

**Ассоциация общественных объединений Иркутской области  
«МАТЕРИ ПРОТИВ НАРКОТИКОВ»**

**Благотворительный фонд поддержки семьи, материнства и детства  
«ПОКРОВ»**

# **ПСИХОЛОГИЯ ЗАВИСИМОЙ ЛИЧНОСТИ**

Научно-популярное издание

**Иркутск 2017**

УДК 159.943  
ББК 88  
Р31

Рецензенты:

*Л.О. Полякова*, доктор медицинских наук, профессор кафедры физкультурно-спортивных и медико-биологических дисциплин Педагогического института ФГБОУ ВО «Иркутский государственный университет».

*О.В. Пуляевская*, кандидат психологических наук, доцент, заведующая кафедрой психологии ФГБОУ ВО «Иркутский национальный исследовательский технический университет».

Рерке, В.И. Психология зависимой личности подростков: научно-популярное издание / В.И. Рерке.– Иркутск: Репроцентр А1, 2017. – 145 с.

**ISBN 978-5-91345-238-2**

Настоящее научно-популярное издание состоит из ряда обзорных глав, посвященных различным аспектам современной профилактики и коррекции зависимости от психоактивных веществ в подростковом возрасте.

Предлагаемый научный материал представляет проблемное поле психологических исследований в области аддиктивного поведения, феноменологии химической зависимости, механизмов функционирования и развития личности с зависимыми формами поведения, методов и направлений профилактики и коррекции.

Монография может быть полезна для консультантов в области профилактики, коррекции и реабилитации зависимых форм поведения. Издание может представлять интерес для студентов - психологов и социальных педагогов.

**ISBN 978-5-91345-238-2**

© Рерке В.И., 2017  
©Матери против наркотиков, 2015

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
<b>ГЛАВА 1. НАУЧНЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПРОБЛЕМЕ ЗАВИСИМОГО ОТ ПАВ ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ .....</b>	<b>6</b>
1.1.Общее представление о проблеме зависимого от ПАВ поведения у подростков.....	6
1.2. Отечественные и зарубежные исследования зависимого от ПАВ поведения на подростковом этапе онтогенеза.....	25
1.3. Общая характеристика мотивационно-потребностной сферы личности подростков.....	44
<b>ГЛАВА 2. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ МОТИВАЦИОННО-ПОТРЕБНОСТНОЙ СФЕРЫ ЛИЧНОСТИ ПОДРОСТКОВ С ЗАВИСИМЫМ ОТ ПАВ ПОВЕДЕНИЕМ.....</b>	<b>58</b>
2.1. Изучение мотивационной сферы подростков.....	59
2.2.Потребностная сфера и психологические особенности у подростков.....	68
<b>ГЛАВА 3. ПРОФИЛАКТИКА И КОРРЕКЦИЯ ЗАВИСИМОГО ОТ ПАВ ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ: ЦЕЛИ, ПРИНЦИПЫ, МЕТОДЫ.....</b>	<b>82</b>
3.1. Психолого-педагогические аспекты профилактики зависимости от ПАВ.....	82
3.2. Поведенческая коррекция: цели и принципы организации.....	105
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	135
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	137

## **ВВЕДЕНИЕ**

Проблема распространения зависимых форм поведения от психоактивных веществ (ПАВ) среди детей и подростков – одна из острейших проблем современного российского общества. Мы часто со страниц различных изданий слышим один и тот же вопрос: «Как остановить распространение зависимостей среди молодежи?» К кому обращен этот вопрос? Ответ на него должны искать самые разные специалисты: и медики, и сотрудники правоохранительных органов, и работники сферы образования. Проблема формирования зависимого поведения у детей и подростков носит комплексный, междисциплинарный характер, и решать ее необходимо совместными усилиями.

В данной работе рассматривается социально-психологический аспект формирования, профилактики и коррекции у несовершеннолетних зависимых форм поведения от ПАВ.

С целью изучения психологии несовершеннолетних зависимых от ПАВ, нам представляется необходимым исследовать мотивационную и ценностно-смысловую организации личности данных респондентов для определения факторов риска и выявления основных психологических мишеней профилактических воздействий, ориентирующих личность на здоровый образ жизни и приверженность к различным профилактическим и лечебно-реабилитационным мероприятиям.

В то же время склонность к риску может проявляться в нормативных формах, что указывает на необходимость рассмотрения роли эмоционально-волевой и ценностно-смысловой регуляции деятельности.

Значимость работы заключается еще и в том, что полученные данные уточняют имеющиеся представления о механизмах зависимого от ПАВ поведения среди подростков.

*Данная научная работа выполнена в рамках реализации проекта  
«Беспокойные сердца».*

*При реализации проекта используются средства государственной  
поддержки, выделенные в качестве гранта в соответствии с  
распоряжением Президента Российской Федерации от 05.04.2016 № 68  
рп и на основании конкурса, проведенного Благотворительным фондом  
«Покров».*

## ГЛАВА 1.

# НАУЧНЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПРОБЛЕМЕ ЗАВИСИМОГО ОТ ПАВ ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ

### 1.1.Общее представление о проблеме зависимого от ПАВ поведения у подростков

Проблемам зависимого от ПАВ поведения подростков уделяется большое внимание как в отечественной, так и в зарубежной психологии и педагогике.

В международной классификации болезней (МКБ-10) употребление ПАВ определяется в разделе «Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ» и классифицируются в зависимости от вида вещества. Так, выделяются психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя, опиоидов, каннабиноидов, седативных или снотворных веществ, кокаина, других стимуляторов, включая кофеин, табак, летучие растворители, а также психические и поведенческие расстройства в результате сочетанного употребления наркотиков и использования других психоактивных веществ. Тяжесть данных расстройств варьирует от неосложненного опьянения и употребления с вредными последствиями до выраженных психотических расстройств и деменции. Употребление психоактивных веществ диагностируется как заболевание при наличии «синдрома зависимости».

Синдром зависимости определяется как сочетание физиологических, 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 (иногда непреодолимая) принять психоактивное вещество. Возвращение к употреблению психоактивных средств после периода воздержания

приводит к более быстрому появлению признаков этого синдрома, чем у лиц, ранее не имевших синдром зависимости.

Диагноз синдрома отмены может быть поставлен только при наличии 3 или более определенных признаков, возникавших в течение определенного времени в прошлом году. *Этими признаками являются:*

1. Сильная, компульсивная потребность приема вещества.

2. Нарушение способности контролировать прием вещества, то есть начало употребления, окончания или дозировку употребляемых веществ, характеризующееся увеличением общей дозы и/или длительности приема и безуспешными попытками или сохраняющимся желанием уменьшить потребление.

3. Физиологическое состояние отмены, возникающее при прекращении приема вещества или уменьшении дозы вещества.

4. Повышение толерантности, снижение эффекта при приеме прежних доз, вызывающее необходимость повышения дозы для достижения прежнего эффекта.

5. Увеличение времени, затрачиваемого на добывание психоактивного вещества, прием и перенесение последствий, сопровождаемое сужением здоровой социальной активности и альтернативных употреблению вещества интересов личности.

6. Продолжение употребления вещества, несмотря на очевидные вредные последствия, такие как причинение вреда печени вследствие злоупотребления алкоголем, депрессивные состояния после периодов интенсивного употребления вещества, снижение когнитивных функций вследствие употребления наркотиков [Международная классификация болезней (10-й пересмотр), 1994].

Особое внимание в этом перечне уделяется состоянию отмены, возникающему в результате прекращения приема психоактивного вещества или уменьшения привычной дозы. Начало и течение синдрома отмены ограничены во

времени и соответствуют типу вещества и дозе, непосредственно предшествующей воздержанию. Синдром характеризуется физическими и психическими расстройствами, характер которых определяется видом психоактивного вещества. Синдром отмены по-другому называют абстинентным синдромом. Он считается важным диагностическим показателем при определении стадии заболевания [Пятницкая И.Н., 1994; Альтшуллер В.Б., 1995].

Рассмотрим далее зависимость от опиоидов и алкоголя.

*Клинические проявления синдрома зависимости от опиоидов.*

Для обозначения болезни, вызываемой систематическим потреблением психоактивных веществ, внесенных в специальный список наркотиков, в нашей стране обычно используется термин «наркомания». Зависимость от опиоидов (F11.20) является одной из наиболее распространенных и наиболее изученных форм наркомании [Шабанов П.Д., 2002]. Она возникает в результате длительного злоупотребления природными или синтетическими опиатами. К природным опиатам относятся наркотики, получаемые из опия сырца (*Papaver somniferum*), содержащего 20 алкалоидов и дериватов опия (морфин, героин, кодеин, тебаин и др.). Из полностью синтетических опиатов используются: мепередин, метадон, пропоксифен. Наиболее наркогенным препаратом является героин. Считают, что его наркогенный эффект в 4—5 раз выше морфинного [Сиволап Ю.П., Савченков В.А., 2012].

При регулярном употреблении опиатов возникает выраженная психическая и физическая зависимость с тяжелыми явлениями при отмене наркотиков (абстинентный синдром). Сроки формирования заболевания зависят от применяемого препарата и способа его введения. Наиболее короткий срок формирования зависимости отмечается при внутривенном введении наркотика. Наиболее наркогенным является вводимый внутривенно героин (становление

наркомании наблюдается после 3—5 инъекций). При введении морфина наркомания развивается после 10—15 инъекций [Тиганов А.С., 1999].

Вначале имеет место этап эпизодического введения препарата, когда больные наркотизируются от случая к случаю и не повышают дозу. В среднем он продолжается 2—3 мес, в отдельных случаях (особенно при отсутствии доступа к наркотикам) — от 6 до 12 мес. С формированием синдрома психической зависимости прием опиатов становится регулярным и для достижения прежнего эффекта больные вынуждены вводить наркотик более часто и увеличивать дозу, т.е. начинает расти толерантность. Описанный период в целом соответствует начальной или первой стадии наркомании [Сиволап Ю.П., Савченков В.А., 2012].

Вторая стадия наркомании определяется прежде всего развитием физической зависимости, которая формируется примерно через 3 нед — 1,5 мес от начала систематического введения наркотиков. В это же время формируется абстинентный синдром. Развитие его наряду с синдромом психической зависимости и толерантностью считается признаком "хронической", "развернутой", или второй стадии наркомании, т.е. качественно иного этапа болезни [Стрельчук И.В., 1956; Пятницкая И.Н., 1994].

Признаки абстиненции развиваются в течение нескольких часов после принятия последней дозы, в период, когда должна быть принята очередная доза по установившейся схеме, и достигают своего пика в интервале от 36 до 72 часов после последнего употребления. Уже через 6—8 часов после Признаки абстиненции развиваются в течение нескольких часов после принятия последней дозы, в период, когда должна быть принята очередная доза по установившейся схеме, и достигают своего пика в интервале от 36 до 72 часов после последнего употребления. Уже через 6—8 часов после отнятия наркотика у больных наблюдаются напряженность, общая неудовлетворенность, тревога, раздражительность, общая дисфория, недомогание, физическая слабость. Ранние

признаки опийного абстинентного синдрома: зевота, слезотечение, насморк с чиханьем, зуд в носу и носоглотке, ощущение закладывания носа, повышенная перистальтика кишечника [Пятницкая И.Н., 1994; Веселова Н.В., 2002].

После исчезновения острых признаков абстинентного синдрома наблюдаются остаточные явления в виде непреодолимого влечения к наркотику, пониженного настроения, дисфории, психического дискомфорта, астении, нарушений сна (отставленный период абстинентного синдрома).

На третьей стадии значительно изменяется действие наркотика. Эйфорическое его действие значительно уменьшается, а иногда полностью исчезает. Наркотики вводятся больными только для поддержания работоспособности и настроения, дозы наркотиков зачастую снижаются, так как при введении прежней высокой дозы у больных наблюдаются вялость и слабость [Пятницкая И.Н., 1994].

Обратимся к клинико-психологическим особенностям больных с синдромом зависимости от опиоидов. Формирование зависимости от ПАВ, помимо морфофизиологических изменений в функционировании органов и систем организма человека приводит к изменениям и деградации личности [Валентик Ю.В., 2001; Менделевич В.Д., 2003; Campbell В.К., Stark M.J.,1990]. Личностная деградация потребителей опия характеризуется сужением круга интересов, общим огрублением личности. У больных пропадает интерес к любым событиям их жизни, кроме приема наркотиков. Они становятся угрюмыми, нелюдимыми, перестают проявлять внимание к близким, безразлично относятся к работе, к жизненным радостям и неприятностям [Борисов С.А., 2007; Идрисова Н.Г., 2003].

Исследование А.А. Козлова и М.Л. Рохлиной (2000) пациентов с героиновой, опийной, первинтиновой-эфедриновой и полинаркоманиями показало, что у всех, независимо от вида наркотического вещества, по мере наркотизации индивидуальные личностные характеристики нивелируются, и

формируется своеобразный наркотический дефект. Так называемая «наркоманическая» личность характеризуется: повышенной возбудимостью, нарастанием аффективных расстройств в виде дисфории или апатико-абулических депрессий, аффективной лабильностью, преобладанием истеровозбудимых форм реагирования, психосоциальной дисфункцией в виде постепенного угасания интересов, различными аномалиями эмоционально-волевой сферы, расстройствами сферы влечения, выраженным морально-этическим снижением и транзиторными интеллектуально–мнестическими расстройствами [Ерофеева М.Г., 2005; Рохлина М.Л., Козлов А.А., 2000; Kozlov A.A., Dorovskin I.V., Doljanskaia N.A., Buzina T.S., Polunina A.G., 2005].

В.Л. Юлдашев (1996) выделяет некоторые особенности межличностных отношений лиц с химической зависимостью. К ним относятся стремление уходить от ответственности в принятии решений, стереотипность поведения, зависимость, тревожность, тенденция обвинять других, сниженная переносимость повседневных трудностей с хорошей переносимостью экстремальных ситуаций, низкая самооценка в сочетании с внешними проявлениями превосходства, невозможность поддерживать стойкие эмоциональные отношения. По данным отечественных и зарубежных исследователей [Валентик Ю.В., Сирота Н. А., 2002; Гагарина Н.А., 2003; Психология и лечение зависимого поведения, 2002; Brook J.C., Whiteman M., Finch S., et al.,1996; Dyke Van D., Heaslip J., Hogenson D., Vedders L.1989; Gossop M., Stewart D., Browne N., Marsden J., 2002] в качестве личностных особенностей больных опийной наркоманией отмечаются неуверенность в себе, экстернальный локус контроля, сниженная самооценка, импульсивность, асоциальные наклонности, низкая фрустрационная толерантность.

У больных опийной наркоманией также выявляется повышенная эпилептоидность, сниженная самокритичность, проявляющаяся в неадекватности

представлений о себе, нарушение понимания больным своего места в жизни. У них недостаточно развита способность к рефлексии [Грюнталь Н.А., 2005].

У пациентов с опиоидной зависимостью выявляется У пациентов с опиоидной зависимостью выявляется сочетание склонности к рискованному поведению в виде поиска нового опыта и социальной расторможенности с высокой степенью полезависимости и алексетимии в виде чрезмерной диффузности интрацептивного опыта [Бузина Т.С., 1998]. Высокая степень полезависимости и диффузность интрацепции свидетельствуют о слабой организованности и структурированности внутреннего опыта больных опиоидной наркоманией и низкой его рефлексии, что является препятствием для опосредованного отреагирования потребности в стимуляции в знаково-символической форме и социально-детерминированных видах деятельности. Данные обстоятельства приводят к тому, что потребность в острых ощущениях удовлетворяется непосредственно, путем употребления ПАВ [Бузина Т.С., 1998].

Исследователями отмечаются об изменениях личности потребителей опиоидов по мере увеличения длительности употребления наркотика. Лисецкий К.С. и Березин С.В. (2000) получили данные о таких психологических особенностях потребителей героина на стадии экспериментирования и эпизодического употребления, как эмоциональная незрелость, неполноценная психосексуальная организация, агрессивность и нетерпимость, слабые адаптивные способности, склонность к регрессивному поведению, сниженная способность к искреннему общению с партнером. В поздний период развития наркотической зависимости обостряются внутриличностные конфликты и неспособность к социально-психологической адаптации становится очевидной. Хроническое употребление наркотиков приводит к усилению пассивности, безразличию к своему внешнему виду, к бесплодному фантазированию и невозможности принимать решения, а также к абсолютной неспособности к длительным усилиям.

Вторичными последствиями является асоциальное поведение в виде нелегального приобретения наркотиков, подделки рецептов, обмана членов семьи, друзей, врачей, возникновения конфликтов с законом. Отличительной чертой хронической наркомании является этическая деградация [Ерофеева М.Г., 2005].

По данным Н.Г. Идрисовой (2003) при формировании психической зависимости от героина, при длительности употребления менее года у потребителей наркотиков нарастают импульсивные тенденции в поведении, склонность к асоциальным поступкам, которые маскируются или проявляются социально приемлемыми путями. При употреблении героина около года теряется контроль над поведением, появляется склонность к самобичеванию, снижается самооценка, наблюдаются затруднения в социальной адаптации, сужаются интересы, возникает безразличие, состояние подавленности, снижается активность. Зависимые от наркотиков со стажем употребления 2-3 года характеризуются нарушением способности к самоконтролю, у них значительно выражены эгоистические тенденции, усиливается импульсивность и лабильность. При употреблении 4-5 лет усиливаются дезадаптивные тенденции и возникают аффективные расстройства [Идрисова Н.Г., 2003; Менделевич В.Д., 2001].

М.Г. Ерофеева (2005), изучая личностные особенности зависимых от героина с разным стажем употребления наркотика, приходит к сходным выводам. В качестве психологических характеристик зависимых со стажем употребления менее 5 лет она отмечает следующие черты:

- высокая психическая активность, высокая мотивация достижения (часто ориентирована на моторную и речевую активность), интересы поверхностные, неустойчивые;
- эмоциональная и социальная незрелость, большое количество поверхностных контактов, эмоциональная лабильность, неадекватность самооценки;

- поверхностность, легковесность суждений;
- высокая степень зависимости от окружающих, ожидание агрессии с их стороны;
- склонность к депрессивным переживаниям, пессимизм;
- астено-невротические черты, сниженная работоспособность, чувство опустошенности, чувство одиночества;
- агрессивные тенденции в поведении, несдержанность, конфликтность;

Для зависимых от героина со стажем употребления наркотика больше 5 лет характерно усиление агрессивного поведения в сочетании с эмоциональной неустойчивостью, склонностью к депрессивным переживаниям и внутриличностным конфликтам разнонаправленных тенденций.

Ряд исследователей обращает особое внимание на специфику эмоциональной сферы зависимых от опиоидов. Н.С. Курек (1991) отмечает такие особенности эмоциональной активности зависимых от опиоидов, как снижение точности восприятия эмоций другого человека по мимике, жестам и позам в сочетании с нормальным или повышенным уровнем собственной эмоциональной экспрессии.

Т.И. Букановская (1992) обнаружила у больных опишной наркоманией высокую напряженность аффекта, низкую способность к переживанию негативных эмоций, наличие эмоций гнева-отвращения в структуре переживаний. Автор предполагает защитную роль опишной интоксикации, которая позволяет пережить эмоциональное состояние горя-страдания на качественно ином уровне, дающим чувство удовлетворения.

По данным Лисецкого К.С. и др. (2000) типичными для наркозависимых являются: эмоциональная неустойчивость, эмоциональная незрелость, развитое чувство вины, нерешительность, боязливость, застенчивость, тревожность, мнительность, впечатлительность.

Также отмечается, что в эмоциональной сфере зависимых от опиоидов определяется богатая эмоциональность, если они находятся в периоде активного употребления наркотика. Если же они находятся в «чистом периоде», когда не употребляют наркотические вещества, то эмоциональное реагирование затруднено. В эмоциональных переживаниях наблюдается в основном напряженность, раздражительность, неприязнь к окружающим [Валентик Ю.В., 2001, Валентик Ю.В., Сирота Н.А., 2002].

Мотивационная сфера зависимых от опиоидов также имеет свои специфические особенности. При снижении уровня мотивационной организации деятельности, не связанной с употреблением ПАВ, отмечается гипертрофированная ригидность действий, связанных удовлетворением потребности в ПАВ. Потребители наркотиков демонстрируют поразительную целеустремленность и способность преодолевать серьезные препятствия на пути добывания психоактивного вещества, но при выполнении нормативной деятельности становятся пассивными и безынициативными [Букановская Т.И., 1992; Валентик Ю.В., 2001; Менделевич В.Д., 2001].

У зависимых от наркотиков отмечается высокий уровень мотивации избегания неуспеха, преобладание страха перед неуспехом над надеждой на успех и такие искажения мотивационно-потребностной сферы, как блокировка временной перспективы и блокировка потребности в защищенности, самоуважении, принадлежности к референтной группе [Менделевич В.Д., 2001].

Н.А. Грюнталь (2003), исследуя нарушение регуляторной функции самосознания у больных опийной наркоманией, делает вывод о том, что в самосознании больных отсутствуют прошлое, настоящее и будущее как единый временной континуум. Прошлое, настоящее и будущее для них изолированы, при этом реально существует лишь настоящее, «здесь и сейчас», а прошлое и, особенно, будущее «фантастичны», нереальны и с настоящим никак не связаны.

Дефицитарность структуры мотивов больного наркоманией ограничивает возможность адекватного прогнозирования будущего.

По данным как зарубежных, так и отечественных исследователей, у лиц, злоупотребляющих наркотиками, отмечается наличие когнитивного дефицита, проявляющегося в ухудшении показателей памяти, внимания, ухудшение ассоциативного мышления [Козлов А.А., Бузина Т.С., 1999; Шабанов, 2002; Грюнталь Н.А., 2005; Демина М.В., 2005; Blatt S.J., Berman W., 1984; Campbell B.K., Stark M.J., 1990].

В исследовании А.А. Козлова и Т.С. Бузиной (1999) показано, что хроническое злоупотребление наркотиками приводит к снижению когнитивных способностей. Длительный отказ от их употребления приводит к определенному улучшению интеллектуально-мнестических функций. По данным А.А. Козлова и М.Л. Рохлиной (2001) снижение когнитивных функций проявляется в виде обеднённости воображении, нарушения непосредственного и опосредованного запоминания на динамическом и мотивационном уровнях. Отмечается сниженность способности к рефлексии, анализу и самоанализу. По данным Ерофеевой М.Г. (2005) типичным для данных больных является конкретность мышления.

При нейропсихологическом анализе высших психических функций у больных героиновой наркоманией М.Е. Баулина (2002) выделяет три основных дефекта:

- нарушение общей работоспособности и истощаемость, неспецифические нарушения памяти и других психических процессов, как следствие длительной интоксикации с поражением головного мозга, особенно его срединных структур, являющихся мишенью действия опиатов;

- импульсивность, нарушения целенаправленности деятельности, анализа, снижения уровня обобщения, отвлекаемость и персеверации, свидетельствующие о заинтересованности левой лобной доли больших полушарий;

- трудности в восприятии пространственных признаков зрительных стимулов, характерные для поражения правой теменно-затылочной области, и нарушения понимания логико-грамматических отношений, свидетельствующие об органических изменениях в левой теменно-затылочной области.

В поведенческом плане многими авторами, изучающими причины формирования химической зависимости, употребление наркотиков рассматривается как психофармакологический копинг-механизм, который в ходе формирования зависимости трансформируется из кратковременных способов совладания с дистрессом на разных этапах приобщения к ПАВ в устойчивое псевдоадаптивное копинг-поведение, приводящее к дезадаптации индивида. Таким образом, употребление наркотиков дает временное облегчение в ситуации стресса, тем самым, препятствуя развитию альтернативных копинг-механизмов [Сирота Н.А., Ялтонский В.М., 2003; Lazarus R.S., Folkman S., 1987; Sklar S.M., 1999)]. Так же, наркотизация рассматривается как попытка компенсации несостоятельности личного контроля над средой с помощью установления иллюзорного контроля в состоянии наркотического опьянения (Тхостов А.Ш., Левин Я.И., Рассказова Е.И., 2007; Ryan R.M., 2000).

Сирота Н.А. и Ялтонский В.М. считают, что наркомания является малоадаптивным паллиативным копинг-поведением, обусловленным недостаточностью функционирования копинг-стратегий и личностно-средовых копинг-ресурсов [Сирота Н.А., 1994; Ялтонский В.М., 1995; Сирота Н.А., Ялтонский, 2008]. Данное расстройство характеризуется доминирующим использованием копинг-стратегий избегания жизненных проблем и ухода от реальности, а проблемно-разрешающее поведение направлено на поиск наркотика.

Характерной чертой такого копинг-поведения является то, что оно меняет способ интерпретации ситуации, но не меняет саму стрессовую ситуацию и отношения индивида со средой.

Основными формами психологической защиты у больных наркоманией П.Д. Шабанов, О.Ю. Штакельберг (2000) обозначают отрицание, регрессию и компенсацию. При этом, по сравнению со здоровыми людьми, активность психологических защит, способствующих социальной адаптации, выше у больных наркоманией (Ерофеева, 2005). Согласно исследованию, характерные защитные механизмы героиновых наркоманов - вытеснение или навязчивость, отказ от самореализации, агрессия [Лисецкий К.С., Березин С.В., Шапатина О.В., 2000].

Таким образом, личностная организация больных опийной наркоманией характеризуется неадекватностью самооценки, зависимостью ее от жизненных обстоятельств, наличием нереалистичных представлений о себе, никак не связанных с жизненным опытом, дефицитарностью структур внутреннего опыта, склонностью к неоправданному риску, снижением способности к рефлексии и самоотчету, трудностью в регуляции своего эмоционального состояния. Данным больным свойственна бедность мотивационной сферы, отсутствие конкретных интересов, подверженность внешним влияниям, преобладание инфантильных гедонистических установок, недостаточность функционирования копинг-стратегий и личностно-средовых копинг-ресурсов, что свидетельствует о личностной незрелости данной группы больных.

#### *Клинические проявления синдрома зависимости от алкоголя.*

Согласно МКБ-10, алкоголизм относится к блоку F10 – «Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением алкоголя».

Для систематизации различных проявлений алкоголизма предложено большое количество классификаций. В нашей стране традиционно используется классификация А.А. Портнова и И.Н. Пятницкой [Портнов А.А., Пятницкая И.Н.,

1970], которая не противоречит классификации МКБ-10, но в развитии алкоголизма выделяет 3 стадии, которые последовательно сменяют одна другую.

*Для 1-ой стадии алкоголизма* - начальной стадии зависимости (по МКБ-10 F10.10 - употребление с вредными последствиями) характерно: патологическое влечение к алкоголю, которое проявляется в определенных ситуациях, связанных с традиционным употреблением алкоголя, когда подготовка к приему спиртного сопровождается положительными эмоциями; снижение количественного контроля – первые дозы алкоголя провоцируют дальнейшее употребление до состояния выраженного опьянения; рост толерантности – первоначально употребляемая доза алкоголя не вызывает желаемого чувства опьянения, поэтому растет количество выпиваемого алкоголя или происходит переход на более крепкие спиртные напитки; амнезии опьянения – выпадение из памяти фрагментов определенных событий, которые были в состоянии опьянения (на этой стадии неглубокие).

Длительность первой стадии алкоголизма в среднем составляет от одного года до пяти лет в зависимости от интенсивности злоупотребления алкоголем.

*На 2-ой стадии алкоголизма* – средней стадии зависимости ( по МКБ-10 F10.20 - синдром зависимости) утяжеляются все симптомы, характерные для первой стадии. Типичными для второй стадии являются: появление абстинентного синдрома (F10.30); формирование запоев или систематического пьянства; заострение преморбидных черт (усиление некоторых черт характера, которые были у человека до заболевания); высокая толерантность к алкоголю, т.е. увеличиваются разовые и суточные дозы алкоголя, повышается градус алкоголя.

*На 3-й стадии алкоголизма* (конечная стадия зависимости) влечение к алкоголю носит непреодолимый характер, больные употребляют даже заведомо опасные вещества, содержащие алкоголь, в том числе суррогаты. Толерантность к алкоголю падает, человек пьян от небольших доз алкоголя и длительность запоев

снижается из-за нарастающего ухудшения самочувствия. Абстинентный синдром протекает крайне тяжело, часто возникают судорожные припадки, алкогольный делирий (F10.40) и другие расстройства (F10.50-F10.90). К перечисленным симптомам 2 стадии присоединяется алкогольная деградация личности. У больных исчезает инте-рес к окружающему; все их побуждения сосредоточиваются только на выпивке. Происходит обеднение всей психической деятельности, падает работоспособность, больные могут выполнять только неквалифицированную работу, часто совершают правонарушения [Портнов А.А., Пятницкая И.Н., 1970; Алкоголизм: руководство для врачей, 2011].

*Клинико-психологические особенности пациентов с синдромом зависимости от алкоголя.*

Личностные характеристики больных алкоголизмом отражают структуру проявлений, связанных с высоким уровнем эмоциональной напряженности, неустойчивости, импульсивности, высоким уровнем чувства вины и повышенной тревожности, нарушенной самооценки, блокированных потребностей [Анучин В.В., Дудко Т. Н., 1986]. В структуре личности пациентов выявляются такие особенности, как выраженное чувство вины, неуверенности, наличие тревожности, недифференцированных переживаний, имеющих высокую эмоциональную насыщенность и интенсивность. Эти характеристики дополняются проявлениями повышенной мнительности, подозрительности, значительным уровнем тревоги и эмоциональной напряженности, склонности к подавлению эмоциональных проявлений, неприятию критики, проявлений ригидности [Альтшулер В.Б., 1994].

На начальных и, как правило, средних этапах алкоголизма изменения личности ограничиваются заострением изначальных личностных особенностей. Во второй стадии болезни к ним присоединяются расстройства эмоциональной сферы: эмоциональная лабильность (неустойчивость настроения), огрубление,

возбудимость. Развивается алкогольная анозогнозия (отрицание болезни), проявляющаяся недостаточно критическим отношением к своему пьянству. Появляются социальные последствия пьянства. Одной из первостепенных черт алкоголика многие авторы называют моральную деградацию. В ходе своих действий по удовлетворению потребности в алкоголе больной решает жизненную задачу, переступить или не переступить свои моральные нормы. Постепенно эти поступки перестают быть случайными. Они становятся неизбежным, закономерным следствием логики развития жизни этих пациентов.

Алкогольная деградация, развивающаяся на отдаленных этапах алкоголизма, включает в себя аффективные расстройства, психопатоподобные симптомы, этическое снижение, утрату критического отношения к злоупотреблению алкоголем и своему состоянию в целом, стойкие изменения памяти и интеллекта [Альтман А.Л., 1980].

Аффективные расстройства при развитии алкогольной деградации становятся неотъемлемым свойством личности больных, отличаются чрезвычайной стойкостью, обнаруживаются не только в связи с алкогольными эксцессами, но и при длительном воздержании от алкоголя. Аффективные нарушения проявляются особой эмоциональной лабильностью, неустойчивостью настроения, обидчивостью, пессимизмом с экспрессивным выражением своих чувств. Эмоциональная неустойчивость всегда сочетается с возбудимостью, поэтому аффективные вспышки сопровождаются бурными проявлениями раздражения и гнева. В большинстве случаев аффективные колебания поверхностны [Рожнов В.Е., 2005].

У больных отмечается (несмотря на изменения настроения) эйфорическая установка - склонность к эйфории, беспечности, недооценке жизненных трудностей, плоскому юмору. Эти особенности настолько свойственны многим больным алкоголизмом на отдаленных этапах, что обычно выделяют тип

алкогольной деградации с эйфорической установкой [Альтман А.Л., 1980]. Эйфорической установкой некоторые авторы объясняют готовность больных к лжи или заведомо невыполнимым обещаниям [Дереча В.А., Дереча Г.И.2001; Дереча Г.И, 2003].

Психопатоподобные симптомы в структуре алкогольной деградации не укладываются в какой-либо из вариантов, поэтому часто выделяют недифференцированные психопатоподобные варианты алкогольной деградации, для которых характерны мозаичность, полиморфизм проявлений. Поведенчески это выражается в неадекватности, непредсказуемости поступков больных. Одна и та же ситуация может то оживлять бурную реакцию, то оставлять больных совершенно спокойными. После больших периодов трезвости (например, в ремиссии) психопатоподобные симптомы смягчаются, но не исчезают [Сегал Б.М., 2007].

Социальное снижение больных алкоголизмом очень тесно связано с алкогольной деградацией и иногда рассматривается как ее составной компонент. Диагностика изменений личности при алкоголизме играет важную роль при клинической оценке заболевания на средних и отдаленных этапах. В частности, наиболее тяжелая форма изменения личности - алкогольная деградация - служит неоспоримым признаком перехода заболевания в III стадию [Мустаева Л.К., 1993].

В ряде работ отмечается, что по мере развития алкогольной зависимости возникают характерные изменения в эмоциональной сфере больных. Эмоциональные переживания становятся неглубокими, поверхностными, проявляется некоторая эйфоричность [Портнов А.А., Пятницкая И.Н., 1970; Энтин, 1979; Glatt, 1967].

Выраженность эмоциональных проявлений у больных алкоголизмом во многом зависит от тяжести клинических признаков болезни, глубины психических нарушений. Так, для больных в начальной стадии больше характерна

эмоциональная лабильность, которая во II стадии заболевания переходит в расторможенность, проявляющуюся в аффективно окрашенных отказных реакциях. По мере развития алкогольной зависимости у больных уменьшаются положительные эмоции и растут отрицательные, в эмоциональном состоянии больных алкоголизмом в отличие от здоровых людей, начинают доминировать переживания депрессивного характера с чувством вины и опустошенностью [Ерышев О.Ф., Рыбакова Т.Г., Балашова Т. Н., 1989; Ерышев О. Ф., Рыбакова Т. Г., 1996; Валентик Ю.В., 1995; Валентик Ю.В., 2001].

Исследования Пущиной В.В. (2007) показывают наличие низкого уровня проявления эмоциональности у больных алкоголизмом мужчин, выраженной тревожности и агрессивности, преобладания интеллектуальных эмоций в виде интереса и удивления, склонности к манипулированию. Для них характерен низкий уровень общей эмоциональности, среди отрицательных эмоций они чаще переживают вину. Зависимые от алкоголя мужчины выражают свои эмоции в основном через каналы экспрессии: интонацию, образность речи, мимику и громкость голоса. Эмоциональная реакция на воздействие стимулов окружающей среды у больных алкоголизмом в основном направлена не вовне, а внутрь себя, и остается в виде переживаний.

В. Ф. Матвеев с соавторами (1987) изучили изменение базовых эмоций при алкоголизме с использованием методики самооценки эмоций К. Изарда (шкала дифференциальных эмоций). У больных по сравнению со здоровыми лицами были достоверно более выражены стыд, вина и радость (что связано, вероятно, со снижением самокритичности).

Самым частым эмоциональным проявлением патологического влечения к алкоголю являются дисфорические расстройства разной тяжести - от ворчливости, недовольства, угрюмости, до напряженности, подавленности, вспыльчивости, агрессивности. Характерно сочетание дисфорических расстройств со сниженным

настроением, эмоциональной неустойчивостью [Мартынов В.С., 2006]. Разрушаются преморбидные структуры самосознания, социализации и культурализации личности, после чего изменяется иерархия личностных интересов и ценностей, затем создается новая система смысложизненных ориентаций с преобладанием иррационального содержания и патологической направленности личности [Дереча Г.И., 2000].

Признаками аддиктивного развития личности являются формирование в самосознании больных убеждения о привлекательности употребления алкоголя; ведущая роль личностной семантики в мотивах употребления спиртного, однотипное реагирование выпивками на многообразие жизненных событий; диссоциированность личности с внутриличностной борьбой трезвеннических и питейных мотивов; снижение способности личности контролировать свой образ жизни (Клочкова Л.В., 1993). При более выраженном аддиктивном развитии личности возникает стойкая убежденность больных в целесообразности употребления алкоголя, патологическая позиция личности в виде специфической иерархии жизненных ценностей и смыслов, специфическая «питейная» социализация и культурализация личности [Беляева В.В., 1988].

Патологические изменения в когнитивной сфере заключаются в появлении искажений в реальном отображении событий, фактов и причинно-следственных связей. Искажения в самосознании (самовосприятии и самооценке) является субъективно привлекательным, желательным для больного, поскольку освобождает от адекватной оценки накопившихся жизненных трудностей, внутренних противоречий и перспектив. Поэтому вполне обоснованным представляется мнение, что одним из мотивов обращения к алкоголю и поддержания алкогольного образа жизни является неосознаваемое стремление к "отрицанию реальности", которое достигается не только в состоянии опьянения, но и отмечается также в периоды воздержания от алкоголя [Ерышев О.Ф.,

Рыбакова Т.Г., 1996]. Соприкосновение и конфронтация и со своими проблемами (истинным "Я", нравственным самосознанием, социальной несостоятельностью, личностными потерями, ухудшением здоровья и т.д.) может стать критическим, субъективно непереносимым переживанием, ведущим к возобновлению пьянства и восстановлению посредством него прежнего искажённого образа "Я" [Братусь Б.С., 1998].

## **1.2. Отечественные и зарубежные исследования зависимого от ПАВ поведения на подростковом этапе онтогенеза**

Определяя проблему наркомании как молодежную, многие исследователи [18,35,38,43,52] задаются вопросом: «Почему распространение наркомании имеет особое место среди молодежи, а не в среде старшего поколения?» При ответе на этот вопрос различные теории западных ученых, [94,98] фокусируются в понимании процесса психического развития как приспособительского по существу, поскольку эволюционной моделью предлагается рассмотрение развития как обусловленного необходимостью приспособления организма к среде, обществу.

Это положение достаточно полно развито в фундаментальных трудах отечественных исследователей В.В. Давыдова [20], А.Н. Леонтьева [30], С.Л. Рубинштейна [54], Д.И. Фельдштейна [62], показавших, что конкретные социальные обстоятельства, прежде всего изменение места ребенка в обществе, смена его позиции и определяет возникновение социально полезных или социально вредных черт.

Пытаясь выявить причины наркозависимого поведения среди подростков, некоторые психологи склонны видеть их в разрыве эмоциональных связей [77]. J. Coleman [77] считает, что наркозависимое поведение подростка вызывается глубокими переживаниями, схожими с эмоциональным состоянием взрослого - печаль, горе. Характеризуя такое состояние, Blos ввел термин «объективный и

субъективный голод» [74,91]. Авторы полагают, что ребенок нуждается в определенных эмоциональных состояниях – неудовлетворенность в этом приводит к негативному самовыражению, которое проявляется в форме наркомании.

Исследования, проведенные М.П. Башкатовым [4], А.Е. Личко, В.С. Битенским [35], Б.С. Братусь [13], побудили их утверждать, что склонность к наркотикам у подростка может возникнуть в качестве прямого давления как со стороны уличных групп, так и со стороны родителей. Обнаруживается определенная закономерность – родители наркоманов подросткового возраста также являются наркоманами, только наркотики, которые они употребляют, являются «социально признанными» (табак, спиртное).

Серьезное значение имеют и так называемые «ситуативные и межличностные» факторы, проявляющиеся в системе «ребенок-сверстники» в школе, «ребенок – неформальная группа», «ребенок – родители», которые также могут отрицательно влиять на личность и поведение подростка. При этом определяющую роль играют интрапсихические факторы (выработанная внутренняя позиция), обуславливающие появление наркозависимого поведения и устойчивость растущего человека [87].

Материалы зарубежных и отечественных исследований (В.А. Жмуров, Л.Г. Красовская [23], П.Д. Шабанов, О.Ю. Штакельберг [69], Ames F.A. [71]) указывают как на интеллектуальные факторы, определяющие возможность приобщения детей к наркотикам: а) недостаточное умственное развитие в целом (но не патология), что препятствует правильному самоанализу поведения и прогнозированию его последствий; б) недостаточная самостоятельность мышления и поэтому значительная внушаемость и конформность; в) низкая познавательная активность, обедненность, неустойчивость духовных потребностей, так и на генетическую предрасположенность.

Алкоголизм, наркомания, как считают американские исследователи P.Carl,

Malmquist [88], имеет такой же механизм передачи генетического кода, как передача некоторых психосоматических заболеваний по наследству. Ученые В. Sharma [93], D. Kandel [86] при объяснении причин тяги растущих людей к наркотикам, также исходят из того, что эта предрасположенность предопределена генетически, т.е. отсутствием «счастливых комбинаций генов».

По мнению отечественных исследователей (А.Е. Личко, В.С. Битенский [35], Н.Ю. Максимова [38] ) на процесс приобщения к употреблению наркотиков и алкоголя оказывают влияние как генетический, так и социальный факторы. Мы разделяем данную точку зрения и считаем, что индивид, имеющий тенденцию (предрасположенность) пристрастия к наркотическим веществам совсем не обязательно должен стать таковым. Значительно важнее рассматривать социальное окружение, т.е. при каких обстоятельствах социального значения может развиться склонность к наркотикам и алкоголю. Если, например, индивид, имеющий генетическую предрасположенность к наркотикам, будет целенаправленно включен в систему здоровых социальных взаимоотношений, в деятельность, имеющую общие цели и задачи, у него никогда не разовьется потребностное состояние уйти от активной жизненной позиции и встать на путь отклонения от нормы.

В то же время зарубежные исследователи такие как Floyd J. and Lotsof A. [78] склонны считать, что доминирующей причиной возникновения тяги подростка к наркотикам, является пубертатная зона, где на психосексуальном уровне происходит сильный сдвиг и сексуальность принимает формы разнообразных извращений, что влечет за собой мораториум в период латентности.

J. Halikas, A. Ronald [84] характеризуют этот период когнитивным перемещением от конкретных операций к формальным, опираясь на теоретические позиции Ж.Пиаже. Они полагают, что способность манипулировать абстрактными понятиями дает толчок к развитию дедуктивного мышления, а это

влечет за собой противоречивые суждения, моральную неудовлетворенность, желание во что бы то ни стало реставрировать «Супер-Я» и создать независимую ценностную систему. При этом огромное значение в самоопределении подростка имеет приобретение знаний, усвоение нового учебного материала, академическая успеваемость. И, по мнению R. Mills [89], неудача в этом случае амортизирует тягу подростка к наркотикам.

Работы зарубежных ученых F. Ames [71], J. Swisher [94], Weiner [99], J. Halikas [84], которые провели исследования в плане раскрытия изменений когнитивных связей у наркомана (ослабление памяти, дефицит внимания, деформация при восприятии времени, галлюцинации), а также анализ работы Н. Weingartner [79], изучавшего отклонения в эмоциональных процессах (неустойчивость в настроении, включая эйфорию, апатию, депрессию), позволяют спрогнозировать склонность подростка к наркотикам. В связи с этим данными авторами был взят на вооружение термин «амотивационный синдром», который характеризуется следующими признаками: снижением успеваемости в учебной деятельности, отчуждением от родителей и от норм культурного поведения, потерей интереса к достижению элементарных жизненных целей, чувством изоляции, а также подозрительностью. На основании указанных признаков, констатирующих факт депрессивного состояния подростка (снижение активности, преобладание состояния фрустрации, заторможенность в мышлении), делается вывод, что ребенок – наркоман.

Противник этой точки зрения A. Cohen [76] при проведении многочисленных исследований в школах пришел к заключению, что нет существенно никакой разницы между подростками наркоманами и ненаркоманами. «Амотивационный синдром» присутствует у обеих групп. В своей работе он отмечает, что у сторонников «амотивационного синдрома» имеется по крайней мере два существенных недостатка. Во-первых, количество подростков, употребляющих

марихуану, становится значительно больше. Во-вторых, серьезным упущением исследователей являлся и такой факт, что в достаточной степени не изучались дети с отклоняющимся поведением. Казалось бы, выдвинута идея, намечены пути исследования по выявлению психологических причин склонности подростков к наркотикам. Причем важно, что произошло столкновение двух положений: первое касается существования «амотивационного синдрома» только у наркоманов; второе, свидетельствует о том, что «амотивационный синдром» присущ для всех детей с явно выраженными отклонениями в поведении (в разных формах). Однако все это не получило должного развития. Наоборот, произошло как бы свертывание исследований в психологии и появилось множество медицинских концепций, авторы которых пытались отыскать природу «амотивационного синдрома» в плане физиологических изменений личности [76].

Довольно интересные материалы получены ученым из Финляндии Määtä Paula [87]. В своей работе она пытается обобщить психологический «портрет» наркомана, раскрыть общий уровень притязаний, который движет его представлениями. Ею вводится термин «доминантный портрет» (Dominant Portrait), или «доминантное представление».

«С этим понятием, – пишет М. Paula, – мы связываем не только движущую силу, которая побуждает его к употреблению наркотиков, но также и уровень осведомленности (информативная сторона его знаний о наркотиках), на которой основывается его доминанта» [87; с.15].

В попытке «обобщить портрет» молодого наркомана автор анализирует многочисленные исследования по данной проблеме, стремясь выявить «образ», который был бы приемлем для всех наркоманов, независимо от социальной принадлежности и от мер лечения, применяемых по отношению к ним.

Полученные данные своего исследования она классифицировала по трем направлениям:

1. Психологические предполагаемые, или установленные изменения, которые связаны с употреблением наркотиков, причины и следствия их использования.

2. Социально-психологические, или социальные изменения.

3. Физиологические изменения в организме, пристрастие к поэтапному употреблению наркотиков (переход от слабых к более сильным веществам) (Stepping Stone Hypothesis).

Показательно, что развернутый анализ полученных данных привел Р.Мäättä к выводу, что невозможно изобразить определенный и убедительный «портрет».

Представляется, что данная теория «доминантного портрета» имеет существенные недостатки. Во-первых, из-за одностороннего отбора многочисленных характеристик личности подростка-наркомана. Во-вторых, из-за отрыва от тщательного изучения сущности конкретной личности, ее мотивационно-ценностной системы. В-третьих, не учитывалась динамичность и развитие личности, а лишь делался акцент на изображение «портрета» в строгих рамках путем накопления многочисленных фактов.

В то же время, несмотря на вышеуказанные недостатки, в данном исследовании имеется «рациональное зерно», которое требует дальнейшего изучения как на теоретическом, так и на экспериментальном уровне. Например, тщательной проработки требует вывод автора о том, что, в сущности, нет никакой разницы между начинающими и хроническими наркоманами. «Как правило, они состоят в шайках, больше предпочитают сотрудничество со своими сверстниками, нежели со своими родителями»[87; с. 5].

Наряду с исследованиями, которые характеризуют наркомана как депрессивную личность, утонувшую в «сказочных грезах», имеются и другие точки зрения. Например, Н. Victor [97] указывает на то, что наркоманы удовлетворены своей оригинальностью и экстравагантностью, стремятся быть

более серьезными и энергичными.

По сравнению с другими детьми подростки-наркоманы более критично относятся к полиции и церкви, они склонны к мятежу. Курильщики марихуаны, по мнению Н. Victor [97], созидательны, жаждут приключений, неавторитарны, интересуются своим внутренним миром.

В работах А. Маслоу [41], В. Франкла [64], Э. Фромма [65] отмечается, что причина употребления наркотиков лежит в самоутверждении и идентификации подростков в семейной среде и обществе. С их точки зрения, причины самоутверждения, проявляющиеся в форме тяги к наркотикам, следует искать в потребностях и в «загадке поведения» ребенка.

«Пробел» эмоционального голода, так же как и «перенасыщенности», по мнению I. Perez [91], может быть преодолен в семье. Исследователь отмечает, что семья - это многообещающий источник для общества, который поможет людям полноценно ощутить и себя, и окружающую жизнь, не испытывая зависимости от наркотиков. Автор дает практические советы в организации мероприятий по предупреждению тяги к наркомании у детей путем организации, например, совета родителей в школе, который должен собираться не реже шести раз в год, где взрослые должны обсуждать поведение своих детей, их правовое, нравственное и физическое развитие. Родителям предлагается список потребностей, который является теоретической основой и руководством к действию. Этот список потребностей, по мнению I. Perez [91], должен быть внимательно изучен в семье и преломлен в сферу воспитательных мероприятий, направленных на предотвращение тяги подростков к наркотикам. Мы не будем подробно останавливаться на расшифровке потребностей, которые представлены в работе, а лишь их перечислим: потребность уйти от беспокойства, потребность быть значимым и др.

В результате каждый подросток пытается найти ответ на такие фундамен-

тальные вопросы, как «кто я?», «почему я существую?», «что означает эта жизнь?». Не находя ответа на поставленные вопросы, подросток при помощи наркотиков уходит в «иной мир», в себя, где «Я» - это величина и в данный момент представляет огромное значение. Таким образом, реализуется потребность быть взрослым. При этом, употребляя наркотики, подросток высказывает протест родителям, которые не хотят считать его взрослым. Таким способом он пытается проникнуть в «тайный мир» старших и реализовать потребность в удовольствии. Наркотические вещества употребляются в данном случае ради того, чтобы получить удовольствие. Окружающие друзья-наркоманы рассказывают о наслаждении, которое они испытывают при употреблении наркотиков. Кроме того, подросток пытается избежать предстоящих потрясений и неприятностей.

Далее автор предлагает поэтапную программу действий в семье по предотвращению тяги подростка к наркотикам.

I этап – выявить в кругу семьи ту потребность, которая возникла у подростка.

II этап – согласовать действия по удовлетворению данной потребности.

III этап – найти подходящее решение [91].

Вместе с тем отечественные исследователи (Л.С.Выготский [16], А.Н. Леонтьев [30], Б.Г. Ананьев [2] ) исходят из того, что личность - это прижизненное образование, которое развивается в процессе сложного взаимодействия биологических и социальных факторов, среди которых решающими являются конкретно-исторические условия жизни и деятельности человека, характер его взаимосвязей с другими людьми.

При этом, как подчеркивал С.Л. Рубинштейн [54], внешние причины действуют через внутренние условия. «Все в психологии формирующейся личности так или иначе обусловлено внешне, но ничто в ее развитии не выводится из внешних воздействий». Внешнее воздействие «дает тот или иной психический эффект, лишь преломляясь через психическое состояние субъекта, через

сложившийся у него строй мыслей и чувств». Говоря о детерминированности деятельности и поведения людей внешними обстоятельствами, С.Л. Рубинштейн указывал на необходимость различать среду, в которой протекает развитие личности, и собственно условия жизни. «Условия жизни, – отмечал он, – это не среда сама по себе, а та же система реальных отношений, в которые включается человек. Объективные отношения, в которые включается человек, определяют его субъективное отношение к окружающим, выражающееся в его стремлениях, склонностях и т.д. Эти последние под воздействием внешних условий, в свою очередь, опосредствуют зависимость поведения, деятельность людей от внешних условий, от объективных отношений, в которых живет человек» [54; с. 227-228].

И особенности проявления подросткового возраста также определяются конкретно историческими условиями, социальными обстоятельствами, и прежде всего изменением места ребенка в обществе, сменой его позиции, когда подросток субъективно вступает в новые отношения с миром взрослых, с миром их ценностей, что составляет новое содержание его сознания, формируя такое важнейшее психологическое образование этого возраста как самосознание [30,28].

В отечественной психологии ныне достаточно полно раскрыто специфическое место подросткового возраста в общем процессе становления личности в онтогенезе, создана необходимая теоретическая база для проведения дальнейших исследований этого важного этапа психологического развития ребенка. Но вместе с тем, определяя подростка «в норме», отечественные исследователи все еще не достаточно глубокого и всестороннего изучили различные отклонения в его развитии и поведении. Имеются в основном работы, касающиеся подростков-правонарушителей (Башкатов И.П.[4], Уварова Г.В. [58], Миньковский Г.М. [Цит.по58]). По мнению данных авторов:

1) деформация взаимоотношений ребенка с окружающими его людьми – следствие определенных условий жизни;

2) именно деформация взаимоотношений определяет сложность структуры личности трудного ребенка.

В настоящее время на личностном развитии и поведении подростков отражается неустойчивость обстановки в обществе, рост индивидуалистических ценностей, дестабилизирующее воздействие оказывают и средства массовой информации, нередко пропагандирующие насилие, что усугубляется безнадзорностью части детей, когда снижаются возможности контроля семьи, школы за времяпрепровождением и связями детей.

Истоки асоциального поведения подростков весьма многообразны. Познание их является необходимым условием разработки научно обоснованной программы коррекционной работы с детьми и, в конечном счете, их успешного нравственного воспитания.

При рассмотрении подросткового возраста как наиболее сложного звена в цепи развития растущего человека, где в наибольшей степени проявляется потребностное состояние в самоутверждении и, как следствие, при неудачной попытке самореализации – поиск компенсаторных рычагов, опосредствующих нездоровое влечение к наркотическим веществам, мы исходим из того, что определение реальных причин возникновения предрасположенности к этим веществам требует анализа динамики развития ребенка в онтогенезе, появления новых психических образований, обусловленных сменой и развитием типов деятельностей.

Л.С. Выготский отмечал, что определенные стороны личности выдвигаются как бы в центр развития, они растут особенно усиленно. До этого и после этого они сдвигаются на периферию развития. Значит, каждая сторона в развитии ребенка имеет свой оптимальный период развития, связанный с актуализацией определенной стороны деятельности [16].

Как известно, в жизни современного ребенка имеются шесть генетически преемственных типов ведущей деятельности: непосредственно-эмоциональное общение – у младенцев; манипулятивная деятельность – у ребенка в раннем детстве (предшкольный возраст); игровая – у дошкольников; учебная – у младшего школьника; общественно полезная (по В.В.Давыдову [20]), общение со сверстниками (по Д.Б. Эльконину [Цит.по 48]) у подростка и учебно-профессиональная деятельность – у старшеклассника [61, 49].

Общение, игра и общественно полезная деятельность – реальные формы проявления деятельности по усвоению норм взаимоотношений. А.Н. Леонтьев назвал их фазами преимущественного развития взаимоотношений с людьми, обществом [30]. Манипулятивная, учебная, учебно-профессиональная деятельности представляют формы проявления другой ее стороны деятельности - предметной (практической, познавательной).

Выявление специфичных для каждого периода детства ведущих типов деятельности, изучение их своеобразия чрезвычайно важно, поскольку позволяет конкретизировать процесс воспитания, отдельные звенья которого должны отличаться особыми формами и способами организации.

Пытаясь занять значимое место в обществе, утвердить свою новую социальную позицию, 10-15-летний ребенок стремится выйти за рамки ученических дел в какую-то новую сферу, дающую возможность проявить себя, самоутвердиться. Поэтому подростки активизируют интимно-личностное и стихийно-групповое общение как в школе, так и вне ее. Но от рассмотрения общения как «чистого общения душ» предостерегал еще Л.С. Выготский [16]. Действительно, формирование мотивационно-потребностной сферы личности подростка требует расширения всех форм общения. Однако расширение и усложнение форм и способов общения не может быть осуществлено на уровне «Я» и «ты». И конкретным типом деятельности, обеспечивающим развитие

взаимоотношений подростков, выступает общественно полезная деятельность - ведущая в этот период психического развития.

Данное положение обуславливается, во-первых, особенностями и характером развития детей подросткового возраста, которым свойственно осознание своих растущих возможностей, интенсивное стремление к самостоятельности, к утверждению себя среди окружающих, потребность в признании со стороны взрослых их прав, их потенциальных возможностей.

Во-вторых, подростковый возраст – особый этап в развитии социальной активности ребенка. Деятельность, которая обеспечивает наиболее интенсивное развитие активности подростка, с одной стороны, должна отвечать его потребностям в самоутверждении, с другой – создавать условия развертывания определенных форм отношений. Но не просто отношений понимания, взаимопонимания с товарищами, а признания реальной значимости подростка как полноправного члена общества. Участие подростков в общественно полезной деятельности обеспечивает признание взрослыми и в то же время создает возможности для построения разнообразных отношений со сверстниками.

А.Н. Леонтьев [30] отмечал, что на данном этапе развития ребенка возникает открытое противоречие между образом его жизни и возможностями, которые уже опередили этот образ жизни. В соответствии с этим деятельность подростка перестраивается, тем самым совершается переход к новой стадии развития психической жизни.

И именно вхождение ребенка в кризисную зону – резкого психологического сдвига с присущей ей поливариантной направленностью в совокупности своей образует своеобразную структуру личностного развития, которая имеет ряд особенностей [66]. Первая особенность заключается в неотчетливости начала и конца кризиса. Вторая особенность – известная трудновоспитуемость детей. Третья особенность – негативный характер развития. Но этот негативный

характер, выражающийся в том числе и в предрасположенности к наркотическим и токсическим веществам, проявляется лишь в тех случаях, когда ребенок находится в состоянии затяжного эмоционального стресса, вызванного тем, что ни школа, ни общественные организации, ни семейные «узы» не в состоянии вывести из душевного тупика, наметить пути целенаправленного воспитательного процесса. При этом отечественные исследователи [37,61] считают, что одной из эффективных форм организации профилактической работы среди подростков является включение их в разноплановую систему общественно полезной деятельности, где генеральная линия потребностного состояния проявляется в формуле «Я и моя полезность для общества».

В этой связи уместно подчеркнуть, что общественно полезная деятельность не замыкается в рамках локального феномена, догматически закрепляемого и навязываемого со стороны общественных институтов, родителей, взрослых; напротив, – общественно полезная деятельность является лишь потому ведущей и соответствует своему предназначению на данном этапе психического развития, что по своей сути она способна формировать творческую личность с присущей ей неудовлетворенностью достигнутым, поиском путей самореализации, целевой установкой, подкрепленной моральными нормами и нравственными представлениями. Общественно полезная деятельность лишь тогда «захватывает» главенствующее положение в системе взаимоотношений «дети – дети», «ребенок – взрослый», когда при всем многообразии и разноплановости взаимоотношений, вышеупомянутые системы берут курс на общественно значимую предметную цель, где ролевая позиция ребенка совпадает с его потребностным состоянием - почувствовать себя гражданином, быть полезным обществу. В противном случае, если подростки не включены в разнообразную деятельность, позволяющую им утвердить свое «Я» в обществе и получить его признание, у них может возникнуть

поиск иных путей «социального вхождения», в том числе и направленных на удовлетворение квазипотребностей.

Склонность к употреблению наркотических веществ возникает при деформации ведущих типов деятельностей, что четко показано в психологических исследованиях последних лет, посвященных проблемам отклоняющегося поведения (Б.С. Братусь [13], М.И. Буянов [15] ., А.Е. Личко, В.С.Битенский [35] и др.).

Исследователи О.В. Лишин [37], Д.И. Фельдштейн [61] отмечают, что напряженность мотивации при недостатке операциональных средств толкает такого подростка к кризисному состоянию, в частности к поиску средств компенсации неудовлетворительного для него положения в группе. Одним из средств компенсации выступает иллюзорно-компенсаторная деятельность. У детей-алкоголиков таковой выступает «алкогольная деятельность», которая чаще всего развивается в подростковом возрасте, но в анамнезе имеет своей предысторией отклонения ведущей деятельности в эпоху младенчества, дошкольного детства, связанные с пьянством семьи, в частности деформированную игру, где сильны мотивы наказания, элементы жестокости, моделируется поведение пьяниц, обнаруживается повышенная истощаемость или возбудимость [14].

«Иллюзорно-компенсаторная» деятельность при проявлении раннего алкоголизма у растущего человека отражает поэтапную деградацию самой социальной сущности деятельности, в процессе ее «прогрессирования» происходит формирование асоциальных отношений, искажение его субъективного мира, где предметно-практическая сторона деятельности замыкается в мире «алкогольных компаний». Как справедливо отмечают Б.С. Братусь, П.И. Сидоров [14], в ходе этого развития реальный мир все более становится второстепенным, дающим средства или, напротив, мешающим осуществлению занимающей все

большее место иллюзорно-компенсаторной алкогольной деятельности. И именно она становится ведущей в иерархии других деятельностей, так или иначе подчиняя и подавляя их.

Иными словами, иллюзорно-компенсаторная деятельность включает в себе мотив «ухода» от реальности в мир иллюзий, отказ от борьбы и т.д., подменяя ведущую на подростковом этапе общественно полезную деятельность.

Необходимо отметить, что, как показывают данные, полученные в ходе экспериментальной работы, 95% подростков из числа опрошенных нами наркоманов категорически отвергают алкоголь и считают его вредным для организма, хотя все они прошли через это «увлечение». То есть, наблюдается разделение-отделение алкогольного влечения от наркотического, хотя принято считать алкоголь одним из видов наркотических веществ. Почему, в данном случае анаша, глотание таблеток или укол эфедрина противопоставляется алкоголю? Может быть, это связано с тем, что мир наркоманов и токсикоманов структурно организован. Имеется региональное разделение на группы сверстников, которые контактируют на квартирах, в парках, на дискотеках, на вокзалах и в других местах. В своих установках и ценностных представлениях наркоманы ориентированы на негативизм по отношению к системам социальных ценностей, к запретам и ограничениям общества. Процесс наркотизации меняет свой облик и характер. Если 15-20 лет назад наркоманами становились практически только взрослые, то сегодня эта проблема коснулась и детей, и подростков; если раньше этому пороку предавались одиночки, то в последние годы молодежь, образуя различные неформальные объединения и группы с негативной направленностью, потребляет наркотики и другие яды коллективно; если прежде наркоманы отдавали предпочтение какому-то одному наркотику, то сегодня распространена полинаркомания. И самое печальное заключается в том,

что молодежь от токсикоманических (менее сильных) переходит к наркотическим (более сильным) препаратам и веществам [11,19].

И все же, несмотря на групповую направленность, иллюзорно-компенсаторную деятельность можно охарактеризовать как индивидуалистически замкнутую, которая в определенных социально-исторических условиях приобретает то или иное удельное содержание и является полярной противоположностью общественно полезной деятельности подростка.

В то же время иллюзорно-компенсаторная деятельность становится существенно значимой для индивида тогда, когда мы имеем дело с зависящим от наркотика человеком. И здесь первостепенное значение приобретает не констатация факта о наличии иллюзорно-компенсаторной деятельности у того или иного человека, а своевременное распознавание и блокирование предрасположенности к употреблению наркотических веществ. Следовательно, необходимо проследить поуровневое развитие личности подростка, выявить те условия, общие черты, причины, при которых происходит деформация его ведущей деятельности во взаимосвязанной цепочке: предрасположенность – склонность – зависимость – иллюзорно-компенсаторная деятельность. Л.И. Анциферова [2], Б.Г. Ананьев [1], Л.С. Выготский [16], А.Н. Леонтьев [30] отмечают, что одной из важнейших закономерностей социального развития является изменение социальной позиции личности. Д.И. Фельдштейн [62] выделяет два типа рубежей межуровневого социального развития личности, которые условно названы им промежуточными и узловыми. Расшифровывая эти понятия, он пишет: «Промежуточные рубежи развития – результат накопления элементов социализации – индивидуализации – связаны с переходом ребенка из одного периода онтогенеза в другой. Узловые рубежи представляют собой качественные сдвиги в социальном развитии, осуществляющемся через развитие личности, они связаны с новым этапом онтогенеза. Занимая определенный уровень социальной

позиции, растущий человек как бы «входит» в новую «плоскость», которая обеспечивает ему дальнейшее развитие социализации – индивидуализации. Промежуточный рубеж здесь связан с социальной позицией «я в обществе», когда происходит актуализация предметно-практической стороны деятельности», «... в процессе которой ребенок осваивает социальный опыт, вырабатывает способы обращения с предметами, оценивает свои действия, присматривается к себе, к окружающему» [62; с. 32]. Узловой рубеж, фиксируемый формулой «Я и Общество», связан с кумуляцией деятельности по усвоению норм человеческих взаимоотношений. «Он отличается активной позицией ребенка по отношению к другим людям, обществу, стремлением проявить себя, получить признание окружающих, занять в нем соответствующее место» [62; с. 32]. На разных уровнях развития эти рубежи несут в себе определенный «удельный вес», проявляются в соответствующих формах и закономерно следуют друг за другом в процессе социального развития, когда реализация потребностей ребенка в приобщении его к системе «я в обществе» складывается и разворачивается на основе размежевания, разделения его «я» от других людей («Я и общество»), где каждый раз закономерно возникает новая социальная позиция. Именно здесь наблюдается единый процесс социализации - индивидуализации, выражение собственной позиции, проявление самостоятельности в деятельности и т.д.

Итак, если взять нормальное становление и развитие личности в онтогенезе и представить его в виде градуированной спиралеобразной вертикали (рис. 2), то отчетливо проявляются разные возрастные ступени этого развития, имеющие свою определенную «емкость», «разный характер», разную нагрузку в проявлении социальной позиции и, естественно, перестройку мотивов и потребностей.

Несомненно, что эти ступени, заключая в себе пестроту и разнообразие характерологических особенностей личностного развития и становления, наглядно демонстрируют динамику возрастных изменений, которые подготавливают личность для вхождения в фазу взрослости, ее успешную социализацию.

Но говоря об успешной социализации, мы не можем не признать того факта, что по отношению к ребенку до недавнего времени применялся чисто «статистически-адаптационный подход» [13], где человеческое развитие низводится до уровня приспособления к расхожим шаблонам поведения: «Ты должен читать эту книгу», «Ты должен говорить так». Обильные словесные воздействия, выговоры, обсуждения, формальный подход к делу повлек за собой в некоторых случаях подмену реального, действенного начала командно-административной формой организации учебно-воспитательного процесса, где формирование личности сводилось к способности приспосабливаться к новым условиям.

Фиксация уровней процесса социализации – индивидуализации на основе конкретного анализа взаимодействия двух сторон деятельности позволяет представлять схему поуровневых изменений и характера развития растущего человека как личности в трех этапах:

I этап (рис.2) – реальная социализация, когда ребенок поставлен в общественно значимую позицию – «я и общество», «я и другие люди», где общественно полезная деятельность отвечает определенным притязаниям, формирует «... не просто отношение к общему делу, а ответственность как за общее, так и за себя, за свою роль и место в обществе.

То есть ребенок подросткового возраста, испытывая потребность в утверждении своей новой социальной позиции вхождения в общество и стремясь построить свои отношения с обществом, наиболее ярко проявляет эти отношения в многоплановой общественно полезной деятельности. Получая в процессе этой деятельности фактическое признание в коллективе, обществе, подросток приобретает возможность реализовать личную активность, личные цели и планы, удовлетворить индивидуальные потребности» [61;с.33]. Показательно, что подростки, за малым исключением, положительно относятся к общественно полезным делам, которые дают им моральное удовлетворение, обеспечивают реализацию творческих способностей, становясь потребностью.

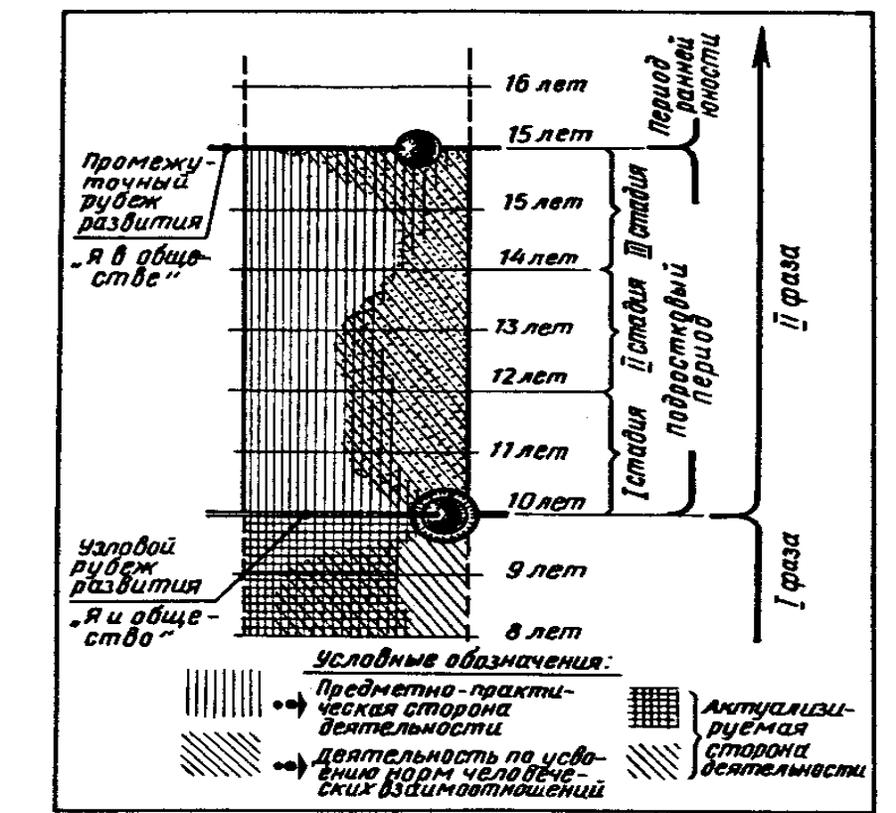


Рис. 2. Развитие личности в онтогенезе

II этап (рис. 2) – иллюзорная (видимая) социализация «что я могу взять от общества, не давая взамен ничего», «мои возможности в обществе», когда у ребенка формируется приспособленческая позиция, где под личиной «забота о товарищах» формируются узко индивидуалистические интересы. Б.С. Братусь справедливо отмечает, что иллюзорно-компенсаторная деятельность успешно развивается под воздействием той или иной «неалкогольной» страсти, например, скупости, накопительства, тщеславия, чрезмерной заботы о своем здоровье, одержимости [14].

В задачу нашего исследования не входит подробное рассмотрение деформации личности. Отметим лишь, что в этом 2 этапе социализация подростков не содержит прогрессивного поступательного движения, происходит

лишь вхождение в среду адаптационных связей, где смыслообразующим действием становится эгоистическая, изживенческая позиция.

И, наконец, III этап – деформированная (мнимая) социализация, явное отклонение от «нормы», где нарушена система мотивации поведения и поступки, как таковые, совершаются на основе нездоровых интересов. Условия жизни формируют у этих подростков такие потребности, удовлетворение которых толкает к нарушению общепринятых правил и норм.

Таким образом, необходимо отметить, что хотя в отечественной психологии достаточно полно раскрыто место подросткового возраста в общем процессе становления личности, исследований непосредственно по проблеме зависимого от ПАВ поведения еще очень мало.

### **1.3. Общая характеристика мотивационно-потребностной сферы личности подростков**

Мотивы, потребности являются крайне сложными по своему составу компонентами структуры личности. Именно эта сложность составляет основную трудность в изучении этих внутренних сил человека и определении их места в структуре личности.

Анализ научных источников свидетельствует, что традиционно сложились три основные точки зрения относительно понятия «потребности». Согласно одной из них, потребность есть избирательное отношение человека к объективной действительности, обеспечивающее его связь с жизненно важными объектами. Автор данного определения В.Н. Мясищев [44]. Избирательность отношений диктуется объективными запросами человека, имеющими биосоциальную обусловленность. Так, например, В.Н. Мясищев отмечает, что «потребности - вид отношений, в которых наиболее активно проявляются импульсы человека к преобразующей действительности» [44;с.6].

Другие авторы полагают, что потребность есть фундаментальное свойство человека (личности), определяющее его отношение к миру [50, 31]. Например, согласно Гегелю «потребность и необходимость имеют глубокую связь между собой» [Цит. по 33; с. 23-24]. Рассматривая эти понятия как однопорядковые, он характеризует потребность как частное обнаружение всеобщей необходимости если последняя выражает сущностные и устойчивые отношения в живой и неживой природе, то потребность вид зависимости, отношения, присущей только живому организму, главным образом человеку. Иначе говоря, в этих всех определениях выделяется главное в потребности - объективная необходимость человека во взаимодействии с окружающим миром.

Не менее распространенным является взгляд на потребность как "состояние" субъекта. В этом случае потребность определяется как психический результат напряжения человека вследствие несовпадения его запросов (нужды, необходимости) с условиями среды [31, 67].

Данная точка зрения отстаивалась еще П. Brentano, который отмечал, что "всякое отрицательное чувство, соединенное со стремлением устранить его при помощи удаления вызывающей его неудовлетворенности, называется потребностью" [Цит. по 55; с.10]. Это положение развил в своих трудах Б.Ф. Ломов [33], который рассмотрел потребность как состояние субъекта, складывающееся на основе противоречия между имеющимся и необходимым (или представляющимся субъекту необходимым) и побуждающее его к деятельности по устранению данного противоречия [33; с.30].

Итак, основное различие указанных точек зрения заключается в понимании источников потребностей, между тем как объединяет данные подходы общее положение, что потребности есть первопричина всякой деятельности.

Приведенные подходы к определению понятия «потребности» говорят о том, что разные авторы употребляют этот термин с различными смысловыми

оттенками. Поэтому можно согласиться с В.Г. Леонтьевым [32], который считает, что проблема содержания понятий «потребности», «мотивы» продолжает оставаться весьма актуальной и требующей своего научного и всестороннего разрешения.

Прежде чем перейти к определению особенностей в подростковом возрасте потребностей, рассмотрим понятие «мотива».

«Понятие мотива, - пишет А.Н. Леонтьев, - превратилось в большой мешок, в который сложены самые разнообразные вещи» [31; с.14]. Подобное заключение мы встречаем и у Н. Нешкхаузен [82].

Материалы исследований А.Н. Леонтьева [31], В.Д. Шадрикова [70], В.С. Мерлина [42], В.И. Ковалев [26], А.К. Марковой [39], К. Обуховского [50], Л.П. Кичатинова [27] позволяют нам выделить подходы к определению мотивов.

Первый подход связан с толкованием мотива как личностного смысла, обоснования человеком своей деятельности [50]. Отличительными моментами такого подхода, по мнению Л.П. Кичатинова [27], являются осознанность, лингвистически оформленное объяснение человеком необходимости собственной конкретной деятельности.

Второй подход представлен в работах В.Ю. Шадрикова [70], В.С. Мерлина [42]. Его особенность заключается в "обобщенности" толкования мотивов. Спецификой мотива здесь выступает способность к побуждению деятельности. Так, по В.Д. Шадрикову, мотивы – «внутренние побуждения человека к данной деятельности. В качестве таких причин могут выступать потребности личности, мировоззрения, убеждения, идеалы и интересы личности» [70; с.8].

Следующий подход в понимании мотива рассмотрен в работе А.Н. Леонтьева [31]. Автор отмечает, что «мотив - это объект, который отвечает той или иной потребности и который в той или иной форме, отражаясь субъектом, ведет к деятельности» [31; с.13]. Следовательно, ведущим признаком мотива,

согласно А.Н. Леонтьеву, является предметная определенность мотива как выражение потребностной направленности человека на определенный предмет. Данный подход позволяет рассмотреть мотивы в единстве с целью. «Соединяя активную сторону сознания (цель) с инициатором, мы тем самым раскрываем сущность целеполагания» [32; с.11].

Так, Б.Ф. Ломов [33] отмечал, что "мотив-цель" представляют собой новое образование, которое отличается и от мотива, и от цели в отдельности. Это образование представляет собой мотивацию как направленный побудитель и регулятор поведения и деятельности. На связь мотива и целью указывает в своей работе В.И. Ковалев [26]. Автор разъясняет понятие "мотивация", отмечая, что мотивация - это не механическое соединение цели с мотивом, а внутренний механизм, организующий и направляющий деятельность человека на решение жизненных задач, требований социальной и природной среды. В связи с этим, А.К. Маркова [39] отмечает, что умение ставить цели есть показатель зрелости мотивационной сферы подростка.

Для того чтобы понять, какую роль играют потребности и мотивы в подростковом возрасте и как они влияют на процесс приобщения молодых людей к наркотическим веществам, необходимо рассмотреть основные концепции мотивации в зарубежной и отечественной психологии.

В зарубежной психологии термин "мотивация" сводится к одному какому-либо конкретному побудителю, например, инстинкту, влечению, потребности. Так, Мак Даугалл и З.Фрейд считали инстинкт единственной категорией, связанной с мотивацией [Цит. по 32; с.13]. Мак Даугалл указывал, что поведение мотивируется определенной психической структурой, в которой он выделил два компонента: побудительно-мотивационный, состоящий из инстинктов, и познавательно-исполнительный, его обслуживающий. Другим понятием, которое было связано с категорией мотивации, было понятие "драйва". Впервые данный

термин раскрыл Торп [Цит.по 32]. Драйв - это энергия, побуждение. Разница этих мотивационных категорий заключалась лишь в том, что драйв означает органическую предрасположенность реагировать на воздействие внешней среды, инстинкт же действует и побуждает независимо от внешней среды. В отечественной литературе данные концепции были всесторонне проанализированы в работах Б.Ф. Ломова [33], А.Н. Леонтьева [31], Л.И. Анцыферовой [2].

Интересна по своему содержанию концепция необихевиориста Кларка Халла [Цит.по 32]. Он первым ввел в историю бихевиоризма мотивационную категорию, согласно данному автору, функция побуждения мотивации отведена потребностям, которые и исполняют регулирующие действия. Вместе с тем, К. Халл в своих исследованиях принижает роль мотивации как регулятора деятельности человека.

Видное место в учении о мотивации, по мнению Б.В. Зейгарник [24], занимает «теория социальной мотивации» К. Левина.

К. Левин «выявил постоянную связь поведения человека с теми потребностями и мотивами, которые его побуждают» [24;с.23]. Автор «теории социальной мотивации» отмечал, что факторы возникновения потребности имеют социальную и психологическую природу.

В отечественной психологии В.С. Мерлин [42] указывает на взаимосвязь мотивации и уровня притязания. При слабой мотивации человек стремится не рисковать и выбирает легкую задачу, чтобы успех был наверняка. Или, напротив, выбирает самую сложную, невыполнение которой не будет им рассматриваться как неуспех. При сильной же мотивации человек хочет быть уверенным в успехе и поэтому выбирает задачу средней трудности, которая соответствует его возможностям. Идею В.С. Мерлина мы еще раз подтвердили в своем исследовании. Так, подростки со слабой мотивацией выбирают более легкое

решение сложных жизненных проблем, то есть приобщаются к наркотическим веществам, и у них доминирует мотив «избегание неудачи».

Продуктивным в изучении мотивации [3, 9,21,40] является представление о мотивации как о сложной системе, в которую включены определенные иерархизированные структуры. При этом структура понимается как относительно устойчивое единство элементов, их отношений и целостности объекта, как вариант системы. Анализ структуры мотивации позволил В.Г.Асееву [3] выделить в ней: а) единство процессуальных и дискретных характеристик, б) двухмодульное, т.е. положительное и отрицательное основания ее составляющих.

Важно также положение А.Н. Леонтьева [31] о том, что структура мотивационной сферы является не застывшей, статистической, а развивающимся, изменяющимся в процессе жизнедеятельности образованием и представляет собой иерархизированную динамическую систему, в которой потребности, мотивы и цели соподчинены, взаимосвязаны и взаимообусловлены.

Существенным для исследования структуры мотивации оказалось выделение Б.И. Додоновым [21] ее четырех структурных компонентов: удовольствия от самой деятельности, значимости для личности непосредственного ее результата, «мотивирующей» силы вознаграждения за деятельность, принуждающего давления на личность. Первый структурный компонент условно назван «гедонической» составляющей мотивации, остальные три - целевыми ее составляющими. Вместе с тем, первый и второй выявляют направленность, ориентацию на саму деятельность (ее процесс и результат), являясь внутренними по отношению к ней, а третий и четвертый фиксирует внешние (отрицательные и положительные по отношению к деятельности) факторы воздействия. Существенно также и то, что два последних, определяемых как награда и избегание наказания, являются составляющими мотивации достижения. В своих исследованиях В.Г. Леонтьев отмечает, что формирование мотивации имеет два

механизма. Первый из них заключается в том, что стихийно сложившиеся или специально организованные воспитателем условия учебной и трудовой деятельности и взаимоотношений избирательно актуализируют отдельные ситуативные побуждения, которые при систематической актуализации постепенно переходят в устойчивые мотивационные образования. Это механизм формирования «снизу вверх» [31].

Второй механизм «сверху вниз» заключается в усвоении воспитуемым предъявляемым ему в готовой форме побуждений, целей, идеалов, содержания направленности личности, которые по замыслу воспитателя должны у него сформироваться и которые сам воспитуемый должен постепенно превратить из внешне понимаемых во внутренне принятые и реально действующие.

Появление того или иного стимула создает предвидение возможного удовлетворения, которое запускает и поддерживает последовательность актов, направленных на цель. Такими стимулами могут быть: влечение, аффекты (эмоции); внутренняя потребность в чувствах компетентности и уверенности в себе. Предвидение возможного удовлетворения заставляет человека ставить себе цели, которые, как он ожидает, приведут его к вознаграждению. Интерпретация мотивации и ее структурной организации проводится и в терминах основных потребностей человека.

Одним из ранних исследований личностной мотивации, как известно, была работа Х. Мюррея [цит. по 55]. Из множества рассматриваемых побудителей поведения им были выделены четыре основных: потребность в достижении, потребность в доминировании, потребность в самостоятельности, потребность в аффилиации. Эти потребности были рассмотрены в более широком контексте М. Аргайлом [32]. Он включил в общую структуру потребностей: 1) социальные способности, которые могут вызвать социальное взаимодействие (биологические потребности в воде, еде, деньгах); 2) потребность в зависимости, как принятие

помощи, защиты, принятие руководства, особенно от тех, кто авторитетен и имеет власть; 3) потребность в аффилиации, т.е. стремление быть в обществе других людей, в дружеском отклике, принятии группой, сверстниками; 4) потребность в доминировании, т.е. принятии себя другими или группой других как лидера, которому дозволено говорить большее время, принимать решения; 5) сексуальная потребность - физическая близость, дружеское и интимное социальное взаимодействие представителя одного пола с привлекательным представителем другого;

б) потребность в агрессии, т.е. нанесении вреда, физически или вербально;

7) потребность в чувстве собственного достоинства, самоидентификации, т.е. принятии самого себя как значимого.

Потребности в подростковом возрасте заключаются в активном, самостоятельном, творческом познании. Ведущей потребностью является общение со сверстниками. В этом возрасте формируются разнообразные увлечения, появляется интерес к музыке, живописи, радиотехнике, спорту и т.д. Ведущей деятельностью в этот период становится интимно-личное общение. Очевидно, что для нас представляет интерес потребность в зависимости.

Сложность проблемы мотивационно-потребностной сферы обуславливает множественность подходов к пониманию ее сущности, природы, структуры, а также и методам ее изучения [1,31,41,54].

В отечественной психологии мотивационно-потребностная сфера рассматривается как сложный многоуровневый регулятор жизнедеятельности человека, его поведения и деятельности.

В.Г. Леонтьев отмечает, что мотивационно-потребностная сфера личности имеет гораздо более сложное строение, чем простой ряд заданных мотивационных констант. Она описывается исключительно широкой сферой, включающей в себя и автоматически осуществляемые установки, и текущие актуальные стремления, и область идеального, которая в данный момент не является актуально действующей, но выполняет важную для человека функцию, дает ему смысловую перспективу развития его побуждений. Все это, с одной стороны, позволяет определять мотивационно-потребностную сферу как сложную, многоуровневую неоднородную систему побудителей, включающую в себя потребности, мотивы, интересы, идеалы, стремления, установки, эмоции, нормы, ценности и т.д., а с другой - говорить о полимотивированности деятельности, поведения человека и о доминирующем мотиве в их структуре [32].

В плане рассмотрения структуры мотивационно-потребностной сферы человека большой интерес представляет "потребностный треугольник" А. Маслоу [66], в котором, с одной стороны, высвечивается социальная, интерактивная зависимость человека, а с другой - его познавательная, когнитивная природа, связанная с самоактуализацией. Ниже приведен треугольник потребностей А. Маслоу (рис.1).

Обращает на себя внимание тот факт, что при его рассмотрении особое место отводится собственно когнитивным (познавательным) и коммуникативным потребностям человека. Мотивационно-потребностная же сфера рассматривается А.Маслоу вне структуры деятельности человека - только применительно к его личности, ее самоактуализации, развитию, а также комфортному существованию.



Рис. 1. Иерархия потребностей А. Маслоу

Исходя из теории А. Маслоу, можно сделать вывод, что пристрастие к наркотикам может являться ответом на неудовлетворенность достижения потребностей человека. При этом, от эмоциональной перенасыщенности наступает психологическое торможение, которое может порождать реакцию пассивности и ухода в себя. В результате получается накладка огромных эмоциональных возможностей на занятость людей, и мы, фактически, захлебываемся в эмоциональных стимулах, тем самым подавляем энтузиазм, инициативу, творчество и нашу способность к деятельности. Все это и может привести к наркотическому пристрастию.

Автор оперирует понятиями бытийных (Б) и дефицитарных (Д) ценностей, в соответствии с которыми "хорошие" внешние условия в семье, в школе могут быть определены как направляющие к психологическому здоровью или к

бытийным ценностям: истина, добро, красота [1]. В подростковом возрасте возможно движение личности к бытийным ценностям (нормальное развитие личности) или к дефицитарным, которые характеризуют нежелательность, бесполезность, неприемлемость для каких-либо целей (асоциальное развитие личности). Следовательно, по А. Маслоу, принципы, ценности и потребности здоровой личности и наркозависимой различаются по восприятию физического, социального и собственного психологического мира.

Исследуя мотивационно-потребностную сферу наркоманов, большинство исследователей сходятся во мнении о взаимном влиянии внутренних (биологических, характерологических) и внешних (социальных) факторов. Так, Э.Фромм соотносит явление наркомании с культом потребительства, проблемой одиночества и «бегством от свободы». Индивидуум может быть одинок физически, но при этом его связывают с обществом идеи, социальные стандарты, моральные ценности. Отсутствие какой-либо связи с общепринятыми нормами он называет моральным одиночеством. Человеку необходимо обрести смысл, отнести себя к какой-то системе. С другой стороны, человек бежит от свободы, отказываясь от независимости своей личности. В этом случае происходит отождествление своего «Я» с чем-нибудь или кем-нибудь, т.е. человек пытается обрести новые, «вторичные» узы взамен утраченных. Пока человек разрывается между стремлением к независимости и реально существующим чувством своей независимости, он находится в состоянии внутреннего противоречия. Один из путей избежать конфликта - отдать себя во власть алкоголя и наркотика [65].

По В. Франклу, приобщение к наркотику связано с фрустрацией стремления к смыслу. Рассматривая условия существования в обществе как условия с пожизненными требованиями, лишаящие людей напряжения, он приводит описания здоровых и нездоровых форм его сознания. Здоровые формы - спорт, нездоровые - пристрастия к наркотикам, которые принимаются молодыми людьми

с целью получить «кайф». В. Франкл утверждает, что если у человека нет смысла жизни, осуществление которого сделало бы его счастливым, то он пытается добиться ощущения счастья в обход осуществлению смысла, в частности, с помощью химических препаратов [64]. Таким образом, В. Франкл причину наркомании связывает с ощущением утраты смысла.

Согласно теории К. Роджерса центральным понятием личности является реальное «Я», т.е. те представления, которые человек имеет о самом себе, своих потребностях, мотивах, установках. По мнению К. Роджерса [66], с одной стороны индивидуум стремится привести в соответствие с этими представлениями о самом себе (со своим реальным «Я») как можно больше своих внешних переживаний. С другой стороны, он пытается сблизить представление о самом себе с теми глубинными переживаниями, которые составляют его идеальное «Я». Однако под давлением внешних обстоятельств либо в случае давления, потребностей, установок, которые отдаляют его реальное «Я» от идеального, соответствие между ними может быть и не достигнуто. Результатом такого несоответствия реального и идеального «Я» является социальная незрелость, способствующая появлению стремления к употреблению наркотических веществ.

Еще один автор Ф. Патаки [51], объясняет употребление алкоголя и наркотиков стремлением хотя бы временного освобождения от психологического напряжения, вызванного конфликтом. Он считает, что в определенных национальных, региональных или этнических культурах могут передаваться образы и модели решения конфликта, которые в случае их интернализации личностью могут вызвать в ней склонность к асоциальному поведению. Так, с эталонами «взрослости», «мужественности» подростки связывают употребление алкоголя и наркотиков.

При рассмотрении особенностей мотивационно-потребностной сферы подростков, употребляющих наркотические вещества, мы разделяем точку зрения

Б.С. Братуся, согласно которой в процессе употребления наркотиков происходит «сдвиг мотива на цель», что ведет не к расширению мотивационных представлений, а к их сужению, замыканию на отдельных элементах некогда развернутой и сложной деятельности [12]. При нормальном развитии подростка «сдвиги мотива на цель» ведет к расширению деятельности, разворачиванию ее во все новых сферах.

Для здорового человека мотивы его деятельности лежат по преимуществу в области изменений объективного мира. Однако подростки, употребляющие наркотики, сосредотачивают внимание на субъективных эмоциональных переживаниях, достижение которых связано с помощью наркотиков, т.е. посредством не реальной, а иллюзорно-компенсаторной деятельности. Ведущие мотивы поведения постепенно утрачивают свои функции, в то время как наркотик в качестве мотива расширяющейся наркотической деятельности подчиняет себе социальные мотивы и становится ведущим. Таким образом, разрушается прежняя мотивационно-потребностная иерархия и формируется новая, в которой ведущие мотивы (общение, учеба и др.) из «реально действующих» становятся мотивами «только знаемыми».

Если у здоровых подростков формирование мотивационно-потребностной сферы проходит от эгоцентрического, группоцентрического уровней до просоциального или гуманистического, то наркозависимые подростки до начала злоупотребления нередко обладают широким кругом мотивационно-потребностной связи с миром, проявляя аллоцентрические, в том числе и коллективистские мотивы. В дальнейшем наблюдается обратное движение по смысловой вертикали - к узко группоцентрическим, корпоративным мотивам и эгоцентрическим [12].

Подростковому возрасту характерно тяготение к группоцентрическим мотивам поведения, которые формируются в рамках потребности в общении,

дружбе, совместной деятельности. Однако внутренние психологические пути развития мотивационно-потребностной сферы благополучного, здорового подростка и неблагополучного, зависимого подростка начинают расходиться. В первом случае происходит дифференцировка нравственных оценок, формируется и отстаивается качественно новая ступень, уровень смыслового поля - уровень отношения к другим людям, миру вообще. Во втором случае этого не происходит, т.к. круг общения замыкается, ограничивает мотивационно-потребностную сферу группоцентрическими мотивами. В результате дальнейшее развитие подростка идет не к обществу, а к группе. Постепенно группа перестает быть смысловым центром, становится средством удовлетворения потребностей в наркотике. Происходит выпадение из собственного смыслового поля в поле сугубо ситуационное. Данный процесс Б.С. Братусь определяет как феноменологию «снижения», «уплощения личности» [13].

Таким образом, результаты теоретического изучения проблемы мотивационно-потребностной сферы личности подростков показали, что в ряде исследований рассматривается роль мотивационно-потребностной сферы личности в процессе формирования наркомании. В частности, было высказано предположение о том, что одной из причин наркозависимого поведения является деформация мотивационно-потребностной сферы личности.

## ГЛАВА 2.

# ОСОБЕННОСТИ МОТИВАЦИОННО-ПОТРЕБНОСТНОЙ СФЕРЫ ЛИЧНОСТИ ПОДРОСТКОВ С ЗАВИСИМЫМ ОТ ПАВ ПОВЕДЕНИЕМ

В исследовании приняли участие 96 пациентов наркологической больницы, имеющих зависимость от ПАВ (49 зависимых от наркотиков и 47 зависимых от алкоголя) и 90 здоровых испытуемых. Средний возраст обследованных составил: - зависимых от алкоголя –  $22,0 \pm 10,2$ ; у зависимые от опиоидов –  $22,1 \pm 7,2$ ; у здоровые –  $17,0 \pm 2,8$ .

Первичные результаты исследования по методике Рокич показали, что во всех группах иерархии ценностей очень похожи. У зависимых от алкоголя приоритетными ценностями являются: любовь, здоровье, семейное счастье, дружба, материальная обеспеченность. У зависимых от опиоидов в приоритетных ценностях оказались: здоровье, любовь, жизненная мудрость, дружба, семейное счастье, свобода, материальная обеспеченность. Для здоровых также наиболее важны: здоровье, любовь, семейное счастье, дружба, материальная обеспеченность.

Во всех группах ценность здоровья занимает первые позиции, также на приоритетных позициях находятся ценности, указывающие на межличностные привязанности («любовь», «дружба», «семейное счастье») и ценность материальной обеспеченности.

Корреляционный анализ методом Спирмена показал, что все три группы иерархий достаточно близки между собой, что указывает на то, у пациентов зависимых от ПАВ ценностная структура существенно не отличается от ценностной структуры здорового населения.

Соотношение образа Я-реального и Я-идеального лежит в основе механизмов адаптации личности. Я-идеальное и Я-реальное, как правило, не совпадают и не могут совпадать полностью. Именно несовпадение этих образов

является источником развития личности и мотивации достижения. Рассматривая реальные и идеальные иерархии ценностей как части Я-реального и Я-идеального, можно предположить, что представления об идеальной иерархии ценностей личности отражают потенциал, побуждающий личность к развитию и определяют вектор этого развития.

## 2.1. Изучение мотивационной сферы подростков

Базируясь на деятельностном подходе, а также исходя из понимания места и значения ведущей деятельности в личностном развитии растущих людей, мы организовали исследование, имеющее своей целью поиск путей предотвращения деструкции мотивов и потребностей подростков. На первом этапе работы было установлено, что к числу наиболее распространенных мотивов, побуждающих подростков к употреблению наркотиков, относятся: желание быть «как все», любопытство, протест против требований старших. Результаты анкетирования подростков с наркозависимым поведением представлены в таблице 2.

Таблица 2

Распределение подростков по видам мотивов, побуждающих к употреблению наркотических веществ

№ п/п	Мотивы	Количество подростков, %
1.	Почувствовать себя свободным, раскованным	6, 2
2.	Протест против требований старших	7,1
3.	Любопытство, желание испытать неизведанное	18,6
4.	Избавиться от скуки	4, 8
5.	Стимуляция творчества	3,5
6.	Желание не отстать от компании, быть «как все»	19,1
7.	Избавиться от обыденности жизни	8,2
8.	Снять напряжение и нервозность	2,2
9.	Продлить хорошее настроение	13,7
10.	Показать сверстникам свою популярность	6,3
11.	Улучшить умственную деятельность и преуспеть в учебе	3,0

12.	Быть более физически сильным	4,3
13.	Быть подготовленным к стрессу	3,0

Отсюда вытекает вывод, что при организации профилактической работы важно обращать серьезное внимание именно на ограничении этих мотивов. Все другие мотивы являются менее значимыми.

Анализ результатов, полученных по второй анкете (школьники с «нормативным» поведением) показал, что основными причинами, на основании которых школьники отвергают наркотические вещества, являются следующие: «наркотики опасны для здоровья» (23,1% учащихся), «к ним легко пристраститься» (14,6%), «это не единственный путь получить удовольствие» (7,3%). Вместе с тем выяснилось, что среди подростков с «нормативным» поведением есть некоторое число лиц (9-14%), которые пробовали употреблять наркотики, но отказались от них. Как правило, эпизодическому употреблению наркотических веществ предшествовал период употребления табака и спиртных напитков.

Для характеристики мотивационно-потребностной сферы личности наркозависимых и «нормативных» подростков важное значение имеет знание о направленности мотивов деятельности. Проведенное нами исследование по методике О. Лишина и В.Сергеева [37] "Определение мотивов деятельности" позволило выявить пять уровней сформированности общественно полезной деятельности подростков: уровень принуждения, пассивно-исполнительский уровень, активно-исполнительский, личностно-групповой и коллективно-групповой уровень, среди которых наиболее типичным в современных условиях является активно-исполнительский уровень. Что касается шестого, коллективного уровня сформированности общественно полезной деятельности, то у детей старшего подросткового возраста его обнаружить не удалось. Анализ уровней сформированности общественно полезной деятельности подростков позволил

приступить к изучению мотивов этой деятельности на каждом из выявленных ее уровней.

При изучении мотивов на каждом уровне сформированности общественно полезной деятельности детей подросткового возраста мы брали за основу следующие их типы: индивидуальные, групповые и общественные мотивы.

Выяснилось, что уровень принуждения доминирует. Форма активности, навязываемая подростку, для него не значима, своим отношением он ее отрицает. Причиной тому чаще всего служит форма отношений, предлагаемая взрослыми и ставящая подростка в позицию объекта манипуляции. Активное отрицание подростком навязываемой ему деятельности приводит к тому, что деятельность исчезает как таковая, как целое и остается лишь конгломератом слабо связанных между собой действий, каждое из которых может быть исключено из практики, поскольку осуществляется лишь в силу внешнего контроля. Мотив деятельности подменяется мотивом избегания наказания, но поскольку контроль за исполнением формален, то и цели каждого отдельного действия становятся формальными. Уровень принуждения подростки не приемлют, отказываются принять предлагаемые им формы общественных отношений. И в результате находят альтернативу, которая нередко принимает форму иллюзорно-компенсаторной деятельности, проявляющуюся в разного рода отклонениях, в том числе и наркомании. Подростки в этом случае в большинстве своем находятся в зоне повышенного риска приобщения к наркотическим веществам, т.к. для них чрезвычайно характерны объединения в группы, где происходит самоутверждение асоциальными способами поведения, корпоративная мораль круговой поруки и подчинения, соответствующие ей жесткие иерархии отношений, система ценностей, в которой другой человек рассматривается как средство, в случае нужды подлежащее даже уничтожению (третья группа - подростки-наркоманы). На рисунке 2 отражены результаты нашего исследования.

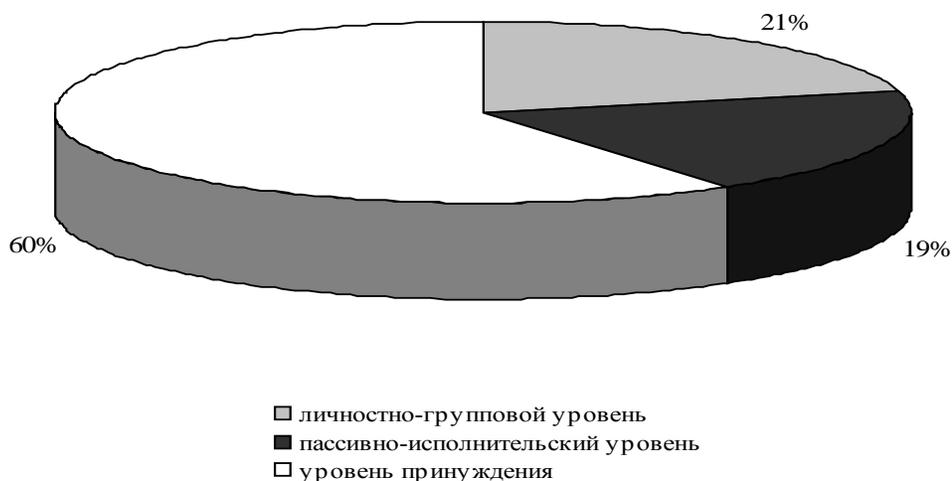


Рис. 2. Уровни сформированности общественно полезной деятельности в группе независимых от ПАВ подростков

Таким образом, для уровня принуждения в общественно полезной деятельности характерно самоопределение, развивающееся в условиях неприятия подростками предлагаемых форм общественных отношений и поисков альтернативных, среди которых весьма развита наркомания.

Уровень пассивно-исполнительского участия в общественно полезной деятельности характеризуется преобладанием приблизительно в равной мере мотивов внешнего принуждения и личной заинтересованности. Среди мотивов личной заинтересованности доминирует прагматическая выгода. Основой для такой позиции по отношению к предлагаемым формам общественных отношений является конформизм. Подростки в этом случае приспособляются с тем, чтобы находить свою выгоду в ситуации принуждения. Следовательно, общественные отношения, основанные на диктатуре, ими принимаются. Ценой такого согласия становится безынициативность и равнодушие исполнителей к конечным целям деятельности и ее смыслу. Тем самым происходит смещение мотива на новую

лично-значимую цель и формирование индивидуально-значимой цели деятельности под маской общественно полезной. Самоопределение в этих условиях происходит под воздействием защитного мотива общественно полезного характера и реального мотива индивидуально прагматической деятельности.

Это означает, что подростки на этом уровне сформированности общественно полезной деятельности ищут альтернативные варианты общественных отношений, но это происходит не на фоне отрицания принудительной деятельности, а на фоне отрицания подростком конформного принятия той же деятельности. Практическим выражением этой тенденции является обилие конформистов среди части учащихся, и если такие подростки попадают под нажим со стороны значимого взрослого или компании, требующих попробовать наркотик, то они без сопротивления делают этот шаг. Степень референтности у этой группы выражена очень слабо. Степень подверженности к приобщению к наркотикам наиболее велик у подростков второй группы (подростки однажды попробовавшие действие наркотических веществ, но не ставшие на путь наркозависимости).

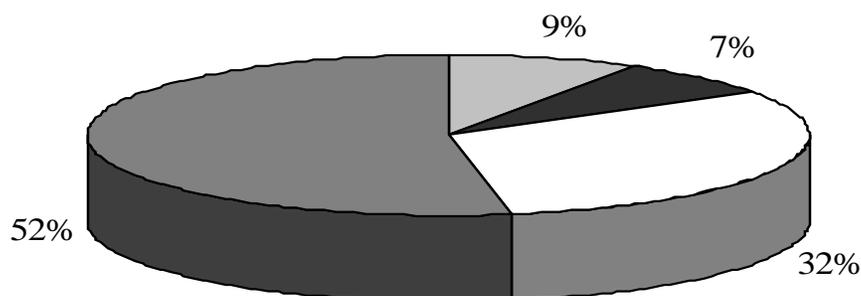
Активно-исполнительский уровень сформированности общественно полезной деятельности наиболее типичен для старших подростков. Он связан с преобладанием у участников деятельности мотивов личной заинтересованности, непосредственного удовольствия от участия в деятельности, повышенного интереса к предмету и содержанию деятельности. Мотивы общественной пользы выражены незначительно. Мотивы внешнего принуждения заметно отстают от преобладающей группы мотивов.

Материалы проведенного исследования показывают, что подросток по отношению к общественно полезной деятельности проявляет прагматический интерес и личную заинтересованность предметного плана. Нельзя не заметить, что в эти рамки входит весьма широкий спектр форм общественных отношений – от вполне деловых до основанных на бескорыстном интересе к заинтересовавшему

подростка предмету. Общее у всего спектра этих побуждений одно: их индивидуально-потребительский характер, независимость от ближайшего окружения, разумеется, относительная. Не случайно именно на активно-исполнительском уровне наблюдаются минимальные показатели - прогрессивных - творческих тенденций и максимальные показатели потребительских.

Таким образом, подростки в этих условиях принимают предлагаемую им систему общественных отношений достаточно ограничено, главным образом со стороны соблюдения своих прав и развития своих возможностей, отрицая до известного предела свои социальные обязательства. Способность педагогов-воспитателей в этой ситуации влиять на развитие событий относительно невелика в силу того, что попытки прямого давления приводят к понижению уровня сформированности общественно полезной деятельности и еще более последовательному отрицанию подростками предлагаемых целей. В руках педагогов остается лишь возможность формального контроля за действиями учащихся, тогда как сама деятельность как целое распадается и исчезает. Результатом оказывается формирование личности, ориентированной на потребление, соблюдение своих прав и интересов не менее, а порою более, чем обязанности перед людьми, в том числе и близкими.

На рисунке 3 представлены результаты сформированности общественно-полезной деятельности второй группы испытуемых.



- уровень принуждения
- коллективно-групповой уровень
- пассивно-исполнительский
- личностно-групповой

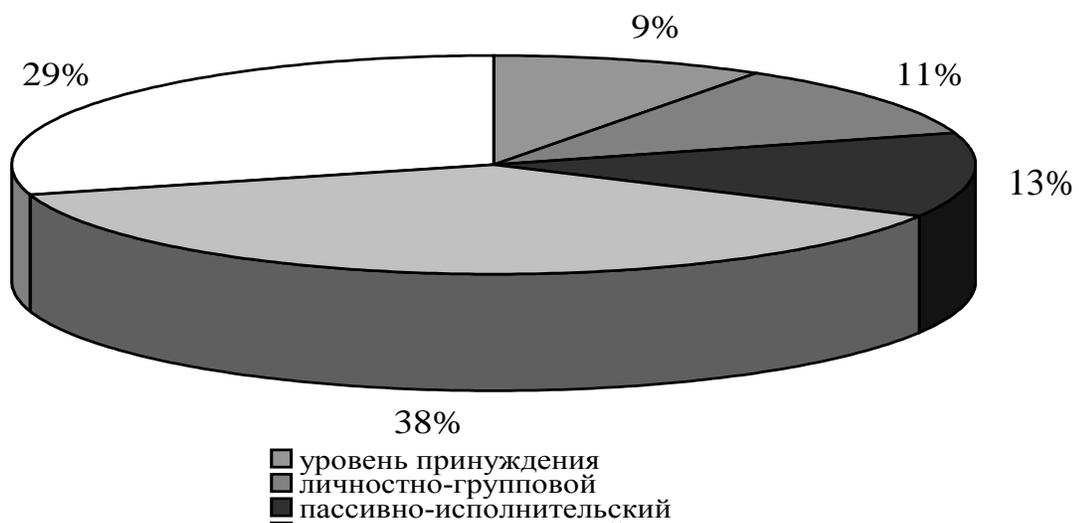
Рис. 4. Уровни сформированности общественно полезной деятельности в группе зависимых от ПАВ респондентов

Личностно-групповой уровень сформированности общественно полезной деятельности качественно отличается от предыдущего прежде всего тем, что на развитие личностного самоопределения начинает воздействовать такой новый фактор как общественное мнение коллектива, занятого общественно полезной деятельностью. Тем самым форма общественных отношений задается подростку не взрослыми в системе субъект-объектного воздействия, а опосредованно - коллективом сверстников, и не умозрительно, а практически, так как подросток выступает с самого начала в качестве субъекта предлагаемой деятельности. Ведущей группой мотивов на этом уровне оказываются групповые ориентации, далее по значению следует мотив общественно полезной деятельности. Мотив принуждения значительно снижен. Основной позиции подростка в этом случае является эмоциональное благополучие и защищенность в среде единомышленников. Именно с личностно-группового уровня сформированности общественно полезной деятельности начинается резкий рост доли коллективной мотивационной структуры в общих параметрах измерений. В действительности при этих условиях резко увеличивается тенденция мотивации созидания.

Данная позиция опирается на моральную поддержку группы и нередко теснейшим образом с ней связана, так что с ликвидацией группы (по тем или иным причинам) сама позиция может претерпевать серьезные изменения. Поэтому она непрочна и требует особых мер для своего закрепления. Другая опасность - возможность подмены социально важных целей группы целями корпоративного значения. При этом характерна позиция подростка- разрушить самое ценное звено- сознание социальной ответственности, но сознание своей зависимости от группы остается и даже укрепляется. Для этих подростков

характерна принадлежность к первой группе (подростки с "нормативным" поведением).

Коллективно-групповой уровень сформированности общественно полезной деятельности характеризуется преобладанием коллективистических мотивов. Принуждение на этом уровне не значимо. Мотивы групповой ориентации близки к максимуму и лишь незначительно отстают от коллективистических мотивов. Отличие этого уровня от предыдущего в позиции подростка заключается главным образом в том, что поддержка группы в этой ситуации, как бы интериоризируется подростком и выступает в виде его социальной идентификации с группой, с идеалами, которыми она руководствуется, и с целями, которые она преследует своей деятельностью. Поэтому основной позицией подростка на этом уровне сформированности общественно полезной деятельности становится не просто эмоциональное благополучие и защищенность среди товарищей, но прежде всего уверенность в правоте своей социальной позиции, поддержанной единомышленниками. Отсюда и большая прочность такой позиции перед лицом житейских коллизий. Подростки категорически не принимают наркотики, устойчивы к групповому давлению. На рисунке 4 отражены результаты диагностики уровней сформированности общественно-полезной деятельности в группе независимых от ПАВ респондентов.



#### Рис. 4. Уровни сформированности общественно полезной деятельности в первой группе

Анализ содержательных характеристик мотивов старших подростков на различных уровнях сформированности общественно полезной деятельности позволил установить, что первые три уровня (принуждение, пассивно-исполнительский, активно-исполнительский) могут спровоцировать предрасположенность к наркотическим веществам.

Особенно опасен активно-исполнительский уровень, т.к. факторы риска приобщения к наркотикам скрыты от глаз и в реальной практике воспитания данный уровень создает иллюзию активности участников общественно полезной деятельности. Полученные данные раскрывают преобладание тенденций к комфорту, удовольствиям потребительского плана, при неумении подростка управлять собою в трудных ситуациях, агрессивности, выступающей одной из форм защитного механизма.

В то же время на лично-групповом уровне сформированности общественно полезной деятельности прослеживается преобладание и рост прогрессивного созидательно-творческого варианта мотивационного профиля и коррелирующей с ним тенденции к росту астеничности - показателя склонности к активным, деятельным эмоциональным реакциям и устойчивой, рациональной, управляемой позиции в трудных ситуациях. На этом уровне у подростка наблюдается стойкая позиция по отношению к наркотическим и токсическим веществам: категорическое неприятие и его активное участие в оказании помощи товарищам, попавшим под влияние наркотика.

В ходе исследования установлено, что первые три уровня (принуждение, пассивно-исполнительский, активно-исполнительский) сформированности общественно полезной деятельности подростков способствуют выработке

индивидуалистической, групповой направленности личности с тенденцией к употреблению наркотических средств (полинаркомания, токсикомания), потребительству. Высшие же уровни сформированности общественно полезной деятельности (лично групповой и индивидуально-общественный) обеспечивают развитие у старших подростков коллективистической направленности личности с тенденцией к созиданию и творчеству, социально зрелому поведению, что обеспечивает предотвращение предрасположенности к наркомании. Следовательно, необходимо целенаправленно построить общественно-полезную деятельность подростков в разнообразных ее формах (учебной, трудовой, художественной, спортивной и др.).

## **2.2. Потребностная сфера и психологические особенности у подростков**

На втором этапе работы проводилось изучение особенностей мотивационно-потребностной сферы подростков с помощью психодиагностических методик «САМОАЛ», «СМИЛ», «ПДО».

Анализ данных по методике «Самоактуализирующаяся личность» (САМОАЛ) выявил ряд существенных различий между наркозависимыми и «нормативными» подростками по ряду шкал. Так, по шкале «ценности», которая характеризует наличие некоторых нравственных категорий, целостность, самодостаточность и другие свойства самоактуализирующейся личности, выявлено, что первая группа подростков разделяет указанные ценности, стремиться к гармоничному бытию и здоровым отношениям с людьми. Для третьей группы испытуемых характерно желание манипулировать людьми в своих интересах, предвзятость в отношениях к ним, а также недоверие.

Результаты, полученные по шкале «потребность в познании» показали, что у первой группы подростков эта черта выражена достаточно ярко. Их отличает стремление к достижениям, творческое отношение к жизни. Напротив, у наркозависимых подростков (третья группа) познавательный интерес проявляется

лишь к тем объектам и людям, которые непосредственно связаны с удовлетворением каких-либо их потребностей. Такие подростки стремятся найти убежище в прошлых переживаниях, их характеризуют искаженные желания и влечения, преобладание примитивных потребностей, а также аморальные взгляды. Анализ данных по шкале “самопонимание” показал, что ”нормативные” подростки отличаются способностью к спонтанному поведению, они не склонны подменять собственные вкусы и оценки внешними социальными стандартами, критично воспринимают себя. Для подростков же с наркозависимым поведением характерно наличие излишнего конформизма, тревожности, а также механизма психологической защиты – отрицания. Они стремятся к притеснению слабых товарищей, к привилегированному положению в группе.

По шкале «контактность», измеряющей общительность личности, ее способность к установлению прочных и доброжелательных отношений с окружающими, установлено, что подростки первой группы отличаются адекватным самовыражением, аутентичным взаимодействием с окружающими, способностью к самораскрытию. Напротив, подростки третьей группы характеризуются самопредъявлением, ригидностью, они склонны прибегать к фальши и манипуляциям.

Таким образом, результаты исследования по методике САМОАЛ показали, что подростки, не употребляющие наркотические вещества, направлены на себя, в качестве основы для своих суждений и действий используют собственные принципы и мотивы. Их жизнь отмечена автономностью, самоподдержкой и свободой, они компетентны во времени, реалистично связывают долгосрочные планы с текущими задачами. Для подростков же с наркозависимым поведением характерен конформизм, их жизнь отмечена потребностью в одобрении и принятии другими людьми. Различия между этими двумя группами испытуемых по всем шкалам методики являются статистически значимыми (таблицу 3).

Таблица 3

*Значимость различий между зависимыми от ПАВ и «нормативными» подростками по шкалам методики САМОАЛ*

№ п/п	Шкалы	t- критерий Стьюдента	p <
1.	Ориентация во времени	3,29	0,05
2.	Ценности	2,34	0,05
3.	Взгляд на природу человека	3,24	0,01
4.	Потребность в познании	4,74	0,05
5.	Стремление к творчеству	2,40	0,001
6.	Автономность	3,58	0,01
7.	Спонтанность	2,05	0,05
8.	Самопонимание	2,45	0,01
9.	Аутосимпатия	3,01	0,05
10.	Контактность	3,27	0,01
11.	Гибкость	2,11	0,05

Что касается второй группы испытуемых, то их характеризуют слабо деформированные потребности, безволие, легкая внушаемость, а также неверие в свои силы. Они тщательно скрывают свой интерес к наркотикам, трудолюбивы, с обостренным чувством стыдливости, поддаются влиянию микросреды. Проявление потребности в новых впечатлениях у данной группы подростков связано с социальными девиациями, с экспериментированием, направленным на изменение своего сознания. В этом случае подростки второй группы находятся в зоне повышенного риска приобщения к наркотическим веществам, так как для них чрезвычайно характерны объединения в группы, где происходит самоутверждение асоциальными способами поведения и корпоративная мораль круговой поруки и подчинения. Таким образом, особенности мотивационно-потребностной сферы подростков, пробовавших действие наркотических веществ, но не ставших зависимыми от них, близки к «нормативным», но вместе с тем, уже наблюдается некоторая ее деформация. Следовательно, педагогам, психологам, социальным

работникам необходимо обращать особое внимание в плане профилактики асоциального поведения именно на такой контингент подростков, которые составляют группу риска.

В результате обследования всех трех групп испытуемых по методике «СМИЛ» (табл.4) было установлено

Таблица 4

*Значимость различий между тремя группами испытуемых по шкалам методики СМЛ*

№ п/п	Шкала	Группы	Критерий Стьюдента	p <
1	Пессимистичность	1-2	4,67	0,001
		2-3	2,30	0,05
2	Тревожность	1-2	3,18	0,01
		2-3	2,15	0,05
3	Импульсивность	1-2	2,13	0,005
		2-3	2,63	0,01
		1-3	2,53	0,01
4	Оптимистичность	1-2	2,23	0,05
		2-3	2,67	0,01
5	Ригидность	2-3	3,57	0,05
6	Индивидуалистичность	1-2	2,40	0,05
7	Интроверсия	1-2	2,38	0,05
		2-3	1,87	0,05

Полученные нами результаты представлены на рисунке 5.

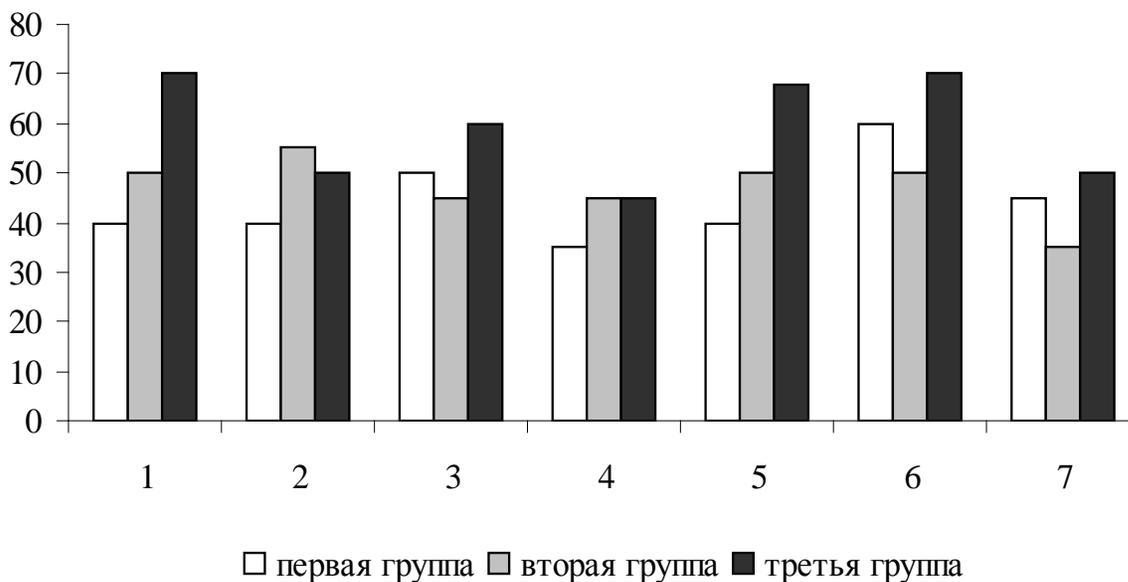


Рис. 5. Показатели по методике СМИЛ для трех групп испытуемых

Примечание: 1- шкала пессимистичность, 2- импульсивность, 3 -ригидность, 4 - тревожность, 5 - индивидуалистичность, 6 - оптимистичность, 7 - интроверсия.

Между полярными по частоте употребления наркотических средств группами (первой и второй) разница в показателях значительно больше. Эти данные хорошо прослеживаются на рис. 6. Подростки третьей группы отличаются большей склонностью к реализации эмоциональной напряженности в непосредственном поведении, угасание неотрагированных эмоций у таких подростков происходит значительно медленнее, чем у подростков первой и второй групп. Кроме того, для подростков третьей группы более характерны проблемы в общении и социальной коммуникации в целом, что подтверждается высокими значениями по шкале «интроверсия». Значимо более высокие показатели у подростков третьей группы по шкалам «тревожность» и «оптимистичность». Эти данные интерпретируются нами как низкая стрессоустойчивость, склонность к

импунитивным реакциям, то есть к отрицанию затруднений, тревоги и своей вины. Усредненные показатели по шкалам «пессимистичность», «импульсивность», «оптимистичность», «тревожность» свидетельствуют о наметившемся процессе социальной дезадаптации подростков третьей группы. Их социальное положение значительно менее устойчиво, поскольку у них связи со средой первого типа почти полностью утрачены, зато сложились и укрепились отношения со средой третьего типа, т.е. они уже не ощущают психического дискомфорта от нарушений связей с людьми, не поощряющими употребление наркотиков. Разумеется, подобную устойчивость социального положения никак нельзя считать позитивным процессом, поскольку это ведет к искажению социального развития индивида.

Личностные особенности, при которых возможны нарушения связи с социальной средой, образуют иерархическую систему, связанную с одним из наиболее важных факторов «напряженность потребностных состояний» (шкала пессимистичность). У подростков второй группы показатели по этой шкале несколько завышены, это свидетельствует о том, что потребности, присущие данному возрасту, не находят возможности для своего удовлетворения и, соответственно, возникает напряженное поле потребностных состояний. В связи с невозможностью реализации индивидом своих потребностных состояний, возникает низкий уровень осознания образа своего «Я» (низкий показатель по шкале «оптимистичность»), что сказывается на способности строить свое поведение в соответствии с социально одобряемыми правилами и нормами. Несформированность этой способности свидетельствует также о слабом развитии механизма внутреннего контроля поведения (высокий показатель по шкале «импульсивность»). Это приводит к возрастанию агрессивности и импульсивности таких подростков. Об этом свидетельствует динамика показателей испытуемых

третьей группы по шкалам «тревожность», «ригидность» и «индивидуалистичность».

Приведенные данные подтверждаются результатами обследования по методике «ПДО» (патохарактерологический диагностический опросник) (табл.5).

Таблица 5

*Значимость различий между тремя группами испытуемых по шкалам методики ПДО*

№ п/п	Шкала	Группы	По критерию Стьюдента	p <
1	Н	1-2	3,74	0,001
		2-3	2,29	0,05
2	С	1-2	3,73	0,001
		1-3	4,38	0,001
3	Г	1-2	3,05	0,01
		2-3	3,06	0,01
4	И	1-2	2,63	0,01
		2-3	3,27	0,01
5	Ш	1-2	2,06	0,05
		1-3	3,02	0,01
6	Л	1-2	2,33	0,05
		1-3	2,75	0,01
7	П	2-3	2,39	0,05

Примечание: Шкала «Н» неустойчивый характерологический тип; шкала «С» сензитивный характерологический тип; шкала «Г» гипертимный характерологический тип; шкала «И» истероидный характерологический тип; шкала «Л» лабильный характерологический тип; шкала «Ш» шизоидный характерологический тип; шкала «П» психастенический характерологический тип.

Так, в частности, в третьей группе испытуемых значительно больше представлено подростков неустойчивого и гипертимного характерологического типа. Во второй группе подростков преобладают истероидные и психастенические черты характера, что свидетельствует о психологической дезадаптации, а также нарушении связей с общественной средой. Снижение значений указанных шкал в третьей группе подростков объясняется тем, что

развитие процесса наркотизации приводит к компенсации психастенических и истероидных черт, вследствие возникновения развитых отношений со средой, поощряющей употребление наркотиков. Последний факт хорошо согласуется с выводами о компенсации личностных особенностей, оцениваемых шкалами методики СМИЛ (прежде всего шкалой «пессимистичность»).

Среди «нормативных» подростков выявлены акцентуации сензитивного, шизоидного и лабильного типов (рис.6).

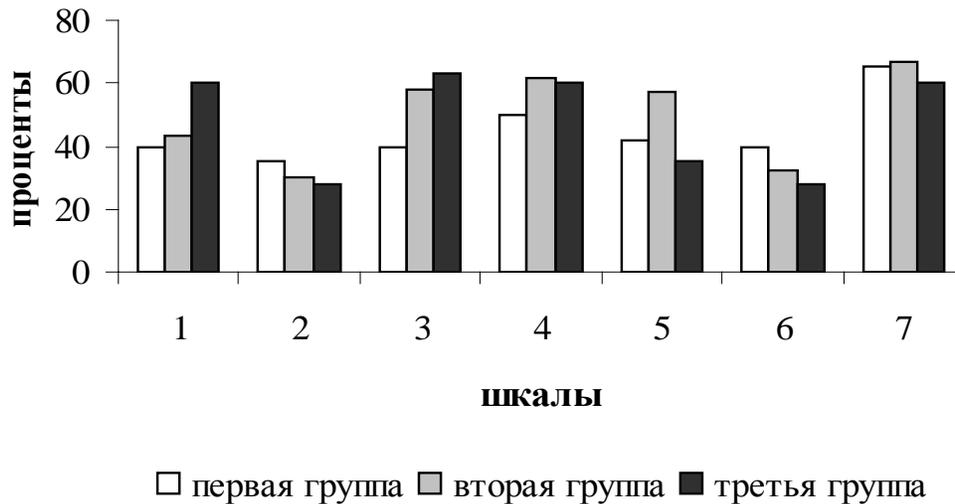


Рис. 6. Показатели по шкалам методики ПДО для трех групп испытуемых

Примечание: 1 шкала - неустойчивый тип; 2 шкала - сензитивный; 3 шкала - гипертимный; 4 шкала - истероидный; 5 шкала - психастенический; 6 шкала - шизоидный; 7 шкала - лабильный

Полученные данные показывают, что выделенные особенности относятся к той системе личностных свойств, которая облегчает нарушение связей подростков с микросоциальной средой. Нами установлено, что наиболее важным фактором наркотизации подростков является недоразвитие или нарушение у них механизмов удовлетворения потребностей, неадекватной личностной оценки и

оценки своего поведения другими. Причем дезадаптация и поиск квазидеятельности являются ответом на неудовлетворенность подростка взаимоотношениями со средой.

Результаты, полученные по вышеназванным методикам, позволили рассмотреть особенности мотивационно-потребностной сферы личности подростков и провести сравнительный анализ, категорически отвергавших или однажды употреблявших наркотики (наркотики в этой группе не являются значимыми, скорее всего здесь присутствует интерес, любопытство, свойственные данному возрасту, и связанные с условиями воспитания), а также подростков, употребляющих наркотические вещества, и классифицировать таких детей на основе определенного типа их поведения, учитывая степень деструктивной направленности самой личности.

Первую группу подростков характеризует устойчивый комплекс антиобщественных взглядов, аномальных, аморальных, примитивных потребностей, деформированность отношений, оценок. У этих подростков извращены представления о товариществе, смелости, ослаблено чувство стыда. Они циничны, грубы, озлоблены, агрессивны, вспыльчивы, несдержанны, драчливы. Эгоизм, равнодушие к переживаниям других, отсутствие трудолюбия, стремление к потребительскому времяпрепровождению, иждивенчество и стяжательство являются типичными особенностями этой группы подростков. Для них характерны полинаркомания и политоксикомания. В основном они потребляют препараты бытовой химии: «секунда» (средство для мытья окон), «прима», «дихлофос» (средства по борьбе с насекомыми) и пр.; из наркотиков наиболее распространенными являются курение анаши, глотание таблеток («колес»), введение наркотиков инъекционным способом.

Вторую группу составляют также подростки с деформированными потребностями, аморальными взглядами. Они отличаются стремлением к

притеснению слабых, к привилегированному положению. Их характеризует импульсивность, неустойчивость, быстрая смена настроений. Для них показательны полинаркомания, стимулируемые подражанием значимому для них взрослому (наркоману),

Третью группу подростков характеризует конфликт между отрицательными и положительными потребностями, отношениями, интересами, взглядами. Эти дети сознают недостойность употребления наркотиков. Однако имеющиеся у них нравственные взгляды не стали убеждениями и у этих подростков недостает твердости противостоять сложным ситуациям, вызывающим напряженность. Для подростков данной группы характерна бравада, показное удальство, хитрость, лживость, притворство, приспособленчество к обстоятельствам, апатия к общественно важным делам, неверие в людей.

Следующую, четвертую группу составляют подростки со слабо деформированными потребностями. Их характеризует безволие, легкая внушаемость, легкомысленность, неустойчивость, неверие в свои силы, заискивание перед волевыми товарищами. Тяга к приключениям, фантазерство, артистичность, беззлобное озорство и мнительность типичны для этих детей. Наиболее употребляемый здесь наркотик - психостимулятор перевитин (производный от эфедрина).

В пятую группу входят подростки, случайно ставшие на путь употребления наркотических и токсических веществ. Они тщательно скрывают свой интерес к наркотикам, трудолюбивы, с обостренным чувством стыдливости, однако безвольны и поддаются влиянию микросреды.

В связи с тем, что подростки, употребляющие наркотические вещества, часто внешне не отличаются особыми чертами от подростков, категорически отвергающих их употребление, проведенная условная типология может способствовать психологу-практику в организации работы по выявлению

предрасположенности растущего человека к наркотическим и токсическим веществам.

Исследовательская работа по изучению типологических особенностей детей, предрасположенных к употреблению наркотических веществ показала, что перевоспитание подростков первой группы базируется на таких качествах личности, как энергичность, упорство в достижении поставленной цели, стремление к престижу, первенству.

Для подростков второй группы особое значение приобретает само изменение обстановки и стереотипных форм реагирования на нее. Подчеркнутое доверие к ним, включение в организационно-общественную деятельность, обыгрывание их различных свершений, вовлечение не только в исполнительскую, но и в организаторскую работу, вырабатывающую умение не только быть лидером, но и уметь подчиняться.

Для третьей группы подростков важен ритм и напряженность выполнявшихся дел, включение их в поисковые работы. Здесь имеется возможность проявить себя, занять значимое место в коллективе.

Вхождению в систему общественно полезной деятельности подростков четвертой группы активно способствует пробуждение интереса к жизни, положительных переживаний, нахождение жизненных перспектив.

Для пятой группы характерна коллективная деятельность, воспитание личной ответственности за порученное дело и т.д.

Таким образом, проведенное нами исследование позволило выделить классифицировать группы подростков. В основу классификации положены свойства, типичные для данной, конкретной группы.

Вместе с тем, для более полного раскрытия феномена предрасположенности мы провели анализ ряда факторов риска: генетическая предрасположенность; социальная адаптация (дезадаптация); провоцирующие обстоятельства;

ценностное отношение к употреблению наркотиков; резистентность (сопротивляемость).

Для оценки по критериям фактора «генетической предрасположенности» использовались данные медицинских учреждений, беседы с родителями, а также с самими подростками. Этот фактор до недавнего времени не брался во внимание исследователями и, более того, находился под известным запретом.

Особый интерес представляют данные, полученные при исследовании подростков, с диагнозом наркомании. Они показывают, что 90% пациентов наркодиспансера имеют в роду близких родственников либо алкоголиков, либо наркоманов, либо людей с психопатологическими заболеваниями. Нами получены следующие данные, в психо-наркологическом диспансере г. Иркутска.

Предметно мы не рассматривали генетический аспект этой проблемы. А лишь ограничились условным учетом данного фактора и пришли к выводу, что подросток, имеющий в роду близкого родственника - наркомана, алкоголика, прямо или косвенно попадает в группу риска. При нормальной жизни, он может и не стать наркоманом, однако попадая в обстоятельства, благоприятствующие приобщению его к наркотикам (токсинам, алкоголю), он в большей степени подвержен риску, нежели подросток из «благополучного» рода при равных обстоятельствах провокации.

В нашу задачу также не входило исследование различий влияния наркотиков по половым признакам, приобщение к наркотикам у близнецов, дифференцированное изучение влияния на поведение того или иного типа наркотика и приобщения к нему. Мы лишь ограничились сбором фактического материала, дабы представить общую картину с целью сфокусировать внимание школьного психолога, педагога-практика при работе с подростками на эту сторону немаловажной проблемы. Мы ни в коем случае не утверждаем, что генетический

фактор, «счастливые комбинации генов» прямым образом влияют на поведение и что, если дед или отец алкоголик, то их потомки обязательно будут такими.

Факторы социальной адаптации (дезадаптации), провоцирующих обстоятельств и ценностного отношения к наркотикам достаточно полно отражены в нашем исследовании при характеристике мотивов приобщения к наркотикам. Фактор резистентности, т.е. сопротивляемости наиболее важен, т.к. именно к этому фактору сводятся цели и задачи воспитательного воздействия – ни при каких условиях и обстоятельствах не попробовать наркотики.

При широком обследовании подростков «в норме» по методике определения группы риска мы столкнулись со следующим фактом. Около десяти подростков, казалось бы, благополучных с точки зрения предъявляемых им требований со стороны общества, попали в «группу риска». При детальном исследовании оказалось, что, например, у Левы Е.(7 кл.,4 группа риска), на вид тихого, порядочного мальчика, занимающегося спортом, высокий показатель был обнаружен по фактору «провоцирующие обстоятельства». Как выяснилось позже, в доверительной беседе с Левой, когда мы обратили внимание на эту сторону, он «научился преодолевать трудности, так как преодолевает их бабушка». Бабушка была больным человеком, и врач прописал ей сильные таблетки. Когда ей было плохо, она употребляла таблетки. Лева часто наблюдал за действием любимой бабушки, и однажды, придя из школы и, находясь в упадническом настроении из-за того, что его поругал учитель физкультуры, он тайком попробовал 2 таблетки (как бабушка), началось легкое головокружение и «все стало хорошо, ясно». Мальчик употреблял таблетки несколько раз.

С целью пресечения фактора «провоцирующие обстоятельства» Лева был вовлечен в общественно полезную деятельность. Он стал членом специально организованного кружка «Здоровье». В связи с тем, что вовремя был обнаружен факт предрасположенности, выразившийся в форме провоцирующих

обстоятельств, психологи совместно с педагогами смогли минимизировать фактор риска.

Результаты исследования мотивационно-потребностной сферы личности подростков, по использованным нами психодиагностическим методикам, показали, что данная сфера личности у наркозависимых подростков (третья группа) имеет ряд особенностей: она характеризуется наличием конфликта между положительными и отрицательными потребностями, напряженностью потребностных состояний, а также ослаблением внутреннего контроля, что, в свою очередь, приводит к появлению агрессивности и импульсивности в поведении. Для подростков с наркозависимым поведением характерно изменение механизмов удовлетворения потребностей, нарушение мотивов деятельности, при этом ведущие мотивы поведения постепенно утрачивают свои функции, а мотив деятельности подменяется мотивом «избегание неуспеха и наказания».

## ГЛАВА 3.

### НАУЧНЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПРОФИЛАКТИКЕ И КОРРЕКЦИИ ЗАВИСИМОГО ОТ ПАВ ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ

#### 2.1. Психолого-педагогические аспекты профилактики зависимости от ПАВ

Профилактика в педагогике и психологии (от греч. prophylacticos – предохранение, предупреждение) – это комплекс мер социально-психологического, медицинского и педагогического характера, направленных на нейтрализацию воздействия отрицательных факторов социальной среды на личность с целью предупреждения отклонений в ее поведении.

В зависимости от состояния здоровья, наличия факторов риска заболевания или выраженной патологии у человека рассматривают 3 уровня профилактики, которые мы рассмотрим ниже.

*Основные психологические концепции и подходы к профилактике зависимого поведения.*

Современные подходы к профилактике употребления психоактивных веществ основываются на следующих теоретических концепциях [Сирота Н.А., Ялтонский В.М., 2003; Сирота Н.А., Ялтонский В.М., Должанская Н.А., Бузина Т.С., 2004]:

- теория социального научения и самоэффективности, а также теория продвижения здоровья А.Бандуры;

- теория проблемного поведения Р. Джессора;

- концепция здорового жизненного стиля ВОЗ;

- теория жизненных навыков Д. Ботвина;

- мотивационная теория постадийного изменения поведения (Прохазка, Ди-Клементи);

- транзакциональная теория стресса и копинг-поведения Р. Лазаруса и др..

### ***Теория продвижения здоровья***

Данный подход основан на «моделировании здоровья» вместо «моделирования болезни». Профилактика основывается на понятии продвижения здоровья (health promotion). Это понятие предполагает не только уход от болезни и предотвращение факторов риска, но развитие протективных факторов, способствующих здоровью. В основе данного подхода лежат социально-когнитивные теории, прежде всего, А. Бандуры и Р. Лазаруса, предполагающие что состоянием своего здоровья и благополучия человек способен управлять сам.

Для эффективности профилактических действий необходимо, чтобы человек имел: адекватные знания о факторах риска и рискованных поведенческих паттернах для того, чтобы управлять своим здоровьем в направлении его защиты и улучшения; убеждение в своей эффективности (самоэффективность) в возможности регулировать свое здоровье.

Восприятие своей эффективности - центральная идея социально-когнитивной теории. Самоэффективность определяет уверенность индивида в способности организовать свое поведение, мысли, чувства в благоприятном для себя направлении, несмотря на постоянное воздействие различных стрессовых событий и изменение жизненных обстоятельств. Вера в свою эффективность – огромный базис для действий. Потеря же людьми веры в себя может повлечь за собой эффект дезорганизации в том случае, когда человек будет встречаться с трудностями и изменениями окружающей действительности, что в принципе неизбежно.

### ***Теория мотивации***

Если человек не приходит к пониманию необходимости постоянных изменений своего мышления и стиля жизни, его жизнь сложится неудачно. Иными словами, он обречен на психическую и социальную дезадаптацию. В каком

варианте будет проявляться эта дезадаптация – вопрос обстоятельств, скорее внешних, чем внутренних. Ясно одно, что риск приобщения его к наркотикам и другим психоактивным веществам резко увеличивается, проблема формирования зависимости от них становится более актуальной, а если зависимость уже сформирована, то лечение и реабилитация будут неудачными.

В связи с этим становится очевидной необходимостью работа с мотивацией на позитивное изменение и развитие на всех этапах и стадиях жизни человека, а тем более его выздоровления.

Методы работы с мотивацией лиц в процессе профилактики и зависимых от наркотиков, алкоголя и других психоактивных веществ, стали развиваться в последние десять лет, когда обнаружилась абсолютная очевидность того, что формирование здорового человека, а также лечение пациентов не готовых на изменение своего жизненного стиля не приводит к позитивным результатам. С другой стороны стал очевидным и тот факт, что люди, употребляющие психоактивные вещества или еще не переступившие этого порога, имеют право на помощь в формировании мотивационной готовности на лечение, изменение своего поведения, жизненного стиля и выздоровление.

Основные положения, характеризующие мотивацию к изменению:

1. Мотивация (побуждение) – первоначальный и ключевой элемент в изменении поведения человека.
2. Мотивация имеет сложную многокомпонентную структуру.
3. Составные компоненты мотивации могут быть определены и измерены современными психодиагностическими методами.
4. Мотивация - не статическое состояние, а динамический процесс, колеблющийся во времени и пространстве в зависимости от состояния личности и среды.

5. Мотивация находится под влиянием внешних и внутренних воздействий, причем ведущим, как правило, является внутреннее воздействие (внутреннее побуждение). Внешние воздействия выступают в виде «социальной почвы».

6. Мотивация может быть изменена.

7. Мотивация на изменение поведения и жизненного стиля в целом может изменяться под влиянием родителей, педагогов, врача, психолога, консультанта, социальной среды.

8. Стиль взаимодействия психолога всегда влияет на мотивацию к изменению.

9. Задача врача или клинического психолога определить уровень мотивации человека к изменениям в его жизни и укрепить ее в позитивном направлении.

10. Мотивация на изменение зависит от готовности человека к изменениям и от стадии готовности, на которой находится человек.

В основе формирования мотивации на позитивные изменения лежат следующие принципы:

- Повышение осознания необходимости изменений поведения.
- Социальная поддержка.
- Высвобождение эмоций.
- Внутренний контроль или ответственность .
- Развитие здоровой, альтернативной употреблению наркотиков активности.
- Противодействие потреблению психоактивных веществ со стороны социальной среды.
- Поощрение успехов в изменении своего поведения в направлении здоровья.
- Поддерживающие отношения с социальным окружением.

### ***Теория жизненных навыков***

Жизненные навыки – те личные, межличностные и физические навыки, которые позволяют людям контролировать и направлять свою жизнь, развивать умения жить вместе с другими и вносить изменения в окружающую среду. Данная теория базируется на понятии об изменении поведения, а практическая реализация ее в профилактических программах использует методы поведенческой реализации и терапии. Этот теоретический подход был сформулирован на стыке двух этиологических теорий – теории социального научения А. Бандуры и теории проблемного поведения Р. Джессора.

Программы развития жизненных навыков охватывают три области:

1. Информация.
2. Социальная резистентность, имеющая целью специальное предотвращение употребления наркотиков;
3. Развитие личностных копинг-навыков.

Первый компонент программ – информационный. Он заключается в изложении информации о здоровье, о вреде употребления наркотиков, социальной недопустимости их употребления. Второй компонент программ представляет собой развитие самоуправляемого поведения, сфокусированного на выбранном жизненном стиле, разработку планов самосовершенствования, развитие самооценки, социальной чувствительности и личностного контроля, обучение стратегиям принятия решений, устойчивости к влияниям социальной среды и давлению наркотизирующихся сверстников. Преодоление личностной и ситуационной тревоги – еще одно важное направление программ развития жизненных навыков. Участники программ обучаются различным техникам, редуцирующим тревогу, способствующим самоуправлению и релаксации, когда это необходимо. Третий важный компонент программ жизненных навыков – обучение различным социальным навыкам. Это – навыки коммуникации,

налаживания социальных контактов, навыки отказа от предложений употребления психоактивного вещества, навыки отстаивания своей позиции, персональных границ и поддержания дружеских связей.

### ***Теория альтернативной наркотизации деятельности***

Теоретическая концепция альтернативы наркотикам базировалась на следующих позициях:

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

2. Многие формы поведения, направленного на поиск удовольствия, являются результатом изменения настроения или сознания личности.

3. Люди не прекращают употребление психоактивных веществ, улучшающих настроение, или поведение, направленное на поиск удовольствия, до тех пор, пока не имеют возможности получить взамен что-то лучшее.

4. Альтернативы наркотикам являются еще и альтернативами дистрессам и дискомфорту, которые сами по себе приводят к саморазрушающему поведению.

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

В целом выделяется четыре варианта программ альтернативной активности:

- Предложение специфической активности (например, путешествия с приключениями), которая вызывает как волнение, так и предполагает преодоление различного рода препятствий среды.

- Комбинация специфических потребностей со специфической активностью (например, потребность в риске и поиске ощущений, свойственная людям,

имеющим риск вовлечения в употребление наркотиков или алкоголизацию, удовлетворяется в этих программах посредством вовлеченности в экстремальные виды спорта – прыжки с парашютом и т.д.).

- Поощрение участия во всех видах специфической активности.

- Создание групп поддержки молодых людей, заботящихся о своей жизненной позиции.

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

Что касается организации специфической деятельности (первая модель), то американские ученые единодушно сошлись во мнении о том, что занятость ребенка альтернативной деятельностью, учитывающей его запросы, желания, реально, а не мнимо вытесняет потребностное состояние (первичная стадия, проявляющаяся в форме интереса), стремление к употреблению наркотиков, являясь блокировкой возникновения такого состояния, т.е. имеет профилактический эффект. Например, Horiman R. [94] характеризует этот процесс как противоборство сложных иерархических структур, сложных по своему содержанию и действующих в контексте определенных ситуаций в сочетании с межличностной динамикой.

Таким образом, одной из главных характерных особенностей этой модели на начальной стадии ее зарождения было устранение аффективно-когнитивных состояний подростка посредством организации какой-либо специфической деятельности, интересующей его.

Сторонниками этого утверждения являются и отечественные психологи А.Е. Личко [35], Б.С. Братусь [13], Б.М. Левин [29], Л.Х. Казаков, Д.В. Колесов [25]. Они утверждали, что употребление наркотиков подростками - это не что иное, как часть процесса естественного взросления, связанного, в частности, и с

проявлением любопытства, в том числе и в познании различных состояний (например, головокружение - что это такое?).

Ventura M., Dundon M. [96] разработали специальную программу воспитательных мероприятий, ориентированную на внедрение в практику альтернативных форм деятельности. Они на практике пытались доказать позитивные сдвиги, происходящие при целенаправленном включении подростка в специально задаваемую деятельность, которую, по их убеждению, должна возглавить религия. Идею Ventura M., Dundon M. поддержали многие исследователи: Terner С.и Wills R. [95], Yohe T.[100], которые выдвигали в качестве ведущей – религиозную деятельность, являющуюся, по их мнению, альтернативной формой, обеспечивающей нейтрализацию тяготения подростков к наркотическим веществам.

Вторым важным подходом в плане реализации программы «Альтернативность» (вторая модель) является адекватный подбор альтернативных форм деятельности соответственно неудовлетворенным потребностным состояниям подростка. Из всех предложенных вариантов в этом направлении наиболее распространенной является модель А.Cohen [76], которая по своему содержанию наиболее близка к логической завершенности.

В нижеприводимой таблице 6 представлены четыре уровня потенциально неудовлетворенных потребностных состояний и, соответственно, даны альтернативные формы деятельности, заполняющие этот вакуум.

Таблица 6

*Подход Кохена к альтернативным формам деятельности*

Уровень восприятия	Соответствующие мотивы (примеры)	Возможные альтернативы (примеры)
Физический	Потребность в физическом удовлетворении, в физическом расслаблении, избавлении от болезней, потребность в повышении энергетического уровня, поддержании	Атлетика, танцы, физические упражнения, походы, столярные работы, работа на открытом воздухе.

	зависимости от физических нагрузок.	
Сенсорный	Потребность в стимуляции зрительных, слуховых, тактильных, вкусовых анализаторов, сенсорно-сексуальной стимуляции.	Обучение чувственному восприятию, парашютный спорт, восприятие чувственной красоты природы.
Эмоциональный	Избавление от психологического дискомфорта, плохого настроения, попытка решить личные трудности, избежать тревожности, потребность в эмоциональном озарении, высвобождении чувств, эмоциональном расслаблении.	Компетентное индивидуальное консультирование, хорошо организованная групповая терапия, обучение психологии личностного развития.
Межличностный	Завоевать признание сверстников, сломать межличностные барьеры, потребность в «общении», в особенности, невербальном, сопротивление авторитарному давлению укрепление интимных отношений, ослабление межличностных ингибиций, решение межличностных конфликтов.	Хорошо организованная групповая терапия, инструктирование по нормам социального поведения, воспитание уверенности, консультации по межличностным отношениям, упор на оказание помощи другим людям в учебе, семье.

Определенный интерес представляют работы Barnes С. и Olson Т. [79], которые провели исследование среди подростков на предмет выявления как позитивных, так и негативных эмоциональных состояний при употреблении ими тех или иных лекарственных препаратов. В распространенном опроснике, в котором на фоне перечисленных 15 препаратов (6 наркотических и 9 ненаркотических) были, соответственно, зафиксированы позитивные и негативные эмоциональные состояния. К негативным относились: тревога, депрессия, враждебность; к позитивным - жажда приключений, получение удовольствия. Цель эксперимента заключалась в выявлении соответствия определенному эмоциональному состоянию альтернативной деятельности, способной блокировать тягу подростка к употреблению наркотических и токсических

веществ.

В результате экспериментальной работы, проведенной вышеуказанными авторами, в ходе альтернативной деятельности наблюдалось повышение физической активности детей, оживление их общения с родителями и друзьями, развитие социальной активности, появления форм поведения, граничащих с риском [79].

Было установлено, что альтернативные формы деятельности наиболее результативны, когда индивид стремится к положительным эмоциональным состояниям или к снятию негативных. Barnes С. и Olson Т. [79] показали, что такие виды деятельности, как развлечение, разговор с друзьями, актуализируются в большинстве случаев с тем, чтобы снять негативные состояния.

При этом употребление подростками наркотических веществ, а также алкоголя, по мнению данных исследователей, в большинстве случаев имеют целью достижение позитивных, а не негативных состояний. Отсюда альтернативные формы деятельности должны сочетаться с потребностными состояниями растущего человека, способствуя его выходу из затруднительной ситуации.

Chanin А. [75], Goodwin L. [81], Floyd I. и Lotsof А. [78] подчеркивают, что альтернативная деятельность выступает в качестве движущих механизмов психической деятельности по удовлетворению сущностных потребностных состояний молодого человека. Они указывают, что заполнение душевного вакуума подростка может осуществляться такими формами альтернативной деятельности, известными как авангардные направления: трансцендентальной медитацией, сензитивным тренингом, йогой и особым комплексом воспитательных мероприятий, направленных на формирование созидательной, активной личности.

Третьей моделью альтернативной деятельности является реализация ее в малых группах, причем формы и методы воспитательных мероприятий

разрабатываются самими учащимися; взрослые же должны всячески поддерживать и поощрять их инициативу в этом направлении [94]. Ориентация в данном случае осуществляется на лидера группы, который не только является убежденным противником наркотиков, но также своим личным примером вовлекает сверстников в активную деятельность, обеспечивающую пресечение предрасположенности к наркотическим и токсическим веществам.

Следует отметить, что экспериментальная работа в этом направлении проводилась на различных возрастных срезах: с младшими подростками работал Weiner V. [99]; со старшими подростками и юношами - Swisher I. [94]. Методы, применяемые при изучении феномена альтернативности, прошли проверку временем, однако, по мнению, Swisher I. [94], эта модель имеет ряд существенных недостатков, требующих дальнейшей проработки и проверки на валидность. В частности, указывается на то, что здесь, во-первых, роль лидера в процессе осуществления альтернативной деятельности преувеличена. Во-вторых, не в достаточной степени учитывались возрастные особенности и периодичность взросления растущих людей. В-третьих, все еще слабо изучены межличностные отношения в процессе осуществления альтернативной деятельности, где главным принципом является взаимопомощь и опека со стороны сильного в группе, а также забота всех о ближнем.

И, наконец, наиболее разработанной и современной моделью по организации мероприятий, направленных на предотвращение предрасположенности подростков к наркотическим веществам, является четвертая модель, включающая семиступенчатую систему, кульминационным моментом которой является организация коллективного самоуправления в общности подростков.

Реализация программы Channel One осуществляется при непосредственном участии Института по изучению злоупотребления наркотическими веществами (NIDA), который совместно с бизнесменами и учеными разного профиля помогает

школе в организации данной программы.

Одной из главных ее задач является вовлечение подростков в процесс деятельности, направленной на пользу другим людям, что, по мнению Kandel D. [86], Wald P. и Abrams A. [98], ведет к недопущению пристрастия подростков к наркотическим и токсическим веществам. Для этой цели создаются координационные комитеты, куда входят неформальные лидеры объединений из числа школьников, наиболее авторитетных и старших по возрасту. Выбор деятельности осуществляется с учетом желаний каждого молодого человека. Особое внимание обращается на четкую структуру самоуправления, где учитывается преемственность поколений.

Таким образом, четвертая модель «Альтернативности» является наиболее перспективной, так как основывается на самоактуализации личности, развитии коллективных форм деятельности, направленных на благо другим людям и обществу.

Данная программа не включает в себя сбор статистических данных по использованию наркотических средств, не имеет своей целью устрашающе воздействовать на подростков при помощи правоохранительных органов или администрации школы. Напротив, с учетом возрастных особенностей подросткам предоставляется определенная свобода действий, что влечет за собой развитие их творческой активности, личностной самостоятельности, уверенности в своих силах и возможностях.

Накопленный американскими психологами опыт показывает, что предотвращение, недопущение предрасположенности подростков к наркотическим и токсическим веществам лежит через деятельность, направленную на пользу другим, обществу. В отечественной психологической науке решение проблемы наркозависимого поведения долгие годы не было включено в собственное научное исследование. В основном система

теоретического знания ограничивалась лишь проблемой отклоняющегося поведения молодежи, где вопросы профилактики наркомании, токсикомании вообще не затрагивались. Лишь в последние годы эта проблема актуализировалась. В частности, в работах Б.С. Братуся [12,13] справедливо отмечено, что пристрастие к наркомании носит характер иллюзорно-компенсаторной деятельности.

Возможности для социально психологических и конкретно психологических поисковых механизмов по определению и изучению проблемы наиболее четко стали вырисовываться в последнее время, когда большинство ученых приходят к выводу, что наркомания – это прежде всего нарушение потребностно-мотивационной сферы личности, и приоритетное рассмотрение этих вопросов принадлежит именно психологической науке.

Личко А.Е., Битенский В.С. [35] считают, что раскрытие психологических механизмов формирования влечения к наркотическим веществам, особенно в детском и подростковом возрасте, разработка на их основе психологических методов профилактики и коррекции является одним из центральных звеньев в реализации комплексной программы по борьбе с наркоманией.

Причем раскрытие психологических механизмов требует выявления условий, при которых эти механизмы способны выступать движущей силой приобщения подростков к наркотикам, возникновения предрасположенности молодых людей к наркотическим веществам.

Возникновение предрасположенности к наркомании качественно изменяет мотивационно-потребностную структуру личности растущего человека, способствуя подавлению социально ценных форм поведения. Нарушается деятельность, связанная с духовными потребностями, с учебными и профессиональными интересами, с развитием у подростка осознания своей принадлежности к обществу.

Изучение личностных особенностей подростков с «нормативным» поведением и подростков, предрасположенных к употреблению наркотических веществ, выявление психологических условий и возможностей недопущения, предотвращения такой предрасположенности потребовало прежде всего четкого определения самого этого понятия «предрасположенность». Дело в том, что многие авторы смешивают понятия предрасположенность и склонность. Между тем, «склонность» - это «любое положительное, внутренне мотивированное отношение (влечение, интерес). Психологическую основу склонности составляет устойчивая потребность личности в определенной деятельности, когда привлекательными оказываются не только достигаемые в ней результаты, но и сам процесс деятельности» [50]. В то время как «предрасположенность» - это наличие благоприятных условий для развития недугов [56], т.е. понятие предрасположенность означает возможность приобщения подростка к наркотикам при наличии благоприятных условий, тогда как понятие склонность указывает на мотивированное влечение.

Возникновение предрасположенности еще не означает сформированности мотива, характеризуя лишь вероятность приобщения растущего человека к употреблению наркотиков, а «склонность» выражает уже силу влечения, внутреннюю психологическую готовность подростка к употреблению наркотиков. Именно в данном смысловом значении и использовались эти термины в настоящем исследовании.

Следовательно, чтобы предотвратить подобную деятельность, необходимо организовать контрдеятельность, создавать для подростка такие психологические условия, при которых у него сформировалась бы ценностно-значимая для него позиция, отвергающая любые «нападки» со стороны провоцирующих обстоятельств (внешних факторов), побуждающих, в частности, попробовать наркотик.

По мнению С.А. Беличевой [5], таким направлением может быть превентивная психология. Данное направление построено на охранно-защитной концепции профилактики, предполагает переход от административно-карательных мер к всесторонней медико-психологической, психолого-педагогической и социально-правовой помощи и поддержке семьям и детям, предрасположенным к нарушению «нормативного» поведения.

С.А. Беличева [5], а затем и Н.Ю. Максимова [38] отмечают, что эффективность воспитательно-профилактической деятельности заключается в создании психологического обеспечения: своевременной диагностики личностных, социально-психологических и психолого-педагогических факторов, обуславливающих отклонения в поведении подростков, с учетом которых должна строиться и осуществляться профилактическая работа по предупреждению этих отклонений.

Выявление такого рода негативных влияний затруднено прежде всего потому, что они не выступают изолированно, а представляют, как правило, взаимодействие самых разнообразных факторов, действующих в разных возрастных периодах с разным негативным вкладом в развитие асоциального поведения. Так, Б.Г. Ананьев отмечает, что человеческое развитие обусловлено взаимодействием многих факторов: наследственности, среды (социальной, биогенной, абиогенной), воспитания, собственной практической деятельности человека [1].

В числе разнообразных, взаимосвязанных факторов, обуславливающих отклонение от «нормативного» поведения С.А. Беличева [5] выделяет такие, как индивидуальный фактор, действующий на уровне психобиологических предпосылок и затрудняющий социальную адаптацию индивида; психолого-педагогический фактор, проявляющийся в дефектах школьного и семейного воспитания; социально-психологический фактор, связанный с неблагоприятными

особенностями взаимодействия подростков со своим ближайшим окружением в семье, на улице, в учебно-воспитательном коллективе; личностный фактор, который проявляется в активно-избирательном отношении индивида к предпочитаемой среде общения, к нормам и ценностям своего окружения, а также в личностных ценностях, ориентациях и личной способности к саморегулированию своего поведения; социальный фактор, который определяется социальными и социально-экономическими условиями существования общества.

Таким образом, анализ имеющихся в литературе данных показывает, что наиболее эффективными формами профилактики наркомании среди подростков являются: включение подростка в альтернативную деятельность, а также проведение превентивных форм образования.

### ***Концепция социальной поддержки***

Интерес к феномену социальной поддержки и ее роли в сохранении психологического и физического благополучия, укрепления здоровья стремительно возрастает. Проведенные исследования показали, что люди, получающие разные виды поддержки от семьи, друзей, значимых для них лиц, отличаются более крепким здоровьем, легче переносят повседневные жизненные трудности и заболевания [Сирота Н.А., 1994; Ялтонский В.М., 1995]. Социальная поддержка, смягчая влияние стрессоров на организм, сохраняет тем самым здоровье и благополучие человека, облегчает адаптацию и способствует развитию индивида. Она является важной составляющей копинг-поведения, мощным средовым копинг-ресурсом, без которого не происходит ни адекватного развития, ни приспособления.

Сирота Н.А., Ялтонский В.М. (2009) рассматривают несколько теоретических моделей, объясняющих связь социальной поддержки с исходами психологического и физического здоровья.

I – модель основного (главного) или направленного эффекта. Согласно этой модели наличие социальной поддержки само по себе непосредственно влияет на сохранение здоровья. Отсутствие поддержки или ее слабость приводят к ухудшению здоровья.

II – буферная модель. Механизм, связывающий стресс с болезнью, включает серьезные нарушения нейроэндокринной или иммунной систем, внесение изменений в поведение, связанное со здоровьем (неправильное питание, употребление алкоголя, табака, наркотиков и т.д.). В ситуации стресса высокой интенсивности выраженная социальная поддержка выступает как буфер между стрессором и человеком, амортизирует его негативное воздействие, что позволяет сохранить хорошее здоровье.

III – модель ненаправленного эффекта. Согласно этой модели, позитивное воздействие социальной поддержки на здоровье оказывается не направленно, а опосредованно, например, через самооценку. Высокая социальная поддержка повышает самооценку, которая определяет сохранение здоровья. Низкая социальная поддержка формирует негативную самооценку, которая отрицательно влияет на здоровье.

Любая профилактическая работа требует оценки ее эффективности. Естественно, что оценка эффективности профилактических программ не должна быть субъективной. Необходим учет соответствующих критериев эффективности, а также использование строгого, но простого в использовании измерительного аппарата – батареи анкет, опросников и экспериментально-психологических тестов, которые позволяют с высокой степенью достоверности говорить о происходящих изменениях в результате профилактического вмешательства, корректировать действия, изменять направления работы, ее форму и содержание, если это необходимо. *Основными критериями эффективности профилактических программ являются:* уменьшение факторов риска злоупотребления наркотиками

и другими психоактивными веществами; усиление личностных ресурсов, препятствующих развитию саморазрушающих форм поведения; наличие навыков противодействия наркотизирующей среде, решения жизненных проблем, эффективного общения, поиска, восприятия и оказания социальной поддержки в сложных жизненных ситуациях, принятия ответственности за собственное поведение; развитие стратегий проблем преодолевающего поведения и избегания ситуаций, связанных с риском наркотизации.

### *Методы первичной профилактики зависимости от ПАВ*

Первичная профилактика имеет целью предотвратить возникновение нарушения или начала болезни, предупредить негативные исходы и усилить позитивные результаты развития индивида. Это может быть достигнуто несколькими путями:

-развивая и усиливая мотивацию на позитивные изменения в собственном жизненном стиле индивида и в среде, с которой он взаимодействует;

- направляя процесс осознания индивидом себя, поведенческих, когнитивных и эмоциональных проявлений своей личности, окружающей его среды;

- усиливая адаптационные факторы или факторы стрессорезистентности, ресурсы личности и среды, понижающие восприимчивость к болезни;

-воздействуя на факторы риска наркотизации с целью их уменьшения;

- развивая процесс самоуправления индивидом своей жизнью (управление само осознанием, поведением, изменением, развитием);

-развивая социально-поддерживающий процесс.

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

патологических исходов, редуцировать число лиц, у которых может быть начат патологический процесс, что определяет ее наибольшую эффективность. Она влияет, прежде всего, на формирование здоровья путем замены одних развивающихся процессов на другие. Сформировав активный, функциональный адаптивный жизненный стиль человека можно тем самым укрепить здоровье и предупредить развитие болезни. Данный вид профилактики способен охватить наибольшее число людей, влиять на население в целом, иметь наиболее эффективные результаты.

#### Цели, задачи и технологии первичной профилактики

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

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

Цель 2 – формирование мотивации на социально-поддерживающее поведение.

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

Цель 3 – развитие протективных факторов здорового социально эффективного поведения.

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

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

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

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

Социальные и педагогические технологии первичной профилактики осуществляются посредством:

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

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

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

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

#### *Методы вторичной профилактики зависимости от ПАВ*

Резкое преобладание числа потребителей психоактивных веществ и лиц, проявляющих поведение риска, являющихся социальным резервом роста

заболеваемости алкоголизмом и наркоманией над количеством больных, определяет поле воздействия вторичной профилактики. В целом она является развитием интегративной мультисистемной, в том числе и социально-поддерживающей, психотерапевтической модели. Главной целью вторичной профилактики является изменение дезадаптивных и псевдоадаптивных моделей поведения риска на более адаптивную модель здорового поведения.

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

По своей направленности на контингент риска вторичная профилактика является массовой, индивидуальной в отношении коррекции поведения отдельных лиц. Она включает в себя как социальные, психологические, так и медицинские меры специфического и неспецифического характера. Вторичная профилактика преследует ряд целей.

Цель 1 – формирование мотивации на изменение поведения.

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

Цель 2 – изменение дезадаптивных форм поведения на адаптивные.

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

Цель 3 – формирование и развитие социально-поддерживающей сети. Контингент – сверстники и взрослые (семья, учителя, специалисты, непрофессионалы).

Социальные технологии вторичной профилактики включают:

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

Медико-психологические и психотерапевтические технологии вторичной профилактики включают:

- Преодоление барьеров осознания эмоциональных состояний;
- Осознание формирующейся зависимости от наркотика как проблемы личности;
- Развитие эмоциональных, когнитивных и поведенческих стратегий проблем преодолевающего поведения (стратегии разрешения проблем, поиска и принятия социальной поддержки, распознавание и модификация стратегии избегания);
- Анализ, осознание и развитие личностных и средовых ресурсов преодоления проблемы формирующейся зависимости от психоактивных веществ. Развитие Я – концепции, коммуникативных ресурсов, социальной компетентности, ценностных ориентаций, когнитивного развития, интернального локуса контроля, принятие ответственности за свою жизнь, своё поведение и его последствия, восприятие социальной поддержки, изменение стереотипов поведения и ролевого взаимодействия в семье, формирование психологической резистентности к давлению наркотической среды.

### *Методы третичной профилактики зависимости от ПАВ*

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

Возможности третичной профилактики гораздо ниже, чем первичной и вторичной, так как эффект от превентивного воздействия определяется необходимостью замены патологических звеньев поведения индивида на непатологические. Данный вид профилактики является медицинским, однако базируется на сильной структуре социальной поддержки. Этот вид профилактики требует индивидуального подхода и направлен на предупреждение перехода сформированного заболевания в его более тяжелую стадию. Активность больного в борьбе с заболеванием, осознание им собственной ответственности за свое здоровье – обязательное условие проведения третичной профилактики.

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

Медико-психологические и психотерапевтические технологии третичной профилактики предусматривают:

- Мотивационную терапию;
- Тренинг профилактики рецидивов;
- Тренинг эмпатии, коммуникативной и социальной компетентности;
- Тренинг когнитивного развития

- Индивидуальную и групповую психотерапию, направленную на развитие личностных и средовых ресурсов.

В случае развития психической и физической зависимости от ПАВ необходимо психологически и медицински воздействовать на личность и семью зависимого.

### **3.3. Поведенческая коррекция: цели и принципы организации**

Поведенческая коррекция признается одной из наиболее адекватных и эффективных форм психологического воздействия на личность с отклоняющимся поведением. Поведенческий подход имеет ряд очевидных преимуществ. Для него характерны концептуальная четкость и относительная простота методов. Он непосредственно нацелен на поведенческие изменения и имеет выраженный практический характер. Поведенческая интервенция хорошо сочетается с фармакотерапией. Среди других ее достоинств: широкий спектр возможностей, наглядная результативность метода, краткосрочность.

Эффективность воздействия определяется его целями, которые, в свою очередь, формулируются на основе изучения ведущих механизмов и причин нежелательного явления. С момента зарождения бихевиоризма и до наших дней поведение личности преимущественно ассоциируется с внешними действиями, а поведенческие методы - с условными рефлексам. Тогда как современная поведенческая психология выходит далеко за рамки внешне наблюдаемого поведения. В настоящее время она является синтезом нескольких направлений, таких, как классическая поведенческая теория, необихевиоризм, когнитивный подход, теория социального научения, нейропсихология, копинг-теория. Более того, поведенческая психология широко использует данные, полученные в других областях психологической науки, например в психоанализе.

Интеграция психологических знаний закономерно привела к углублению самого понятия «поведение». Сегодня в структуре поведения выделяют несколько

взаимосвязанных уровней: мотивация, побуждающая к поведению; эмоциональные процессы, сопровождающие поведение; саморегуляция поведения; когнитивная переработка информации; наконец, внешне наблюдаемые проявления и действия.

Нарушения в данных подсистемах выступают причинами развития зависимости от ПАВ личности и определяют направления психологического воздействия.

Начать коррекцию необходимо с формулировки стратегической цели психологической помощи личности с зависимостью от ПАВ:

- формирование конструктивной мотивации (позитивных ценностей, ориентации на выполнение социальных требований и самосохранение);
- интеграция индивидуального опыта;
- совершенствование саморегуляции;
- повышение стрессоустойчивости и расширение ресурсов личности;
- выработка жизненно важных умений;
- устранение или уменьшение проявлений дезадаптивного поведения;
- расширение социальных связей и позитивного социального опыта личности;
- повышение уровня социальной адаптации.

Более частными и конкретными задачами психологического воздействия на отклоняющееся поведение личности могут выступать [11, с. 250]:

- устранение дефицита в поведенческих репертуарах;
- усиление адаптивного поведения;
- ослабление или устранение неадекватного поведения;
- устранение изнурительных реакций тревоги;
- развитие способности расслабляться;
- развитие способности самоутверждаться;

- развитие эффективных социальных навыков;
- достижение адекватного сексуального функционирования;
- развитие способности к саморегулированию.

Ведущую цель психологической коррекции отклоняющегося поведения личности можно сформулировать как достижение позитивных поведенческих изменений в выделенных направлениях.

Психологическая интервенция может осуществляться в форме консультирования, педагогической коррекции, тренингов, психотерапии. Также она может иметь вид индивидуальной, семейной или групповой работы. Во всех случаях, независимо от формы и условий, должны соблюдаться основные принципы поведенческой коррекции - наиболее общие требования к деятельности специалиста. Ведущими принципами поведенческой психологии являются: объективность, поведенческая оценка, системность и сотрудничество [5, 7, 11, 15]. При этом должны также соблюдаться общие принципы оказания психологической помощи, рассмотренные в предыдущей главе.

Принцип объективности предполагает ориентацию преимущественно на внешне проявляемые и измеряемые переменные. Это могут быть: эмоциональные реакции, высказывания, жесты, физиологические проявления (сердцебиение, покраснение, дрожь), двигательные реакции, симптомы (головокружение, спазм мышц, страхи), мысли, конкретные действия и поступки. Поведенческие проявления должны фиксироваться максимально конкретно (объективно) и систематически.

Другой важный принцип - поведенческой оценки - указывает на необходимость проведения функционального анализа поведения клиента. Поведенческая оценка проводится при первой же встрече, а также впоследствии для оценки эффективности работы или изменения тактики воздействия. Она

может осуществляться в форме заполнения таблицы с тремя колонками, каждая из которых, соответственно, содержит:

- стимулы и ситуации (что предшествовало поведению);
- поведенческие реакции личности (как реагировала личность);
- результаты и последствия данных реакций (что следовало сразу за поведением).

Например, агрессивное поведение фиксируется каждый раз, как только возникает, с отметкой о форме, силе и продолжительности во втором столбце. В первый столбец заносятся пометки о конкретной ситуации, в которой разворачивалось поведение, и стимулах, его вызывающих, например: время, окружение, конкретная фраза начальника. В третью графу помещают данные о последствиях данного агрессивного поведения - переживания и мысли самого человека или реакции окружающих людей.

Поведенческую оценку обычно проводят в ходе интервью с клиентом или людьми, хорошо его знающими. Другой распространенной формой анализа поведения является дневник самонаблюдения клиента. Также используются: прямое наблюдение за клиентом; получение информации от других специалистов; организация ролевых игр. Дополнительными источниками данных, необходимых для оценки, могут быть: медицинская информация, результаты анкетирования и тестирования, экспертные оценки.

Следующий принцип обязывает рассматривать отклоняющееся поведение личности в системе ее значимых отношений. Принцип системности предполагает оценку роли зависимого поведения в различных социальных системах и жизни личности в целом. Важно понимать, какую функцию симптоматическое поведение выполняет в различных ситуациях и системах (в семье, группе сверстников, учебно-профессиональной группе). Необходимо также оценить, как сами системы поддерживают дисфункциональное поведение.

Полученные данные позволяют определить: в чем суть проблем, они возникают и что способствует их закреплению. При этом важное значение имеет оценка функционального значения отклоняющегося поведения - той психологической «выгоды», которую человек из него извлекает и которая самоподкрепляет данное поведение.

В результате поведенческого анализа формулируются цели помощи, а также способы контроля ее эффективности. Поскольку у клиентов обычно бывает несколько проблемных областей, необходимо выявить степень опасности каждой из них, в соответствии с чем спланировать последовательность работы.

Поведенческая интервенция оценивается как достаточно авторитарная система, предполагающая контроль специалиста за поведением другого человека. Для личности с поведенческими проблемами возникает реальная опасность передачи ответственности за свое поведение специалисту. Все это делает особенно актуальным соблюдение принципа сотрудничества. В соответствии с данным принципом клиент не только должен проявлять осознанное желание изменения собственного поведения, но и активно участвовать в выборе целей и методов последующей работы (с учетом конкретных внутренних и внешних условий). Разделение ответственности происходит в форме заключения договора о сотрудничестве. Важную роль в повышении продуктивной активности личности играет самостоятельная работа (клиента) по выполнению домашнего задания в промежутках между терапевтическими встречами.

Таким образом, ведущим условием эффективности воздействия на отклоняющееся поведение личности является следование выделенным принципам поведенческой интервенции. Другим важным моментом, безусловно, можно назвать методы поведенческой интервенции. В настоящее время в поведенческой психологии используются следующие основные группы методов:

- стимулирование мотивации изменения поведения;

- коррекции эмоциональных нарушений,
- методы саморегуляции;
- методы когнитивного переструктурирования;
- методы угашения нежелательного поведения;
- методы формирования позитивного поведения.

Ниже рассмотрим основные методы и методики воздействия на поведение личности с зависимостью от ПАВ.

### *Стимулирование позитивной мотивации*

Работа с мотивацией клиента настолько сложна, что некоторые специалисты выдвигают в качестве главного условия для поведенческой терапии наличие уже сформированного желания изменения себя и своей жизни. Другие соглашаются на работу и с теми, кого «привели родственники», затрачивая массу усилий и времени на создание позитивной мотивации.

Работа с мотивацией начинается с первых минут поведенческого консультирования. Вопросом первостепенной важности является то, почему клиент обратился за помощью - какова мотивация его обращения. Нередко зависимые обращаются за психологической помощью не для устранения дезадаптивного поведения, а для сохранения его, надеясь «обыграть» специалиста и задобрить родственников. На данном этапе будут уместны прямые вопросы: Что Вы хотите получить от нашего сотрудничества? Что вы ожидаете от терапии? Чем я могу помочь вам? Также возможно использование приема раскрытия намерений с помощью уточняющих гипотез: «Вы обратились за помощью, потому что хотите успокоить ваших близких?»

Достаточно распространена методика конфронтации клиента на этапе заключения терапевтического контракта. При этом клиента побуждают убедить специалиста, что он действительно нуждается в помощи и желает изменений. Могут быть полезны следующие вопросы: Что плохого в таком поведении? Как

вы реально пострадали от него? Кому и какой вред вы нанесли? Какую плату вы готовы заплатить за то, чтобы избавиться от него? Зачем вам это нужно?

Конфронтируя клиента (оказывая легкое сопротивление), мы стимулируем его личную ответственность за свое поведение, а также активизируем процессы самовнушения. При выраженной склонности личности к оппозиционному поведению возможно использование приема открытой конфронтации, когда специалист прямо заявляет, что у клиента ничего не получится в силу тех или иных причин, например слабой воли, и ему нужно признать свое полное поражение.

Широко распространен прием оценки негативных последствий девиантного поведения. При этом клиента просят как можно подробнее, с конкретными примерами, рассказать о том, как он реально пострадал от своего поведения, какой вред он нанес своим близким и окружающим людям. В случае выраженного защитного Поведения клиента можно исследовать негативные последствия Конкретного вида девиантного поведения его друзей, родственников или знакомых. Консультант должен помочь клиенту спонтанно выразить такие чувства, как вина, раскаяние, стыд, боль, отвращение, злость, бессилие и отчаяние.

Достаточно эффективна методика проектирования будущего, которая предполагает подробное описание своего будущего при сохранении девиантного поведения и без него. Например, клиент представляет, какой будет его жизнь, если он будет продолжать пить, а затем - если он откажется от спиртного. Терапевт помогает не только конструировать образы, но и выражать свои переживания по их поводу. Для себя и своей новой жизни полезно подобрать метафоры. Если представление о будущем без девиантного поведения вызывает положительный эмоциональный отклик, целесообразно перейти к составлению плана действий по его достижению.

При достижении взаимопонимания переходят к заключению терапевтического договора. Договор регулирует отношения между участниками терапевтического процесса и является основным способом поддержания мотивации к изменениям на всем протяжении совместной работы. Он оформляется в виде письменного или устного контракта, содержащего цели, методы, условия, сроки работы, а также взаимные обязательства сторон. Выполнение договора обязательно для всех участников процесса. Стороны договариваются о своих действиях в случае нарушения контракта.

Важным мотивирующим моментом является дальнейшая проработка проблемы клиента. Совместно с консультантом он пытается ответить на следующие вопросы: Что для него значит отклоняющееся поведение? Что оно дает ему? Чего он лишится в случае освобождения от девиации? Клиент может поговорить со своей девиацией, если затрудняется ответить на вопросы. В случае проявления защитного поведения в форме сопротивления, отрицания или ухода от сотрудничества целесообразно использование невербальных способов самовыражения. Это могут быть рисунки на темы, связанные с девиантным поведением, например: «Я и наркотики», «Жизнь без наркотиков».

При стойком отрицании проблем и нежелании личности изменяться в позитивном направлении прибегают к более интенсивным методам воздействия. Прежде всего можно использовать потенциал семьи или референтной группы, перейдя в режим группового консультирования или семейной психотерапии. Эффективным методом стимулирования позитивных изменений выступает групповое убеждение. Для этого специально собирается группа значимых для девианта людей (друзья, коллеги по работе, родственники, в том числе дети не моложе восьми лет). Группа заранее готовится к беседе, например в случае химической зависимости, формируя адекватное представление о проблеме и определяя цели помощи. Специально составляются перечни конкретных

инцидентов, связанных с аддикцией, свидетелями которых были участники группы. Проводится репетиция убеждения. В итоге все авторитетные люди, например, поочередно рассказывают химически зависимому человеку о том, что по его вине происходило в их жизни, активно выражая свои чувства, при этом не осуждая и не критикуя самого зависимого. Далее жертве зависимости на выбор предлагаются конкретные варианты лечения и реабилитации.

Довольно жестким, но, к сожалению, единственно эффективным в некоторых случаях, является методика естественных последствий поведения. Суть приема - в предоставлении девианту полной свободы действий при делегировании ему всей ответственности за себя и свое поведение. При этом на личность перестают воздействовать (критиковать, убеждать, водить к специалистам) и лишают ее какой-либо поддержки. С определенного момента человек сам должен заботиться о себе, иногда семье приходится с ним просто расстаться. Отношения окружающих с данным человеком определяются жесткими правилами и условиями. Ему не верят на слово и не помогают просто так. Если он продолжает жить в семье, то его потребности удовлетворяются только в случае строгого выполнения им семейных правил. Например, семья может договориться о том, что в случае положительного результата теста на наркотики подросток на неделю лишается всех прав и какой-либо денежной поддержки. Родители могут отказать ему даже в обедах и крове до полного выполнения их условий. Другим условием может стать согласие аддикта на получение специальной помощи.

В ходе работы периодически приходится обсуждать вопрос о силе и способах сопротивления клиента позитивным изменениям и терапии.

В некоторых случаях для формирования мотивации позитивных изменений целесообразно помещение личности в иную социальную среду, например сменив место жительства при включенности подростка в асоциальную группировку.

Работа с мотивацией является неотъемлемой составляющей всех этапов поведенческой интервенции. Специалист может выбирать доступные для него и адекватные для клиента методики стимулирования мотивации позитивных изменений. При этом главным фактором, побуждающим клиента к сотрудничеству, являются личные отношения между ним и специалистом, основанные на честности, ответственности, поддержке и уважении.

#### *Методы коррекции эмоциональных состояний*

Другим направлением работы с зависимым поведением является коррекция эмоциональных состояний. Зависимое поведение сопровождается широким кругом негативных эмоций, особенно тревогой, страхом и агрессией. Существуют два основных способа коррекции негативных эмоциональных состояний - уменьшение их силы (например, по методике систематической десенсибилизации) и выработка альтернативных реакций (например, в форме тренинга релаксации или уверенности).

Неадаптивное поведение человека действительно во многом определяется тревогой. Однако следует избегать завышенных оценок. Например, индивид может испытывать чувство тревоги при необходимости принять профессиональное решение просто потому, что он не имеет адекватных для этого навыков. В таких случаях тревогу следует уменьшать, обучая необходимым навыкам. Если же в ходе поведенческого анализа у клиента выявляются специфические тревоги или фобии, а не просто общая напряженность, целесообразно использовать специальные методики, например систематическую десенсибилизацию.

Систематическая десенсибилизация, разработанная Д. Вольпе [11, 15, 19], включает в себя три элемента:

- а) обучение глубокой мышечной релаксации;
- б) выстраивание иерархии стимулов, вызывающих тревогу;

в) предложение клиенту, пребывающему в состоянии релаксации, вообразить объекты из иерархий, вызывающие тревогу.

Перед началом работы необходимо кратко разъяснить клиенту суть методики. Иерархия тревог - это своего рода список вызывающих тревогу стимулов (ситуаций). Для каждой ситуации определяется уровень тревоги. Обычно потенциал вызывающих тревогу стимулов оценивают следующим образом. Принимается, что оценка «0» соответствует полному отсутствию чувства тревоги, а оценка «100» соответствует максимальной выраженности чувства тревоги, которое может возникнуть в связи с данным видом стимула. Таким образом, составляется иерархия стимулов - субъективная шкала тревоги.

Ситуации, вызывающие тревогу, группируются по темам, например публичное выступление, сдача экзаменов, езда в общественном месте, общение с представителями противоположного пола. Стимулам и темам, которые наиболее часто нарушают функционирование клиентов, надо уделять больше всего внимания. Работа может быть проделана совместно или самостоятельно (при выполнении домашнего задания).

Далее при проведении десенсибилизации клиентов просят расслабиться и как можно реальнее вообразить сцены, связанные с тревожными ситуациями. Например, консультант может сказать: «Теперь представьте, что вы думаете об экзаменах. До экзаменов остается три месяца, вы готовитесь к ним, сидя за своим столом...» Сначала клиентам предлагают представить сцену, вызывающую у них наименее выраженное чувство тревоги (в соответствии с выстроенной иерархией), и просят поднимать указательный палец при ощущении любой тревоги. Если клиенты не чувствуют никакой тревоги, через 5- 10 с консультанты просят клиентов прекратить представление данной сцены и вновь расслабиться. Через 30 - 50 с можно попросить клиентов вообразить ту же самую сцену снова. Если эта сцена опять не вызывает чувства тревоги, консультанты отменяют ее, в течение

некоторого времени проводят процедуру расслабления и переходят к следующему пункту иерархии.

В тех случаях когда клиент поднимает указательный палец, чтобы сообщить о возникновении чувства тревоги, сцену немедленно отменяют. Консультант просит клиента глубоко расслабиться и затем снова представить данную сцену один или несколько раз. Если сцена неоднократно вызывает тревогу, можно представить пункт иерархии, вызывающий менее выраженное чувство тревоги. Последовательно предъявляя ситуации, вызывающие относительно слабую тревогу, мы достигаем спокойного к ним отношения. Тем самым снижается чувствительность и к другим тревожащим ситуациям, клиент - десенсибилизируется.

Основную процедуру систематической десенсибилизации можно модифицировать. К методу десенсибилизации *in vivo*, или в реальной жизни, обычно прибегают, если у клиентов возникают трудности с воображением или, напротив, ситуации уже достаточно проработаны в образном плане. При этом клиентов побуждают проверять свое поведение в реальных ситуациях, относительно которых они были десенсибилизированы в воображении. Например, клиента, который боится выступать публично, можно приводить в состояние релаксации в начале каждого занятия, предлагая ему поговорить с незнакомыми людьми в реальной ситуации. С каждым разом число собеседников следует увеличивать; кроме того, собеседники должны предъявлять к клиенту все более высокие требования.

Другим вариантом методики является контактная десенсибилизация, применяемая обычно в работе с детьми. В этом случае также составляется список индивидуально непереносимых ситуаций, ранжированных по значению. Но ситуации поочередно моделируются и решаются другим человеком, не имеющим аналогичных проблем. Затем ситуация отрабатывается с тем, кому эта проблема

принадлежит. Методика может использоваться в группе подростков (7 - 9 человек), меньшая часть которых имеет проблемы в поведении.

Еще один вариант методики - эмотивное воображение. Здесь используется образ любимого героя ребенка, его кумира или значимого человека. В этом образе ребенок постепенно сталкивается с ситуациями и преодолевает их. Методика включает этапы:

- составление иерархии ситуаций и объектов, вызывающих тревогу;
- выявление любимого героя, с которым бы ребенок себя легко идентифицировал;
- воображение любой жизненной ситуации при закрытых глазах вместе с героем;
- решение тревожащей ситуации (из списка) в образе героя.

Как только ребенок демонстрирует спокойно-уверенное поведение, переходят к следующей по списку ситуации. Затем ребенка побуждают вести себя уверенно в аналогичных ситуациях в реальной жизни.

Систематическая десенсибилизация может использоваться в работе как с отдельными клиентами, так и с группами. Например, консультант может одновременно работать с несколькими студентами, которые боятся экзаменов, вместо того чтобы заниматься с каждым студентом индивидуально. Систематическая десенсибилизация может использоваться не только в случае фобий или неуверенного поведения, но и в отношении других негативных переживаний. Кроме релаксации могут быть использованы другие ингибиторы (несовместимые реакции) тревоги. Это юмор, отношения безопасности и поддержки, переживание успеха.

В целом десенсибилизацию можно представить следующим образом. Страх, тревога могут быть подавлены, если стимулы, их вызывающие, связать во времени со стимулами, антагонистичными страху, например с релаксацией. Первоначально

исследуются психологические трудности, на основе чего составляется иерархия ситуаций, вызывающих тревогу (от менее к более значимым). Затем происходит обучение релаксации. На третьем этапе у человека, находящегося в состоянии глубокой релаксации, вызываются представления о ситуациях, рождающих у него страх. При этом последовательно происходит снижение тревоги. Десенсибилизация в реальной жизни включает только два этапа: составление иерархии ситуаций, вызывающих тревогу, и собственно десенсибилизация через тренировку в реальных ситуациях (их многократное повторение в жизни при поддержке специалиста). Тренировка в реальной жизни может быть также заменена тренировкой в группе.

Метод «наводнения» или импловзивная терапия заключается во внезапном предъявлении клиенту сцен, вызывающих у него чрезвычайно сильную тревогу. Если десенсибилизация направлена на торможение страха, то методика «наводнения», напротив, основана на его максимальном переживании. В данном случае также составляется список пугающих ситуаций. Клиента просят с максимальной выразительностью вообразить ситуацию, вызывающую страх, свободно выражая все возникающие чувства. Цель терапевта - поддержание страха на максимально высоком уровне при переходе ко все новым и новым ситуациям из индивидуальной шкалы тревоги.

При этом личность должна встретиться лицом к лицу со своими кошмарами, нередко идущими из детства, и разрушить привычный эмоциональный стереотип. Считается, что переживание очень сильного страха в условиях поддержки и безопасности способствует его угашению. Процедура длится до тех пор, пока тревога не иссякнет, на что в большинстве случаев требуется от 10 мин до 1 ч. Иногда клиенты оказываются настолько подавленными, что прерывают занятие. Однако применение метода «наводнения» нередко приводит к улучшению состояния при лечении разнообразных фобий. В целом же десенсибилизация

признается более эффективной, чем метод «наводнения». Кроме того, десенсибилизация имеет дополнительное преимущество - это менее стрессовый метод.

Рассмотренные методы коррекции эмоциональных состояний могут сочетаться с игровой терапией (у детей), творческим самовыражением (рисование, театрализация), телесной терапией, гештальттехниками, психоаналитической терапией.

### *Методы саморегуляции*

Саморегуляция - следующая важная «мишень» психологического воздействия. Процедуры релаксации могут использоваться сами по себе или быть частью более сложных методов, например систематической десенсибилизации. Наиболее распространенным методом является тренинг релаксации, основы которого разработаны Э.Джекобсом. Джекобсон считал, что такие рефлекторные реакции, как гипервозбуждение и гиперраздражение, связаны с состоянием, которое он назвал нервно-мышечная гипертензия [11, с. 256]. Симптомы гипертензии встречаются очень часто, в том числе при общей напряженности, напряженном ритме жизни, проблемах самоконтроля, бессоннице, головных болях. Обучение релаксации (расслаблению) является важной задачей, для решения которой была предложена методика прогрессирующей релаксации, также известная под названием аутотренинг.

Существуют различные по форме, но схожие по содержанию варианты процедуры прогрессирующей мышечной релаксации. В начале обучения разъясняются цели процедуры, ее элементы и их назначение. Клиенты должны убедиться, что навыки релаксации помогут им справиться с определенными проблемами.

Процесс обучения состоит из пяти основных этапов:

➤ на первом - клиентов обучают фокусировать внимание на

определенной группе мышц;

- на втором - вызывать напряжение этой группы мышц;
- на третьем - добиваются навыка фиксации, сохранения напряжения в течение 5 - 7 с;
- на четвертом - проводится обучение освобождению от напряжения;
- на пятом - внимание специально фокусируется на снижении Напряжения в мышцах или на полной релаксации данной группы.

Клиенты должны хорошо освоить цикл «фокусировка - напряжение - фиксация - освобождение-расслабление» и применять его при выполнении домашнего задания. Консультант демонстрирует отдельные приемы на собственном примере и сопровождает действия специальными фразами, например: «Я фокусирую все мое внимание на правой руке и на правом предплечье, и я хочу, чтобы вы делали то же самое»; «Я сжимаю правый кулак и напрягаю мышцы нижней части руки... теперь я как можно быстрее снимаю напряжение в правой кисти и в нижней части руки... я расслабляю правую руку и предплечье, позволяя напряженности уходить дальше и дальше и позволяя мышцам становиться все более расслабленными... напряжение исчезает и появляется ощущение все более и более глубокой релаксации». На первом занятии цикл для каждой группы мышц желательно пройти дважды.

Чтобы облегчить обучение, все мышцы тела делятся на 16 групп. Консультант последовательно дает указания по созданию напряжения в каждой группе мышц:

- сожмите правый кулак и напрягите мышцы нижней части руки;
- согните правую руку в локте и напрягите мышцы верхней части правой руки;
- сожмите левый кулак и напрягите мышцы нижней части руки;
- согните левую руку в локте и напрягите мышцы верхней части левой

руки;

- поднимите брови как можно выше;
- крепко зажмурьте глаза и наморщите нос;
- сожмите зубы и растяните углы рта;
- с силой потяните подбородок вниз к груди, не давая ему коснуться ее;
- сведите лопатки вместе и сделайте глубокий вдох;
- напрягите мышцы живота так, будто кто-то собирается вас в него

ударить;

➤ напрягите мышцы верхней части правой ноги, подтягивая верхние мышцы вниз, а нижние мышцы - вверх;

- вытяните правую ногу и тяните пальцы ноги по направлению к голове;

- встаньте на кончики пальцев правой стопы и поверните стопу

вовнутрь;

➤ напрягите мышцы верхней части левой ноги, подтягивая верхние мышцы вниз, а нижние - вверх;

- вытяните левую ногу и тяните пальцы ноги по направлению к голове;

- встаньте на кончики пальцев левой стопы и поверните стопу вовнутрь.

Как только клиент освоит прием напряжения различных групп мышц, консультант предлагает ему выполнить эти упражнения с закрытыми глазами. После того как весь цикл оказывается пройден, выясняется, достигнуто ли полное расслабление. Если нет, клиент должен поднять указательный палец, а консультант выслушать клиента. Полной релаксации не следует ожидать немедленно. Если же она затруднена, через какое-то время можно пройти цикл «напряжение - расслабление» повторно. Допускается изменение порядка группировки мышц и способа напряжения с учетом индивидуальных различий. В конце занятия консультант может попросить клиентов сосредоточиться на чем-то самом приятном.

Тренировка требует минимум 8 - 9 сеансов (ускоренный вариант). Одновременно дважды в день проводятся самостоятельные упражнения по 15 - 20 мин (последнее - перед сном). Выполнение домашних упражнений специально обсуждается для нахождения оптимальных условий и стратегий расслабления. Регулярная регистрация успехов (продвижения) повышает вероятность продолжения занятий.

После освоения полной процедуры мышечной релаксации переходят к освоению ее кратких вариантов - релаксации сначала семи, а затем только четырех групп мышц.

Мышечная тренировка сопровождается вербальной релаксацией. Вербальные процедуры релаксации подразумевают либо инструктирование клиентов консультантами, либо самоинструктирование. Эти навыки позволяют использовать релаксацию в любых жизненных ситуациях.

Ментальная релаксация также расширяет возможности клиентов и усиливает эффект процедуры. Она обычно подразумевает представление (воображение) конкретной спокойной, приятной сцены. Консультанты могут выяснить, какие сцены клиенты находят особенно благоприятными, и помогать им вербально. Ментальная релаксация часто используется после мышечной релаксации.

Дифференцированная релаксация подразумевает сочетание минимального напряжения мышц, участвующих в совершении действия, с расслаблением других мышц.

Другой процедурой, помогающей справляться со стрессом, является условная релаксация. Консультанты обучают клиентов связывать ключевое слово, например «покой» или «отдых», с состоянием глубокого расслабления, которого можно достичь посредством прогрессирующей мышечной релаксации. В

дальнейшем клиенты могут использовать ключевое слово для подавления чувства тревоги.

Консультанты должны не только обучать клиентов различным Процедурам релаксации, но и побуждать их регулярно снимать Нервное напряжение в реальной жизни. Большое значение имеют прямые рекомендации клиенту: полноценно отдыхать, не брать на себя чрезмерных обязательств, выделять достаточно времени для еды и сна, сохранять физическую форму.

В зависимости от опыта и личных качеств консультантам требуется различное количество занятий, для того чтобы обучить клиентов релаксации, а клиентам - приобрести необходимые навыки. Обучить клиентов прогрессирующей мышечной релаксации возможно приблизительно за 6 занятий, если при этом обучающиеся выполняют упражнения дома ежедневно 2 раза в день по 15 мин. Важно объяснить клиентам, что цель научения релаксации - не развитие способности управлять мышцами само по себе, а развитие умения достигать состояния, характеризующегося эмоциональным спокойствием.

Наряду с тренингом релаксации используют метод формирования стратегии самоконтроля. При этом первоначально клиента обучают самонаблюдению за собственным поведением: в постановке личных целей, в планировании постепенных шагов к цели, в нахождении значимых подкреплений позитивного поведения! Самонаблюдение часто осуществляется в форме дневника. Клиенты также могут составлять диаграммы (например, диаграмму, отражающую изменения веса) или заполнять учетные листы (например, учетный лист, показывающий количество выкуренных сигарет в динамике). Самонаблюдение повышает уровень осознания и самоконтроля. Оно также используется для оценки прогресса.

После развития навыков самонаблюдения переходят к формированию самоконтроля. Существуют две основные стратегии самоконтроля, которыми

могут воспользоваться клиенты. Во-первых, клиенты могут попытаться изменить окружающую среду (контроль стимула) в соответствии со своими целями до совершения действий. Например, людям, занимающимся по программам снижения веса, предлагается: следить за тем, чтобы пища находилась вне поля зрения, до нее было нелегко добраться, а количество ее было ограничено. Целесообразно покупать одежду меньшего размера. Также по возможности следует избегать контактов, способствующих перееданию.

Во-вторых, клиенты могут награждать себя после совершения действий, способствующих достижению цели, используя положительное самоподкрепление. Самоподкрепляющую силу имеет: что-то, выходящее за рамки повседневной жизни (например, новый предмет одежды или особое событие); что-то приятное, что мы делаем редко; наконец, самозаявления (например, каждый раз при воздержании от употребления алкоголя человек говорит себе: «Отлично», «Я молодец», «Я доволен, что сделал это»).

Эффективность самоподкрепления зависит от выбора вознаграждения и от его соответствия цели. Сложные цели могут быть разбиты на несколько этапов, чтобы клиенты вознаграждали себя за последовательное достижение все более важных целей. Составление односторонних (с самим собой) и двусторонних «контракт» также способствует развитию у клиентов навыков самосовершенствования.

### *Когнитивное переструктурирование*

Наряду с эмоциональными проблемами и трудностями саморегуляции, причинами нарушенного поведения могут быть искажения в когнитивных процессах, таких, как восприятие, установки, интерпретации, умозаключения и т.д. При изменении их содержания можно ожидать изменений и в эмоциональной, и в поведенческой сферах.

Первым приемом когнитивного переструктурирования может быть обращение внимания на противоречия в суждениях или рассказе клиента.

Другой распространенной методикой является идентификация и коррекция дисфункциональных мыслей. Например, депрессия и химическая зависимость часто сопровождаются такими негативными убеждениями, как: «Я плохая (плохой)», «Меня нельзя любить», «Я не могу заинтересовать людей», «У меня ничего не получается», «Я должна всем понравиться». При этом факты и оценки окружающих нередко противоречат суждениям клиента, но игнорируются им.

Негативные мысли и относящиеся к ним общие установки тщательно исследуются и идентифицируются: выявляются, получают название в терминах клиента, записываются. В следующей, проверочной, фазе логическая правильность и последовательность этих идей и установок подвергается критической оценке. Важно, чтобы клиент сам исследовал свое поведение и убедился в неадекватности дезадаптивных мыслей, а также в том, что они являются причиной многих его бед.

В заключение разрабатываются альтернативные возможности интерпретации и оценки, которые апробируются в реальных ситуациях. Например, консультант просит клиента продумать и написать более адекватные утверждения напротив каждой из дисфункциональных установок. Затем эти утверждения можно повторять в нужных ситуациях как самоинструкцию.

Области применения метода когнитивного переструктурирования в настоящее время довольно широки: депрессии, страхи, суицидальные намерения, состояния зависимости, навязчивости. Более того, современные поведенческие психологи настолько часто используют когнитивные методики, что направление в целом правильнее назвать когнитивно-поведенческой психологией [8, 11, 15, 20].

*Методы угашения нежелательного поведения.*

Наказание

Существуют различные способы угашения нежелательных действий. Наказание - наиболее распространенный метод. Он может включать самые различные формы: тайм-аут, использование негативных последствий реакции, предъявление аверсивного (крайне неприятного) события.

Тайм-аут - это процедура, которую поведенческие консультанты часто рекомендуют использовать при работе с агрессивными или чрезмерно подвижными детьми. При этом ребенка просто удаляют из ситуации, в которой негативное поведение может получить подкрепление. Например, негативное поведение ученика в классе может подкрепляться вниманием со стороны преподавателя и одобрением сверстников. Но и то и другое оказывается недоступным, когда ребенка вынуждают покинуть класс. В случае же неприемлемого поведения маленького ребенка, его помещают в отдельную комнату на короткое время (от 5 до 20 мин). При этом ребенок заранее должен быть информирован о правилах поведения и последствиях плохого поведения. Перед наказанием следует однократное предупреждение. Если же сделанное предупреждение остается без внимания, применять тайм-аут следует настойчиво и систематически.

Использование издержек реакции (или методика негативных последствий) подразумевает прежде всего лишение человека подкрепляющих стимулов тогда, когда он демонстрирует нежелательное поведение. Подкрепляющими стимулами могут быть: любимые занятия, свободное время, подарки, сладости, одобрение и внимание окружающих, успех.

Другим вариантом издержек реакции являются негативные реакции окружающих людей на отклоняющееся поведение личности. Самые распространенные и действенные формы негативных реакций - осуждение (особенно групповое), выражение гнева, физическое наказание, угрозы. Например, по отношению к клиентам, нарушающим терапевтический контракт, консультант

может применить штрафные санкции (в денежном эквиваленте) или выразить свое недовольствие.

Иногда (достаточно редко) поведенческие консультанты побуждают клиентов использовать неприятные последствия или самонаказание. Например, человек, желающий снизить вес, может отдавать определенную сумму денег за каждые 100 калорий, превышающих ежедневную норму, или же может использовать специальный одеколон с особо ядовитым запахом после каждого внепланового приема пищи. Кроме того, неприятные последствия можно просто вообразить. Например, кто-то, кто решил бросить курить, представляет, что его ругают или у него появляются боли после каждой выкуренной сигареты.

Аверсивные методы относятся к более спорным технологиям, так как связаны с намеренным усилением страданий клиента. Они обычно применяются в клинической обстановке, а не в процессе консультирования. В основе аверсивного метода лежит воздействие, вызывающее выраженный дискомфорт: боль, страх, отвращение, например, удар током при мысли о еде или провокация рвотного рефлекса при употреблении алкоголя.

При использовании приведенных методик следует иметь в виду, что наказание эффективно, если оно: понятно личности, основано на правилах, используется последовательно и непременно сочетается с позитивным подкреплением альтернативных (одобряемых) реакций. В целом наказание действительно приводит к снижению вероятности отклоняющегося поведения, но при этом оно, к сожалению, не повышает частоту желательных действий.

#### *Методы формирования позитивного поведения*

Наиболее распространенным методом формирования желательного поведения является подкрепление. В его основе лежит преимущественно оперантный принцип обусловливания. Следует отметить, что как положительное, так и негативное подкрепление усиливают вероятность возникновения реакции.

Положительные подкрепляющие стимулы предполагают предъявление чего-то, а отрицательные подкрепляющие стимулы - удаление чего-то в данной ситуации.

Позитивное подкрепление - главный метод изменения поведения. Условия успеха:

- подкрепление должно быть индивидуально значимым;
- подкрепление должно применяться систематически и немедленно вслед за желательным поведением;
- связь между желательным поведением и используемым при этом подкреплении должна быть достаточно четкой.

Подкрепление можно осуществлять непосредственно (с помощью реальных подкрепляющих стимулов) или косвенно (с помощью символов, жестов). Кроме того, подкрепление может быть опосредованным, когда клиенты наблюдают за моделями - людьми, которые получают награду за желательное поведение.

Иногда положительное подкрепление может вознаграждать неправильное поведение. Например, подросток в ответ на суицидальную попытку может получить награду - повышенное внимание и заботу семьи, вместо того чтобы подкреплялось его независимое поведение.

Многие подкрепляющие стимулы, такие, как похвала или проявление интереса, люди непроизвольно используют в ходе повседневной жизни. Метод подкрепления предполагает целенаправленное его применение с целью усиления адаптивных видов поведения и ослабления и устранения неадекватных его форм. Первоначально проводится идентификация подкрепляющих стимулов. Для этого необходимо выяснить, что именно является подкрепляющими стимулами для конкретного человека. Также можно предложить клиенту составить шкалу «приятных событий» или список условий, улучшающих настроение. При работе с детьми для представления подкрепляющих стимулов вместо слов можно

использовать картинки, на которых изображены потенциально приятные деятельности.

Подкрепляющие стимулы соотносятся с тремя жизненно важными сферами:

- взаимодействие (отношения);
- переживания, несовместимые с депрессией (агрессией);
- действия, повышающие самооценку с помощью ощущений

адекватности и компетентности (творчество, успех, любимое занятие и т.д.).

Консультант и ближайшее окружение могут широко использовать выявленные стимулы для подкрепления желательного поведения личности с девиацией. Также клиента побуждают использовать подкрепляющие стимулы каждый раз при действиях, соответствующих его целям.

С целью формирования более позитивного поведения также используют программы жетонного подкрепления. Жетоны - это вещественные условные подкрепляющие стимулы (очки, значки, фишки), которые могут быть обменены на подкрепляющие стимулы. Последние могут выглядеть как право участия в интересной деятельности, ценные призы, лакомства и т.п. Программы жетонного подкрепления должны включать в себя четкие правила обмена, определяющие, какое количество жетонов требуется для получения подкрепляющих стимулов. Данный метод широко используется в различных учреждениях (больницах, местах заключения). Он достаточно популярен среди детей.

При применении жетонов частота дурного поведения существенно уменьшается. Однако вслед за отменой жетонного подкрепления может наблюдаться и уменьшение случаев желательного поведения. В связи с этим целесообразно постепенно сводить на нет жетонное подкрепление, заменяя его, например, похвалой и самоподкреплением. Клиентам не следует пассивно полагаться на окружающих, они должны определять и активно разыскивать

людей, виды деятельности и ситуации, которые могли бы обеспечить им желательное подкрепление.

Программы подкрепления и жетонная система могут включать в себя работу со значимыми другими, например обучение преподавателей или родителей процедурам подкрепления (для отдельных детей или для детских групп). Кроме того, как преподаватели, так и родители должны отдавать себе отчет в том, что они могут по неосторожности подкрепить некоторые виды поведения, который по их словам, они пытаются устранить.

Формирование желательного поведения может осуществляться в форме активного социального обучения адаптивным поведенческим реакциям. Нередко уже при проведении поведенческой оценки выявляется дефицит ведущих социальных навыков. Клиенты не умеют выслушивать собеседника, предоставлять обратную связь и самораскрываться, демонстрировать уверенность, разрешать конфликты, сопротивляться негативному влиянию среды или принимать решения. Репетиция поведения - это один из методов профессионального консультирования, широко используемый в случаях отклоняющегося поведения. Данный метод может иметь форму тренинга, групповых игр, моделирования и разыгрывания ситуаций.

На первых этапах работы выявляются области, в которых клиенты испытывают трудности, и стимулируется мотивация к обучению. Далее определяются виды желательного поведения, наиболее адекватного в проблемных ситуациях. Затем клиентам предоставляется возможность потренироваться, реагируя на определенные ситуации в процессе ролевой игры (консультанты, как правило, играют роль «оппонентов»). Наконец, клиентов побуждают применять репетируемое поведение в реальных жизненных ситуациях, одобряя их в случае успеха и подкрепляя адаптивное поведение.

Тренинг ассертивности, пожалуй, имеет наибольшее значение при проведении репетиции поведения. Д. Вольпе определил ассертивное поведение как «приемлемое выражение любой отличной от тревоги эмоции, имеющей отношение к другому человеку» [11, с. 269].

На первых порах использования методики тренинг ассертивности был направлен на отстаивание человеком своих прав и интересов. В последнее время его направленность несколько изменилась. Область его применения расширилась в связи с включением в тренинг развития навыков проявления и точной передачи эмоционально теплого поведения там, где это уместно. Таким образом, ассертивное поведение теперь включает в себя социально-приемлемое выражение как положительных, так и отрицательных чувств.

Тренинг ассертивности основан на выделении трех видов поведения:

- неассертивное, или заторможенное, поведение, при котором люди жертвуют своими интересами;
- агрессивное поведение, при котором люди «усиливаются» за счет других;
- ассертивное поведение, при котором выигрывают обе взаимодействующие стороны.

Недостаток уверенности в себе или агрессивность могут быть либо общеличностным свойством, либо чертой, проявляющейся лишь в специфических ситуациях. На первом этапе поведенческой оценки решается вопрос, в каком виде тренинга клиент нуждается - в общем или в специфическом. На втором этапе Формируется мотивация клиентов на сотрудничество. Полезно изучить взгляды и убеждения клиентов, чтобы опираться на них впоследствии. Например, нужно помочь членам религиозных культов понять, что они станут более эффективными и как люди, и как верующие, если перестанут отвергать свои потребности и чувства (что всегда связано с психологическими потерями).

На третьем этапе определяют, какой вид альтернативного поведения может быть подходящим в определенных ситуациях например при необходимости оказать сопротивление негативному влиянию референтной группы. Клиентам можно порекомендовать наблюдать за людьми, которые действуют эффективно. При этом следует принимать во внимание индивидуальные стили поведения клиентов и помогать им формировать такое поведение, которое будет как можно более «естественным» для них. Реакции, которые представляются уместными консультантам, могут оказаться неподходящими для конкретного клиента. Важен также правильный выбор времени: клиентов не следует побуждать к решению ассертивных задач тогда, когда они еще к этому не готовы. Следовательно, может возникнуть необходимость построения иерархии ассертивных задач, сложность которых постепенно повышается.

На четвертом этапе осуществляется репетиция ассертивного поведения. Важно фокусировать внимание клиентов не только на вербальных составляющих поведения, но и на других его компонентах, таких, как контакт глаз, позы, жесты, выражение лица, тон и громкость голоса, интонации, плавность речи.

На пятом этапе клиентов побуждают применять приобретенные на занятиях знания в реальной жизни, например с помощью домашнего задания соответствующего уровня сложности. В интервалах между занятиями обучающиеся также могут самостоятельно пытаться применять адаптивные социальные навыки в реальной жизни. Наличие таких попыток указывает на адекватность поведения клиентов. Кроме того, пробуя и экспериментируя, клиенты определяют, какие еще поправки следует внести в поведение.

Тренинг ассертивности можно применять в форме индивидуальной, групповой работы или в форме самопомощи. Группы могут быть гетерогенными (например, группа из подростков без проблемного поведения и с делинквентным поведением) или гомогенными (например, группа наркозависимых подростков).

Следует иметь в виду: вследствие сопротивления клиентов позитивным изменениям могут возникать конфликты между консультантом и клиентами, что всегда следует предвидеть как возможную трудность.

В практике поведенческого консультирования наряду с тренингом асертивности используются и другие технологии, позволяющие расширять позитивный поведенческий репертуар личности. Это - тренинги уверенности, коммуникативных навыков, принятия решения, резистентности к социальному давлению, разрешения конфликтов. При этом используются самые разнообразные приемы поведенческой психологии, например ролевые игры и игровые упражнения, тренинг в повседневных ситуациях, обучение на додели, позитивное подкрепление, видеотехники, групповые дискуссии, способы самоконтроля и т.д.

Методы, используемые консультантом в профессиональной деятельности, должны быть адекватны как проблемам клиента, так и возможностям консультанта. В настоящее время в работе с личностью, имеющей отклоняющееся поведение, чаще используется интегративный подход, предполагающий комбинацию взаимодополняющих теорий и методов. Интегративный подход также определяет сочетание различных форм работы. Например, для подростка с зависимым поведением может быть адекватной следующая схема психологической помощи: семейное консультирование - семейная системная психотерапия - социально-психологическая реабилитация подростка и групповая психотерапия - индивидуальная психотерапия в сочетании с семейным консультированием.

Хочется еще раз подчеркнуть, что семейное консультирование и семейная психотерапия являются приоритетным направлением в работе с детьми и подростками [5, 21]. Если сотрудничество с семьей по каким-либо причинам затруднено, если семья не может выполнять воспитательных функций, подросток с девиантным поведением должен включаться в другую социальную группу -

тренинговую, психотерапевтическую или реабилитационную. Работа с девиантным поведением - это работа с нарушенным социальным поведением, поэтому его изменение возможно только через включение личности в поддерживающие и конструктивные социальные системы. Одна из ведущих задач психолога состоит в проектировании социотерапевтической среды, а также новых конструктивных отношений личности.

Разнообразие методов и методик не может преуменьшить роль личности консультанта. На всех этапах совместной работы поведение специалиста остается ведущим источником подкрепления позитивных изменений в поведении клиента, а личность консультанта - основным инструментом его профессиональной деятельности. Считается, что консультанты, проявляющие высокий уровень таких профессионально важных качеств, как эмпатия, внимание, бескорыстная сердечность и искренность, работают более эффективно. Это объясняется тем, что искренне сопереживающие своим клиентам консультанты оказывают на них положительное воздействие независимо от используемого метода.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Рассмотрение проблем профилактики и коррекции зависимости от ПАВ в подростковом возрасте показало, что для решения насущных задач важное значение имеет мотивационно-потребностная сфера личности.

Необходимо отметить, что какой бы уровень профилактики мы не рассматривали, основным показателем эффективности профилактической деятельности является изменение рискованного в отношении ПАВ поведения на безопасное, направленное на сохранение и поддержание здоровья.

В ходе изучения мотивационно-потребностной сферы подростков с наркозависимым и «нормативным» поведением выявлено, что различия заключены в изменении механизма удовлетворения потребностей, а также в нарушении мотивов деятельности.

Мотивационно-потребностную сферу наркозависимых подростков чаще отличает конфликт между положительными и отрицательными потребностями, напряженность потребностных состояний, а также ослабление внутреннего контроля, что, в свою очередь, приводит к появлению агрессивности и импульсивности в поведении.

Для подростков с наркозависимым поведением характерно нарушение мотивов деятельности, при этом ведущие мотивы поведения могут постепенно утрачивают свои функции и подменяться менее значимыми мотивами деятельности.

Психологические особенности подростков с наркозависимым поведением проявляются: в проблемах общения и коммуникации, их социальное положение значительно менее устойчиво, поскольку у подростков данной группы почти полностью утрачены связи со средой «нормативного» типа, что в свою очередь приводит к искажению социального развития индивида. Кроме того, их характеризует низкая стрессоустойчивость и интропунитивные реакции.

В наркозависимой группе испытуемых значительно больше представлено подростков неустойчивого и гипертимного характерологического типа. Среди «нормативных» подростков выявлены акцентуации сензитивного и лабильного типов.

По результатам изучения направленности деятельности наркозависимых и «нормативных» подростков можно заключить, что у подростков-наркоманов доминируют индивидуалистические мотивы. Поэтому в тех случаях, когда взрослые применяют тактику принуждения подростков к определенным действиям, это нередко приводит к ярко выраженной реакции негативизма. В результате подросток может переключиться на более приемлемую для него деятельность - иллюзорно-компенсаторную.

У подростков с «нормативным» поведением преобладают коллективно-групповые и личностно-групповые мотивы деятельности. Они способствуют формированию у подростков склонности к активным, деятельным, эмоциональным реакциям и выработки устойчивой рациональной позиции в трудных ситуациях.

Все сказанное и определяет необходимость рассмотрения вопросов организации профилактики и реабилитации детей и подростков.

Также хотелось бы подчеркнуть, что мы понимаем задачу профилактики исследуемых социально-значимых заболеваний как комплексную, требующую включения различных социальных, медицинских, экономических, правовых и других институтов.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ананьев Б.Г. О человеке как объекте и субъекте воспитания // Избр. психол. труды: В 2 т. - М.: Педагогика, 1980.-Т.2. - С.10-127.
2. Анцыферова Л.И. Личность с позиции динамического подхода // Психология личности в социальном обществе: личность и ее жизненный путь. - М.: Наука, 1990.- С.7-17.
3. Асеев В.Г. Мотивация поведения и формирования личности. - М.: Мысль, 1976. - 157 с.
4. Башкатов И.П. Психология групп несовершеннолетних правонарушителей: Социально-психологические особенности. - М.: Прометей, 1993-256 с.
5. Беличева С.А. Основы превентивной психологии: - М.: Редакционно-издательский центр Консорциума «социальное зд. России», 1994.-221с.
6. Биологические аспекты наркоманий / А.И. Майский и др.– М.: Медицина, 1982. – 256 с.
7. Битенский В.С. и др. Наркомания у подростков. – Киев: Здоровье, 1989 – 216 с.
8. Бодалев А.А. Восприятие и понимание человека человеком. - М.: МГУ, 1982. - 200 с.
9. Божович Л.И. Проблемы развития мотивационной сферы ребенка // Изучение мотивации поведения детей и подростков. - М.: Просвещение, 1972. - С. 7-44.
10. Болотовский И.С. Наркомании. Токсикомании. – Казань: Изд-во Казанского ун-та, 1989.-91с.
11. Брюн Е.А. Наркоман - это национальность // Нарко-НЕТ.-2000.-№1.- С.14-16.
12. Братусь Б.С. Смысловая вертикаль сознания личности // Вопросы философии. - 1999. - № 1. - С.81-89.
13. Братусь Б.С. Аномалии личности. - М.: Мысль,1988.- 304с.
14. Братусь Б.С., Сидоров П.И. Психология, клиника и профилактика раннего алкоголизма. - М.: МГУ им. М.В. Ломоносова,1984.-143с.
15. Буянов М.И. Размышление о наркомании: Кн. для учителя. - М.: Просвещение, 1990.-80с.
16. Выготский Л.С. Собрание сочинений: в 6т. Т.3.- М.: Педагогика, 1983. - 368с.

17. Габиани А.А. Наркотизм вчера и сегодня. - Тбилиси: Сабиота Сакатвело, 1988.-260с.
18. Габиани А.А. Наркотики в среде учащейся молодежи: (Материалы соц. исслед., провед. среди школьников и учащихся ПТУ) // Соц. исслед. -1990. - №9. - С.84-91.
19. Глазов А.А. и др. Система раннего выявления и профилактика алкоголизма, наркоманий и токсикоманий в средних учебных заведениях // Вопросы наркологии. - 1989.- №3. - С.42-46.
20. Давыдов В.В. Проблемы развивающего обучения. - М.: Педагогика, 1986-240с.
21. Додонов Б.И. Структура и динамика мотивов деятельности // Вопросы психологии. - 1984. - № 4. - С.126-130.
22. Дунаевский В.В., Стяжкин В.Д. Наркомания и токсикомания. - Л.: Медицина, 1991. - 208с.
23. Жмуров В.А., Красовская Л.Г. Наркомания и токсикомания у подростков и детей. - Иркутск: ИГПИ,1995.-112с.
24. Зейгарник Б.В. Теория личности К. Левина. - М., 1981. - С.23.
25. Казаков Л.Х., Колесов Д.В. Наркогенная информация и профилактика наркомании среди учащихся // Советская педагогика. -1991. - №7. - С.20-24.
26. Ковалев А.Г. Психология личности. - М.: Просвещение, 1965. - 391 с.
27. Кичатинов Л.П. Формирование мотивов деятельности школьников. - ИГПИ, 1990. - 191 с.
28. Кон И.С. Ребенок и общество. - М.: Наука,1988.- 256 с.
29. Левин Б.М., Левин М.Б. Наркомания и наркоманы: Кн. для учителя. - М.: Просвещение,1991.-160с.
30. Леонтьев А.Н. Проблемы развития психики. - М.: МГУ,1981.- 584с.
31. Леонтьев А.Н. Потребности и мотивы деятельности: конспект лекций. - М.: МГУ, 1971.
32. Леонтьев В.Г. Психологические механизмы мотивации. - Новосибирск: НГПИ, 1992. - 216 с.
33. Ломов Б.Ф. Методологические и теоретические проблемы психологии. - М.: Наука, 1984. - 446 с.
34. Личко А.Е. Особенности саморазрушающего поведения при разных типах акцентуации характера у подростков// Саморазрушающее поведение у подростков. - Л.: НИИ им. В.М.Бехтерева,1991.- С.9-15.

35. Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология: Руководство. - Л.: Медицина, 1991.-304с.
36. Личко А.Е., Иванов Н.Я. Текст патохарактерологического диагностического опросника для подростков и основные контрольные величины // Патохарактерологический опросник для подростков. - Л.: Медицина, 1976.
37. Лишин О.В., Сергеев В.М. Методика выявления уровня сформированности общественно-полезной деятельности подростков и старшеклассников как показателя эффективности воспитательной работы / Под ред. Д.И. Фельдштейна. - М., 1988.-41с.
38. Максимова Н.Ю. Психологическая профилактика алкоголизма и наркомании несовершеннолетних: Учеб. пособие. – Ростов н/Дону: Феникс, 2000.-384с.
39. Маркова А.К. Формирование мотивации учения в школьном возрасте. - Л., 1983. - 96 с.
40. Маслоу А. Психология бытия: Пер. с англ. - М.: Рефол-бук; Киев: Ваклер, 1997. - 304 с.
41. Маслоу А. Новые рубежи человеческой природы. – М.: Смысл, 1999.-425с.
42. Мерлин В.С. Лекции по психологии мотивов человека. - Пермь, 1971. - 120 с.
43. Мирошниченко Л.Д. Проблемы антинаркотической профилактики в подростковой среде // Педагогика -2000.-№3.-С.3-13.
44. Мясищев В.Н. Проблема потребности в системе психология // Ученые записки ЛГУ. - 1957. - № 244. - С. 4.
45. Наркологическая помощь населению Российской Федерации / Под ред. В.А. Галкина. - М.: НИИ психиатрии МЗ РФ, 1992.-112с.
46. Наркологическая помощь населению Российской Федерации 1991-1997 г.г. / В.Ф. Егоров, Н.М. Зайченко и др. - М.: НИИ наркологии МЗ РФ, 1998.-126с.
47. Наркомания: Методические рекомендации по преодолению наркозависимости / Под ред. А.Н. Гаранского. - М.: Лаборатория Базовых Знаний, 2000.-384с.
48. Николаева Л.П., Колесов Д.В. Уроки профилактики наркомании в школе: Пособие для учителя. – М.; Воронеж, 2000.-64с.
49. Обухова Л.Ф. Детская возрастная психология: Учеб. пособие для вузов.-2-е изд. - М., 1999.- 446с.
50. Обуховский К. Психология влечений человека. - М.: Прогресс, 1972.

51. Патаки Ф. Некоторые проблемы отклоняющегося (девиантного) поведения // Активность и развитие личности. - М., 1989. - С.145-158.
52. Профилактика ВИЧ/СПИДа, ИППП: Методическое руководство по работе с молодежной аудиторией. - Новосибирск, 2000. - 72с.
53. Пятницкая И.Н. Наркомании: Руководство для врачей. - М.: Медицина, 1994.-554с.
54. Рубинштейн С.Л. Бытие и сознание. О месте психического во всеобщей взаимосвязи явлений материального мира. - М.: Изд-во Ан СССР, - 1957.-328с.
55. Самсин А.Н. Социально-философские проблемы исследования потребности. - М.: Высш. шк., 1987.
56. Словарь русского языка 57000 слов / Под ред. док. филол. наук, проф. Ю.Ю.Шведовой.-15 изд., стереотип. - М.: Русский язык, 1984. – 816 с.
57. Собчик Л.Н. Стандартные многофункциональные методы исследования. - Л.: СМЛ; СПб.: Речь, 2000.-219 с.
58. Уварова Г.В. Психологические особенности личности юношей с криминальным поведением: Автореф. дис... канд. психол. наук. - Ставрополь, 1999. – 22 с.
59. Ураков И.Г. Наркомания: мифы и действительность. - М.: Медицина, 1990. – 184 с.
60. Фельдштейн Д.И. Психологические основы общественно-полезной деятельности подростков. - М.: Педагогика, 1982. - 224 с.
61. Фельдштейн Д.И. Психологические закономерности развития личности в онтогенезе // Вопросы психологии. - 1985. - №6. - С. 26-38.
62. Фельдштейн Д.И. Особенности развития деятельности ребенка в онтогенезе // Вопросы психологии. - 1981. - №6. - С. 36-46.
63. Фонд помощи наркозависимым «Возвращение». Программы 1996-1997 гг. – СПб., 1997. – 15 с.
64. Франкл В. Человек в поисках смысла жизни. Сб./ Общ. ред. Л.Я. Гозмана и Д.А. Леонтьева. – М.: Прогресс, 1999. – 368 с.
65. Фромм Э. Бегство от свободы. Человек для себя.-Минск.-2000.-672 с.
66. Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности. – СПб.: Питер, 2000. - 608 с.
67. Чхартишвили Ш.Н. Некоторые спорные проблемы психологической установки. - Тбилиси: Мецниереба, 1971. - 273 с.
68. Шабанов П.Д. Руководство по наркологии. – СПб.: Лань, 1998.-350 с.

69. Шабанов П.Д., Штакельберг О.Ю. Наркомания: патопсихология, клиника, реабилитация / Под ред. А.Я. Гриненко. Сер. «Мир медицины». – СПб.: Лань, 2000. – 368 с.

70. Шадриков В.Д. Психологический анализ деятельности: Системно-генетический подход: Учебн. пособие. - Ярославль: ЯрГУ, 1979.

71. Ames F.A. Clinical and metabolic study of acute intoxication with cannabis sativa and its role in the model psychosis // Journal of mental Science, 1986.-№6.

72. Anon Drug use in Amerika: problem in perspective Second Report of the National Commission on Marijuana and Drug Abuse.-Washington U.S. Government Printing Office, 1973.

73. Barnes C.P., and Olson T.N. Usage patterns of nondrug alternatives in adolescence // J Drug Education, 1977.-№7.-С.359-368.

74. Brenner T.H. Drugs and society in Laroponetis, Drug abuse Proceedings of the International conference, Philadelphia, 1972.-С.115-124.

75. Chanin A. Understanding adolescence: Alternatives to drug use // Clinical Paediatrics, 1969. – № 8. – P. 6-10.

76. Cohen A.Y. The Journey beyond trips: Alternatives to drugs // Psychedelic Drugs. – 1971. – № 3. – P. 16-21.

77. Coleman J.C. The nature of adolescence. – London–N.Y.–Methuen, 1980.

78. Floyd J.D. and Lotsof A.B. Drug education: A cultural perspective, an educational model and an implementation scheme // J. Drug Education. – 1978. – №8. – P. 357-368.

79. Weingartner H. and Nurnberg F.L. Marijuana and social behaviour a controlled study // Archives of General Psychiatry, 1974.

80. Goode E. The marijuana snickers. – N.Y.: Basic Books, Inc., 1970.

81. Goodwin L.R., Jr. Drugless alternatives Unpublished paper, Tallahassee, FL; department of Health and Rehabilitive Services, Florida Drug Abuse Program, 1972.

82. Hekhausen H. Selbstbewertung nach erwartungswidrigem Leistungsverlauf: Einfluss von Motiv, Kausalattribution und Zielsetzung // Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie, 1978. S.210.

83. Hu T., Swisher J. Me Donnell N. and Stein J. Cost-effectiveness evolution, A drug abuse prevention alternative program. Research report for the Prevention Branch of the National Institute on Drug Abuse Grant No E.07Da02464-02, 1982.

84. Halikas J.A., Ponald A. etc. Marijuana and Youth: Clinical observation on Motivation and learning: NIDA, 1982.

85. Leshner A.J. Addiction is a brain disease, and in matters // Science.1997/ Vol.278.№ 5335.P.45-47.
86. Kandel D. Longitudinal research on drug use. – Washington, D.C.: Hemisphere Publishing Corp., 1978. – 314 p.
87. Määttä Paula. The images of the young drug user. – Helsinki, 1976.
88. Malmquist, Carl P. Handbook of adolescence: Psychopathology, antisocial development. – N.Y., 1978.
89. Mills Richard. Young outsiders. A Study of alternative communities. – N.Y. Paothern Books, 1973.
90. Nchemkis A. Drugs abuse inst. handbook. – Rockille, NIDA, 1976.
91. Perez J.F. The family roots of adolescent delinquency. – N.Y. Cop., 1978.
92. Preliminary results from the 1997 national household survey on drug abuse. Rockville: SAMHSA, 1998. 130 p.
93. Sharma B.R. Cannabis and its users in Nepal // British Journal of Psychology, 1975.
94. Swisher J. and Horiman R. Drug abuse prevention // J. College Student Personnel. II: 337-341, 1970.
95. Terner C. and Wills R.J. The relationship between self-reported religiosity and drug use by college students // J. Drug Education. 4 (I). P 123-127, 1979.
96. Ventura M.R. and Dundon M. A challenging experience in canoeing and camping as a tool in approaching the drug problem // J. Drug Education 4(I), 1974.
97. Victor H.R. Grossman J. C. and Eiseman R. Openness to experience and marijuana use in high school students // Journal of Consulting and Clinical Psychology, 5, 1973.
98. Wald P. and Abrams A. Drug education. In P. Wald and P. Hutt (eds.), Dealing with drugs abuse. – N.Y.: Pracger, 1972. – 356 p.
99. Weiner, Melvin. Personality: the human potential. –N.Y., 1973.
100. Yohe T. Alternative to substance abuse: Unpublished Masters Thesis. – The Pennsylvania State University: University Press, PH. 16802, 1988.

# **ПСИХОЛОГИЯ ЗАВИСИМОЙ ЛИЧНОСТИ**

Научно-популярное издание

Отпечатано в типографии «Репроцентр А1»  
Г. Иркутск, ул. Александра Невского, 99/2  
Тел. (3952) 540-940  
Тираж 980.