

1. Общие вопросы аддиктологии

Подтемы:

[Дефиниции.](#) [Течение аддикций.](#) [Психология аддиктов.](#) [Мотивация аддиктивного поведения.](#) [Социогенез аддикций.](#) [Аддиктивный процесс.](#) [Диагностика аддикций.](#) [Терапия аддиктов.](#)

1.1 Дефиниции

Зависимость – это:

- огромное количество времени, уделяемого объекту зависимости;
- использование его чаще, чем обычно принято;
- стремление (или многократные и безуспешные попытки) сократить общение с ним;
- отказ ради него от выполнения своих обязанностей;
- уход в себя при отказе от контактов с данным объектом зависимости.

Так живут **аддикты**. Жизнь кажется аддикту серой и однообразной, поэтому он нуждается в острых ощущениях. Чтобы вызвать сильные эмоции, аддикт принимает психоактивные вещества или чрезмерно фиксируется на определенных видах деятельности.

Психоактивные вещества (ПАВ), с которыми связаны [химические зависимости](#), условно делятся на три большие группы:

- 1) **стимуляторы** (никотин, кофеин, кокаин, амфетамины, метилфенидат, МДПВ);
- 2) **депрессанты** (алкоголь, опиаты, барбитураты, транквилизаторы, анальгетики и антигистаминные препараты);
- 3) **галлюциногены** (каннабиоиды, мескалин, ЛСД, псилоцибин, эрготамин, циклодол, астматол, димедрол) и летучие растворители - **ингалянты**.

Токсикомания – зависимость от ПАВ, официально не отнесенных к наркотикам.

К нехимическим (поведенческим) аддикциям причисляют различные формы компульсивного и импульсивного поведения, используемые для ухода от межличностной интимности.

- **Стимулирующие аддикции:** гемблинг, ониомания, компульсивное накопительство, переедание, эротомания, клептомания, пиромания, перемежающееся взрывное расстройство.
- **Подавляющие аддикции:** голодание, аддикция упражнений, ургентная аддикция, работоголизм, имитируемое расстройство, созависимость.
- **Виртуальные аддикции:** телевизионная и интернет-зависимость, компьютерные игры, идейный авантюризм, нигилизм, мифомания, болтоголизм, аддикция к духовным поискам и идейный фанатизм.

Злоупотребление ПАВ – ранняя форма зависимости, когда повторный приема ПАВ приводит к явным проблемам в семье, учебе или работе, к ситуациям физической опасности и конфликтам с законом.

Психическая зависимость от ПАВ – обсессивное влечение к состоянию опьянения, сопровождающемуся чувством психического комфорта.

Толерантность – 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.

Абстиненция - совокупность соматических и психических расстройств, наступающих при отмене ПАВ и прекращающихся при его введении, как при похмелье или ломке.

Компульсивное влечение наблюдается при физической зависимости от ПАВ. Оно определяет фиксацию внимания и аффективный фон, диктует поведение, устраниет противоречие мотивы и контроль.

Компульсивные действия аддиктов направлены на реализацию влечения.

Импульсивные влечения характеризуются неспособностью противостоять импульсивно возникающим желаниям совершать опасные для себя или окружающих действия. При удовлетворении этих желаний (к азартной игре, воровству, поджогу, насилию и т.д.) возникает чувство удовольствия.

Сверхценные увлечения проявляются как вешизм, трудоголизм, любовная зависимость и т.п. Это усиленное до гротеска отношение к объекту или виду деятельности, которое отличается:

- 1) пристрастным, эмоционально насыщенным отношением к объекту сверхценного увлечения;
- 2) интенсивной, глубокой и длительной сосредоточенностью на нем;
- 3) утратой контроля за временем, затрачиваемым на увлечение;
- 4) игнорированием любой иной деятельности или увлечения.

Как правило, у аддикта развивается **коаддикция** – сопутствующая аддикция. Так, пищевые аддикции часто сочетаются с потреблением алкоголя, сигарет и марихуаны. Коаддиктивность 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. Течение аддикций

Течение аддикций чаще хроническое, прогрессирующее, рецидивирующее. Выделяют три стадии развития наркоманий.

1-я стадия. Избирается объект аддикции. 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. Физическая зависимость, как правило, имеет последствия в виде соматоневрологических и психических расстройств, вплоть до выраженного [психоорганического синдрома](#) и деградации личности.

3-я стадия встречается редко из-за высокой летальности второй стадии. Больные нетрудоспособны из-за крайнего истощения (затягиваются 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](#). На фоне астенодепрессивной симптоматики возникают приступы злобы и агрессии. Они чередуются с состояниями избыточной активности с приливами инициативы, подвижности, не заразительной веселости.

2) [Органический тип](#) развивается при злоупотреблении барбитуратами и опиатами и проявляется психоорганической симптоматикой: ухудшением памяти, снижением интеллекта, деградацией личности.

1.3. Психология аддиктов

Психологические особенности аддиктов:

- 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.

Психологические защиты, используемые аддиктами:

1. Занимая центральное место в жизни аддикта, объект аддикции *идеализируется*.
2. Воображение аддикта заполняется фантазиями, в которых он предвкушает каннибальское поглощение объекта аддикции или оргастическое слияние с ним. Благодаря такой [интроекции](#) аддикт totally и безраздельно контролирует избранный объект.
3. Используя его *магическую* силу, аддикт приобретает *всемогущество*.
4. Обладая интроектом, аддикт может позволить себе *обесценить* объект аддикции, чтобы не испытывать зависть к его силе.
5. Под воздействием [проекции](#) пациент перекладывает на объект аддикции собственные импульсы и аффекты.
6. В результате [проективной идентификации](#) больной может приписать объекту аддикции собственную враждебность и затем со страхом ожидать какого-то вреда, а свою агрессию считать упреждающей реакцией на это.

7. Полярное разделение мотиваций, интроектов и объектов на жизненно необходимые и смертельно опасные приводит к расщеплению.
8. Чтобы сохранить контроль над внутренним и внешним миром, расщепленное сознание прибегает к отрицанию, игнорируя наличие аддикции и ее опасность.
9. Невыносимый страх перед этой опасностью удается блокировать с помощью контрфобии, вызывающей чувство азарта с эйфорией от переживания своего бесстрашения, обеспеченной выбросом эндорфинов.
10. От неприятных переживаний сознание защищается *изоляцией эмоций* с отсутствием словесного, образного или иного символического отражения чувств. Крайней выраженностью изоляции эмоций является резонерство.
11. Аддиктивное поведение оправдывается приемлемыми мотивами вместо признания скрытых неприемлемых. Подобная рационализация помогает аддикту сохранять «лицо».
12. Рационализация облегчается *подавлением* чувств, связанных со здравыми мыслями.
13. Избежать чувства унизительной зависимости помогает псевдонезависимость. Невыносимый страх перед реальностью аддикт пытается блокировать бравадой с чувством азарта и эйфории от переживания своего бесстрашения.

За спасительную помощь упомянутых патологических защит приходится платить чувством изоляции, обеднением эмоциональной сферы и неустойчивостью взаимоотношений с людьми.

1.4. Мотивация аддиктивного поведения

Основные мотивации аддиктивных расстройств таковы:

- 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).

Привлекательность аддикции заключается для аддиктов в следующем:

- надежный способ изменения настроения и субъективного опыта;
- облегчение для принятия решения и осуществления разных видов деятельности;
- [копинг](#)-стратегия для преодоления любых неприятностей (обиды, душевые 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.

Поведение аддиктов мотивируется следующими иррациональными представлениями.

- 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 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.

1.5. Социогенез аддикций

Основные причины употребления ПАВ:

- биохимическая предрасположенность, моментальное удовольствие, эйфория, привычка, физическая зависимость, подкрепление интоксикации;
- влияние культуры, разрешение общества, доступность, социальное подкрепление, давление сверстников;
- зависимая личность, низкая самооценка, уход от реальности, расчет лишь на поддержку извне, неспособность увидеть альтернативы ПАВ, импульсивность;
- ухудшение провоцирующей ситуации, самолечеие, подавление стресса и боли, бунт, скука, развлечение и любопытство.

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.

В социогенезе зависимостей можно выделить следующие факторы:

1. 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.

2. 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.

3. 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.

4. 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.

Обычно наркоманы объединяются в группы под влиянием следующих факторов:

- 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.

1.6. Аддиктивный процесс

В основе аддиктивности лежат неудовлетворенные базовые потребности человека:

- а) любовь и чувство принадлежности;
- б) стремление к власти;
- в) необходимость быть свободным;
- г) стремление к получению удовольствия.

Выделяют 5 этапов развития аддиктивного поведения:

- 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:

- 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 frustrации, 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 прагматичной реальности, появляется возможность ощутить себя вне времени и пространства, слиться с Высшей силой, временно приблизиться к своей первичной самости.
- Вытесненные в бессознательное деструктивные отношения со свойственными им негативными эмоциональными переживаниями, провоцируют неосознанное беспокойство, тревогу, 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.

1.7. Диагностика аддикций

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, количественные параметры), характеризующееся увеличением стимулов и/или длительности процедуры и безуспешными попытками или сохраняющимся желанием остановиться;
- 3) соматический синдром отмены при снижении или прекращении стимуляции, смягчающийся при возобновлении аддиктивных действий;
- 4) повышение толерантности, снижение эффекта при прежнем уровне стимуляции, вызывающие необходимость усиления ее для достижения прежнего эффекта;
- 5) увеличение времени, затрачиваемого на организацию аддиктивного эпизода, процедуру и перенесение последствий, сопровождающее сужением здоровой социальной активности и интересов личности;
- 6) продолжение аддиктивного поведения, несмотря на наличие вредных последствий и знание пациента об этом вреде.

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

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

В тяжелой форме аддиктивное влечение реализуется импульсивно, 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, тяжелое – в психотической, психоорганической, соматической. Химические аддикции проявляются во всех трех формах, поведенческие – в первых двух.

1.8. Терапия аддиктов

1.8.1. Показания к терапии

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

Показания к различным формам терапии:

1. *Рациональная психотерапия* (разъяснение, убеждение, обоснованные предписания и др.) показана:

- а) лицам, не осознающим свое заболевание;
- б) больным, у которых вызывающим событием явилась психотравма («обиженные», разочарованные);
- в) скептически относящимся к лечению («маловеры» 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 нуждающимся:

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

4. *Опосредованная психотерапия* (с помощью лекарств и поддерживающей психотерапии) показана:

- а) доверчивым, мягким, легко внушаемым, боязливым;
- б) «инфантильным маловерам», «педантам» с тревожно-боязливым складом характера;
- в) нуждающимся в «психологических костылях», водительстве, «химической изоляции» («чтобы что-то было»).

5. *Личностная терапия* показана нуждающимся:

- а) в самовоспитании;
- б) в педагогической коррекции;
- в) в самоусовершенствовании (учеба, повышение квалификации; расширение кругозора);
- в) в отвлечении, переключении направленности (освоение ремесел, увлечение творчеством и т.д.).

1.8.2. Организация лечения

Метод «прямого вмешательства» В. Джонсона.

A. Первый контакт с заявителем проблемы

1. Обратившегося члена семьи избавляют от чувства вины за «вынесение сора из избы» и от страха перед реакцией больного.

2. Узнают от него о клинике заболевания, его медицинских, психологических и социальных последствиях.
3. Составляют список потенциальных участников «коллектива вмешательства» и предлагают клиенту организовать их сотрудничество.

Б. Работа с коллективом вмешательства

1. Собирают «коллектив вмешательства», рассказывают о природе зависимости.
2. Подчеркивают, что больной не будет искать помощи и не сможет самостоятельно справиться со своей зависимостью.
3. Предсказывают его будущее и объясняют необходимость коллективного вмешательства.
4. Заменяют проблему «Как мы можем изменить пациента?» на «Как мы можем изменить себя и свои отношения с пациентом, чтобы мы были довольны им?»
5. Помогают участникам команды сообща отреагировать на накопившиеся негативные чувства к пациенту, переработать свои переживания и подготовиться пойти на риск конфронтации.
6. Следят, 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.
7. Просят каждого члена команды составить свой список экспессов, свидетелем которых он был и из-за которых у больного возникали проблемы.
8. Предлагают участникам обменяться своими списками и обсудить их.
9. Помогают участникам сформулировать высказывания, входящие в список, таким образом, чтобы они содержали точное описание событий

и поведения больного, его отношение к аддиктивному поведению, выражение собственных чувств по этому поводу; выражение пожеланий или положительного отношения к больному.

10. Выбирают лечебные учреждения или анонимные сообщества, которые будут предложены пациенту. Намечают время вмешательства (когда у больного возникает очередная кризисная ситуация) и место (нейтральное, в присутствии специалиста).

В. Итоговая встреча

1. Приглашают больного на встречу.
2. Члены «коллектива вмешательства» зачитывают друг за другом свои списки и сталкивают больного с его реальностью.
3. Под влиянием массы фактов, единодушного выражения озабоченности и симпатии больной соглашается с требованиями немедленно включиться в предлагаемое лечение, выбрав из нескольких наиболее устраивающий его вариант.
4. В случае отказа больного от лечения объясняют проблему членам семьи, обучают их приемам преодоления негативных чувств и организуют их участие в группе родственников аддиктов.
5. Жене пациента предлагают сделать выбор: 1) сохранить свое поведение, 2) отдалиться эмоционально, 3) отделиться.
6. При выборе второго варианта помогают жене принять ситуацию, как она есть, жить с пациентом и не критиковать его, быть ответственной за свои реакции на его поведение.

1.8.3. Первая беседа с аддиктом

А. Уточнение аддиктивного поведения:

1. Выясняют наличие различных аддикций.
2. Узнают, указывал ли ему кто-либо ранее на наличие проблемы, что он делал с ней, что у него не получается.

3. Какие дополнительные трудности создает пациенту аддикция – например, повышенную утомляемость при учебе и конфликты в семье.
4. Учитывают, какие ПАВ используются; количество, частота приема каждого вещества, пути и способы введения каждого препарата, дата последнего приема, индивидуальное или групповое потребление.
5. Выявляют изменение формы потребления, когда защитные реакции не возникают даже при значительной передозировке токсических веществ, наличие или отсутствие изменений толерантности, появление синдрома зависимости или отмены.
6. Исследуют чувства, которые могут приводить к употреблению ПАВ: обида, злость, отчаяние, боль и т.д.
7. Помогают пациенту взвесить субъективные выгоды, получаемые от употребления ПАВ, и приносимые жертвы.
8. Определяют тип влечения: навязчивое, сверхценное, импульсивное.
9. Оценивают способность пациента принять ответственность за свое поведение.
10. Уточняют, чей запрос скорее служит стимулом к лечению: ситуативный, семейный, собственный?
11. Обсуждают занятость и распоряжение деньгами.
12. Определяют динамику аддикции и социальное сужение личности с ее течением.
13. Выясняют у пациента, кто и какими способами втягивает его в потребление ПАВ, а кто и какими способами поддерживает его воздержание.

Б. Отыскивание альтернативных способов достижения состояния комфорта:

1. Выявляют состояния или ситуации, избегание которых осуществлялось с помощью ПАВ.

2. Выясняют состояния или ситуации, при которых пациент чувствовал бы себя наиболее комфортно.
3. Разрабатывают совместно с пациентом план конкретных действий, направленных на достижение этих состояний или ситуаций без ПАВ.
4. Обсуждают с ним влияние на выздоровление внешних факторов, к которым пациент должен адаптироваться (например, работа или учеба, взаимоотношения, дети).
5. Определяют дисфункциональные установки пациента, касающиеся наркомании, и обучаают способам решения проблем.

В. Профилактика рецидивов:

1. Прорабатывают последний рецидив.
2. Обсуждают с пациентом обстоятельства, при которых случился рецидив.
3. Моделируют состояние, предшествующее рецидиву.
4. Прорабатывают с пациентом эмоциональные и когнитивные механизмы, запускающие рецидив.
5. Обсуждают стратегии и ресурсы, позволяющие справиться с состояниями непреодолимого влечения.
6. Поощряют конструктивные стратегии.
7. Обсуждают симптомы рецидива с учетом изменения в мышлении, отношениях и поведении.
8. Убеждают в невозможности разовых употреблений ПАВ.
9. Обсуждают дисфункциональные отношения с родителями, с лицами своего и противоположного пола.
10. Обсуждают семейные роли, созависимость, алкоголизм в семье и т.д.
11. Обращают внимание на динамические проблемы пациента.
12. Выявляют фиксации на различных этапах индивидуального развития.
13. Определяют тип личности, выявляют примитивные и невротические защиты.

14. Оценивают негативные изменения (личностные, социальные, биологические), произошедшие за время наркотизации.

Г. Заключение терапевтического договора.

1. Решают с пациентом, кто за что отвечает в процессе реабилитации.
2. Подписывают договор о сотрудничестве с пациентом и с его родителями или близкими, по которому пациент обязуется в течение года воздерживаться от употребления ПАВ, регулярно участвуя при этом в терапии.
3. Пациент будет проявлять свою активность в отношении любых дел, которые могут способствовать излечению.
4. Психотерапевт будет направлять пациента, его близкие будут поддерживать его, но ответственность за действия пациента всегда несет сам пациент.

1.8.4. Терапевтические установки

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

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.

На приеме у специалиста аддикт прибегает к следующим защитам.

- *Уход с помощью отказа.* «У мен нет этой проблемы».
- *Уход с помощью забалтывания.* «Я буду говорить о чем угодно, кроме моего алкоголизма».
- *Правовая поддержка болезни.* «Я имею право допиться до смерти».

- *Рационализация*. «Я могу обвести вокруг пальца кого угодно, приводя доводы в пользу употребления наркотика».
- *Интеллектуализация*. «Проблема злоупотребления алкоголем и алкоголизма уходит корнями в наши традиционные социокультурные bla-bla-bla...».
- *Сравнение*. «Мой дед выпивал по бутылке каждый день и дожил до глубокой старости».
- *Поиск козла отпущения*. «Если бы не моя жена, 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!»
- *Манипуляция*. «Если вы будете заставлять меня делать то, чего я не хочу, вы доведете меня до запоя».
- *Перелет в здоровье*. «Я трезв уже целую неделю, проблема решена».
- *Обусловленная трезвость*. «Я решил, что никогда не буду употреблять, поэтому я не нуждаюсь в лечении».
- *Постановка себе безнадежного диагноза*. «Я слишком далекошел, чтобы мне что-то могло помочь».

Во время стационарного лечения аддикты играют в следующие игры.

- 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.
- Проектирование 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.

Контрольные вопросы

1. Дайте определение понятий: аддикция, злоупотребление, привыкание, сверхценное увлечение, [патологическое влечение](#).
2. Дайте определение понятий: обсессивные, компульсивные, импульсивные, насильтственные действия.
3. На какие группы делятся психоактивные вещества?
4. Приведите классификацию химических зависимостей.
5. Перечислите поведенческие зависимости.
6. Как протекают химические зависимости?
7. На какие типы делятся ремиссии при протекании химических зависимостей?
8. Какими психологическими особенностями отличаются аддикты?
9. В чем заключается привлекательность аддикции для аддиктов?
- 10.Каковы основные мотивации аддиктивных расстройств?
- 11.Какими иррациональными представлениями мотивируется поведение аддиктов?
- 12.Каковы основные причины употребления ПАВ?
- 13.Опишите биохимические механизмы аддиктивности.
- 14.Какие неудовлетворенные базовые потребности человека лежат в основе аддиктивности?
15. Опишите этапы развития аддиктивного поведения.

- 16.Какие личностные факторы имеют наибольшее значение для развития аддиктивного процесса?
- 17.Приведите диагностические критерии аддиктивного расстройства.
- 18.Обоснуйте показания к различным формам психотерапии аддиктов.
- 19.Опишите метод «прямого вмешательства» В. Джонсона.
- 20.Как вы проведете первую беседу с аддиктом?
- 21.Опишите уровни мотивации аддиктов к психотерапии.
- 22.К каким защитам прибегает аддикт на приеме у специалиста?
- 23.В какие игры играют аддикты во время стационарного лечения?

Литература

а) основная литература:

Руководство по аддиктологии / Под ред. проф. В. Д. Менделевича. – СПб.: Речь, 2007.—768 с. – Режим доступа: <http://www.klex.ru/b15>

Старшенбаум Г.В Аддиктология: Учебное пособие. Стандарт третьего поколения. – СПб: Питер, 2017. – 320 с. Книга выложена на портале дистантного обучения.

б) дополнительная литература:

Айвазова А. Е. Психологические аспекты зависимости. — СПб.: Издательство «Речь», 2003. - 120 с. – Режим доступа: <http://www.klex.ru/6n1>

Григорьев Н.Б. Психологическое консультирование, психокоррекция и профилактика зависимости. — СПб.: Санкт-Петербургский гос. институт психологии и социальной работы, 2012.— 304 с. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/22989.html>

Джонсон В. Как заставить наркомана или алкоголика лечиться. – М.: Институт общегуманитарных исследований. – 112 с. – Режим доступа: <http://www.klex.ru/aqj>

Егоров Р.С. Психология отклоняющегося поведения: учебное пособие для самостоятельной работы студентов факультета клинической психологии ОрГМА. – Оренбург: Оренбургская гос. медицинская академия, 2008. – 31 с. – Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/31851.html>

Змановская Е.В. Девиантология (Психология отклоняющегося поведения): Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – М.: Изд. центр «Академия», 2003. – 288 с. – Режим доступа: <http://www.klex.ru/4dk>

Котляров А.В. Освобождение от зависимостей или школа успешного выбора. – М.: Изд-во Института психотерапии, 2005. – 448 с. – Режим доступа: <http://www.klex.ru/7km>

Краев О.Ю. Психология девиантного поведения: учебное пособие. -- М.: Московский городской педагогический университет, 2010.— 124 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/26578.html>

Кулганов В.А., Белов В.Г., Парфёнов Ю.А. Прикладная клиническая психология: учебное пособие. – СПб.: Санкт-Петербургский гос. институт психологии и социальной работы, 2012. – 444 с. – Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/22985.html>

Кулганов В.А. Белов В.Г., Парфёнов Ю.А. Профилактика социальных отклонений (превентология): учебно-методическое пособие. — СПб.: Санкт-Петербургский гос. институт психологии и социальной работы, 2011.— 244 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/22988.html>

Лазаренко Д. В. Психолого-педагогическая профилактика склонности к аддиктивному поведению студентов вуза. – Дисс. ...канд. психол. н. – Кемерово, 2016. – Режим доступа: <http://d09.kemsu.ru/Content/AdvertAttachedFiles/bc21d3ab81eb4f1b.pdf>

Макушина О.П. Психология зависимости: Учебное пособие. - Воронеж: ИПЦ ВГУ, 2007. – 78 с. – Режим доступа: <http://window.edu.ru/resource/297/59297/files/m07-115.pdf>

Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. – 6-е изд. – М.: МЕДпресс, 2008. – Режим доступа: <http://www.klex.ru/739>

Менделевич В.Д. Наркозависимость и коморбидные расстройства поведения (психологические и психопатологические аспекты). – М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 328 с. – Режим доступа: <http://www.klex.ru/bp4>

Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения. Учебн. пособ. – СПб.: Речь, 2005. – 432 с. – Режим доступа: <http://www.klex.ru/czm>

Нагаев В.В. Жолковская Л.А. Основы клинической психологии: учебное пособие для студентов вузов. – М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2014. – 463 с. – Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/34488.html>

Психология и лечение зависимого поведения/Под ред. С Даулинга. – М.: «Класс», 2000. – 240 с. – Режим доступа: <http://osp.kgsu.ru/library/PDF/379.pdf>

Симатова О.Б. Психология зависимости. Чита: Изд-во ЗабГГПУ, 2006. – 308 с. – Режим доступа: <http://www.twirpx.com/file/123458/>

Спринц А.М. Ерышев О.Ф. Химические и нехимические зависимости. – СПб.: СпецЛит, 2012. – 126 с. – Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/47853.html>

Старшенбаум Г.В. Клиническая психология: учебно-практическое руководство. – Саратов: Вузовское образование, 2015. – 305 с. – Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/31706.html>

Старшенбаум Г.В. Неврозология.— Саратов: Вузовское образование, 2015.— 201 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/31707.html>

Старшенбаум Г.В. Персонология: интерактивный учебник. Тесты, упражнения, ролевые игры.— Саратов: Вузовское образование, 2015.— 297 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/31708.html>