инструкция: «Сделайте бумажную футболку: согните листок и на сгибе оторвите «горловину». На передней стороне сделайте надпись, соответствующую вашему имиджу, а на задней – вашей скрытой части. Наденьте футболку на средний палец, как на пупса. Ходите по аудитории, показывая свою футболку спереди и сзади и рассматривая другие. Выберите себе пару».

**Персонафикация** животных и предметов, наделенных качествами, которых не хватает участникам.

**Сделать наоборот.** Если участник хочет избавиться от определенного поведения, ему поручают роль человека с желательными чертами характера и в преувеличенной форме. «Душечке» предлагают сыграть роль «стервы» и т.п.

**Теневые стороны.** Один участник выходит за дверь, каждый из оставшихся называет одну его «теневую» черту. Затем участника зовут в комнату и он пытается отгадать три таких черты.

**Разговоры за спиной.** Доброволец садится спиной к группе и слушает, как его обсуждают.

**Волшебная лавка.** Ведущий раскладывает на столе карточки, на которых написаны позитивные черты характера и ценности. «Покупатель» обменивает на них не устраивающие его в себе качества.

**На троне.** Доброволец садится на стол, как на трон перед своими подданными, они выражают восхищение его достоинствами.

**Шахматная доска.** Доброволец играет роль шахматного короля, который попал в трудное положение. Он обозначает своих значимых других шахматными фигурами и просит их о помощи.

**Начальник и Подчиненный.** Начальник может стоять на стуле, Подчиненный – сидеть перед ним на корточках. Начальник ругает Подчиненного, поучает его, требует. Подчиненный оправдывается, соглашается, извиняется. Затем партнеры меняются ролями.

**Просьба и отказ.** Один произносит на разные лады: «У тебя есть то, что мне нужно», другой отвечает с различными интонациями: «Я тебе это не дам». Затем партнеры меняются ролями.

**Внутренние и Внешние.** Участники составляют два круга, которые движутся в противоположные стороны. По команде все останавливаются и поворачиваются лицом друг к другу. «Внутренние» играют роль безбилетного пассажира, «внешние» – контролера (3 мин.), затем партнеры делятся своими переживаниями (2 мин.). На следующем шагу игры «внутренние» становятся продавцами, «внешние» – покупателями, затем – родителями и детьми. Другие ситуации: дорожный инспектор пытается оштрафовать водителя, дети не могут поделить игрушку, один требует от другого возвращения долга, начальник делает выговор подчиненному, сцена ревности, извинение и т.д.

**Думай только о себе / только о другом.** Партнеры садятся на корточки, опираясь спинами друг на друга – вначале, как удобно только себе, потом как удобно другому. Затем сравнивают ощущения, чувства и мысли в первом и втором случае.

**Перевоплощение.** Подумайте, какую фразу вы очень хотите (или очень не хотите) услышать от кого-либо из партнеров по группе или от своего друга или члена семьи. А теперь станьте этим человеком и произнесите эту фразу.

**Противоположные ассоциации.** Один называет «негативное» понятие – например, «грязь», другой подбирает к нему позитивную ассоциацию: «лечебная грязь».

**Переименование симптома.** Каждый участник выбирает какое-нибудь свое негативное качество и начинает перемещаться по комнате. Встречаясь с другим участником, он признается ему в своем недостатке. Другой 1) переименовывает его в достоинство (например, упрямство – в упорство); 2) обнаруживает выгоды от «недостатка»; 3) находит еще одно наименование симптому (например, независимость) и предлагает выбрать.

**Позитивное переопределение.** Один излагает проблему, другие (по кругу или мозговым штурмом) ищут позитивную формулировку, пока не найдут вариант, удовлетворяю-

ций заявителя проблемы. Исключаются подбадривание, отрицание проблемы, минимизирование, советы.

**Метафора интеграции.** Челночным методом выявляются конфликтующие субличности участника. При этом участник попеременно садится то на «горячий» стул, воспроизводя свою доминирующую часть, то на «пустой стул», где говорит от лица подавленной части. После этого на одинаковом расстоянии от «горячего» и «пустого» стула ставится третий стул, на который усаживается участник. Он берет все хорошее (качества, умения) с первого стула левой рукой, затем все хорошее со второго правой рукой. После этого руки соединяются, наступает интеграция субличностей. Эта же метафора может быть визуальной: представить сумку, куда складывается все нужное для сотрудничества обеих частей.

**Оптимизация будущего.** Ведущий говорит: «Сосредоточьтесь сейчас на своих осознанных и не совсем осознанных ожиданиях и представлениях о будущем. Обратите внимание как на позитивные, так и на негативные ожидания. В этом случае вы сможете лучше ощутить возможность контроля над своими действиями.

Составьте список важнейших предположений о своей будущей жизни. Что вы будете делать? Что будет с вами происходить? Записывайте все, что будет приходить вам в голову в любом порядке. У вас есть 10 минут...

А теперь сосредоточьте свое внимание на негативных предположениях. Превратите их в позитивные ожидания, чтобы они не сбылись в своей негативной форме. Например, предположение "Я буду болеть" вы можете заменить на "Я смогу научиться лучше следить за своим здоровьем". Запишите эти новые, позитивные ожидания. Затем в двух-трех предложениях выразите те мысли, которые возникают у вас при взгляде на эти переформулированные ожидания. Что вы о них думаете? Что вы чувствуете? У вас есть на это 15 минут...»

**Свет и тень.** Инструкция: «Найдите у себя три положительные и три отрицательные черты, затем в круге действуйте, исходя из этих черт ("порисоваться и повредничать"). В парах обсудите, какие потребности были удовлетворены или обозначились при этом проигрывании. Затем выберите человека, которого точно уважаете, который для вас важен. Напишите его наиболее важные характеристики. Зачеркните его имя, напишите свое. Осознайте, которые из этих характеристик действительно относятся к вам».

**Единство противоположностей.** Партнеры вспоминают радостные и печальные моменты своей жизни, называют три свои сильные и слабые стороны, говорят о своем отношении к близости и независимости, находят три важные перемены в своей жизни и три



вещи, которые остались без изменения. Каждый обращает внимание, когда радость и печаль были как-то связаны, как сильные стороны становились слабостью, а слабые помогали, в какой взаимосвязи находились близость и независимость, как за счет изменений удавалось сохранить постоянство.

**Незаконченные предложения.** Сказать партнеру фразы, начинающиеся со слов: «Мне нравится, что ты..., я расстраиваюсь, когда..., я злюсь, когда..., я благодарен тебе за..., мы могли бы по другому..., я пытаюсь создать у тебя впечатление..., я чувствую возбуждение, когда ты..., я боюсь, ты подумаешь, что я..., я хочу от тебя..., если бы я прикоснулся к тебе...».

**Незаконченные дела.** Инструкция: «Если вы думаете, что между вами и другим участником существует недопонимание, если вы предполагаете, что кто-то раздражен вами, или вы сами недовольны кем-то, или сердитесь на кого-то и, конечно, если вас кто-то порадовал и вы хотите это выразить — можете приступить к делу.

Нужно встретиться с этим участником и поговорить с ним, учитывая следующее правило: начинайте каждое предложение словами «Я заметил, что ты...» или «Я замечаю, что ты...». Конечно, это сделает вашу беседу несколько искусственной, но гарантирует, что вы будете строить меньше предположений о мотивах поведения другого участника и будете больше говорить о фактах, то есть о том, что происходило на самом деле. После того как вы выскажетесь, вы можете найти другого партнера, если захотите.

Встаньте и выберите первого собеседника. Тот, кто уже все для себя прояснил, возвращается обратно в круг...». В конце проводится краткий опрос, было ли во время бесед сказано что-то, к чему нужно вернуться в следующий раз.

**Конструктивный спор.** От партнеров требуется соблюдение следующих правил: обе стороны должны принимать активное участие в споре; спор должен касаться только предмета спора; обобщения («ты всегда», «ты вообще») недопустимы; не допускаются «удары ниже пояса», то есть применение аргументов, слишком болезненных для одного из участников спора – например, указание на физический дефект. Стиль и результат спора каждый участник оценивает с помощью таблицы. Баллы за удаchi и неудачи заносятся в разные колонки и в конце суммируются

Параметр	Стиль спора	+	-	Стиль спора
Конкретность	Спор идет о конкретном			Говорят о посторонних ве-

	поведении в настоящий момент			щах, о прошлых поступках, обобщают
Вовлеченность	Оба активно нападают и защищаются			Партнер уклоняется от спора, обижается, прекращает спор
Коммуникация	Каждый говорит за себя, обдуманно и открыто, другой его понимает и отвечает			Каждый повторяет свое, плохо слушая другого, много скрытых намеков и ссылок на чужие мнения
«Честная игра»	Партнеры щадят уязвимые места друг друга			Партнеры используют удары «ниже пояса»

Оценка стиля спора: 1-й партнер: \_\_\_\_ 2-й партнер: \_\_\_\_ Общая оценка: \_\_\_\_

Параметр	Результат спора	+	-	Результат спора
Информативность	Узнал или понял что-то новое, чему-то научился			Не узнал ничего нового
Отреагирование	Обиды и претензии высказаны, напряжение уменьшилось			Напряжение осталось или усилилось
Сближение	Улучшилось взаимопонимание, повысилось уважение к себе и партнеру			Партнеры чувствуют себя непонятыми и обиженными, отдалились друг от друга
Улучшение	Найдено компромиссное решение, обсуждено дальнейшее поведение			Сотрудничество и уступки отсутствовали, решения не найдено

Оценка результатов спора: 1-й партнер: \_\_\_\_ 2-й партнер: \_\_\_\_ Общая оценка: \_\_\_\_

**История конфликта.** Одна половина группы рисует историю возникновения конфликта и передает рисунок другой половине, которая пытается определить содержание рисунка, роли отдельных участников и их позиции в конфликте.

**Возмещение ущерба.** Одна половина группы создает свой рисунок и передает его другой, которая пытается представить его в ироническом виде и затем возвращает рисунок первой половине. Во время общего обсуждения насмешникам предстоит искупать вину.

**Мозговой штурм.** Семья делится на две подгруппы, каждая из которых должна в течение определенного времени привести как можно больше аргументов в пользу тезиса: «Заботясь о себе, мы заботимся обо всей семье».

**Письмо.** Участники по очереди пишут на воображаемой бумаге вслух предельно откровенные письма членам семьи, дублеры дописывают постскриптумы. *Вариант:* то же по телефону, в качестве абонента отвечает вспомогательное лицо.

### **Послесловие**

Надо признаться, зависимости интересуют меня не только в силу их распространенности. Я сам человек азартный. В детстве читал запоем, юношей так увлекся учебой в театральной студии, что бросил университет. Когда появились компьютерные игры, мог ночь напролет провести с приставкой сына в руках. Сын, однако, недолго занимался этим делом, и мне тоже стало неинтересно. Что никогда не проходило – так это увлечение работой, а точнее – людьми. Оно только усиливалось и приобретало новые формы. После выхода на пенсию к работе психотерапевта прибавилось обучение психологов и написание книг по психотерапии.

Так что аддиктов я хорошо понимаю и использую свой опыт сублимации, чтобы помочь им. Стараюсь понять, какие потребности человек удовлетворяет с помощью аддикции. Чтобы уточнить конечную цель нашей работы, я спрашиваю пациента: «Каково ваше призвание?». Выясняю, что помешало реализации честолюбивых замыслов пациента, в чем проявляется его склонность доминировать, чего он боится больше всего.

Я применяю интегративную психотерапию, ориентированную на личность как систему отношений. Ищу, что связывает человека с близкими ему по духу людьми, подкрепляю эмпатические связи. Предпочитаю комментировать опыт клиента с этой точки зрения, а не интерпретировать его поведение. Больше внимания придаю укреплению зрелых защит, чем нападению на незрелые.

К сопротивлению я отношусь с уважением и пониманием его как механизма защиты и проявления силы характера пациента. Даю пациенту испытать работу сопротивления, признать ее и лишь затем интерпретирую – вначале сам факт сопротивления, а потом его

содержание. Я проясняю мотивы и форму сопротивления: какие чувства заставляют пациента сопротивляться, какие способы использует сопротивление. Прослеживаю историю и бессознательные цели работы сопротивления в данной форме в настоящем и прошлом пациента.

Последняя процедура – тщательная проработка выявленной формы сопротивления в реальной жизни. Этому способствует сформированная за время терапии привычка в конце сессии отвечать себе на три вопроса: что понравилось сегодня в своей работе, что не понравилось и как хотелось бы лучше. Первый ответ укрепляет уверенность в своих возможностях, второй помогает осознать сопротивление, а третий намечает направление дальнейшей работы с ним.

В индивидуальной и групповой работе с аддиктом я стараюсь усиливать его мотивацию к установлению обратной связи, вызывать интерес к чувствам партнера. Чтобы стимулировать развитие переноса, я спрашиваю пациента, что он думает обо мне, способствую оживлению опыта прежних переживаний переноса. Интерпретирую сопротивление анализу переноса, в том числе смещение реакций пациента с меня на других людей в настоящем или прошлом.

Со своим контрпереносом я работаю следующим образом:

- принимаю во внимание собственные прошлые и текущие эмоциональные проблемы, их возможное влияние на терапевтическую ситуацию;
- не принимаю на свой личный счет чувств, выражаемых пациентом;
- неотреагирую контрпереноса, использую его для подготовки интерпретаций;
- использую контрпереносный гнев для понимания враждебности пациента;
- веду поиск согласующегося контрпереноса (когда я эмпатически переживаю эмоциональное состояние пациента) при переживании дополнительного (когда я эмпатически переживаю эмоциональное состояние какой-то значимой личности в жизни пациента).

При анализе своего контрсопротивления я учитываю такие его формы, как подбор определенных пациентов для защиты от оживления травмирующих переживаний и использование специфических терапевтических приемов и манипуляций.

При завершении терапии пациент вновь переживает перенос и овладевает им, начинает самоанализ. Вместе со мной он определяет разочарования, границы и неудавшиеся аспекты терапии, обсуждает возможность повторного обращения за помощью и планы на бу-

дущее. Критерием эффективности терапии я считаю не просто понимание причин проблем, а изменение в реальной жизни пациента.

Когда аддикт начинает использовать свою неугасимую энергию в русле своих природных потребностей и способностей, он сбрасывает свою привычную маску, становится самим собой и начинает себе все больше нравиться. Его жизнь меняется: нередко он меняет нелюбимую профессию на новую – обычно творческую, меняет круг общения – вместо приятелей и деловых партнеров появляются душевные друзья, вместо поверхностных романов – любовь.

На этой оптимистической ноте я прощаюсь с вами, дорогой читатель или милая читательница. Желаю вам успехов в работе, удачи и счастья! Буду благодарен за обратную связь. Мой e-mail [star.39@mail.ru](mailto:star.39@mail.ru).



Геннадий Владимирович Старшенбаум — практикующий психиатр-психотерапевт высшей категории с полувековым стажем, кандидат медицинских наук. Заведовал наркологическим отделением на базе крупного промышленного предприятия, руководил отделом суицидологии Московского института психиатрии. Последние 15 лет — профессор Московского института психоанализа, где ведет, в частности, курс «Аддикции: клиника,

психология, лечение». Является автором более 20 научных монографий и учебно-практических руководств по различным разделам психотерапии. В своих монографиях по аддиктологии и суицидологии Г.В. Старшенбаум впервые в отечественной литературе систематизировал современные исследования аддикций, описал суицидоопасные кризисы у аддиктивных личностей и разработал эффективную программу антисуицидной терапии.

Полувековой опыт работы с пациентами, страдающими как химическими, так и поведенческими аддикциями позволил автору проанализировать глубинные механизмы различных аддикций и на этой основе выделить новую нозологическую форму – аддиктивную болезнь. Приведены критерии дифференциальной диагностики в соответствии с принятой в РФ Международной классификации болезней 10-го пересмотра МКБ-10 и готовящейся к выходу МКБ-11, а также 5-го издания Справочника по диагностике и статистике психических расстройств Американской психиатрической ассоциации DSM-5.

В книге дается детальное описание клинической картины, диагностики и терапии различных аддикций. Пособие снабжено глоссарием, приводится библиография на русском и иностранных языках за последние 20 лет. Книга может быть полезна как практикующим и обучающимся психологам и врачам, так и широкому кругу читателей.