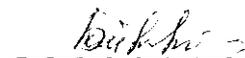


**КАЛЕНДАРНЫЙ ПЛАН
ВЫПОЛНЕНИЯ МАГИСТЕРСКОЙ ДИССЕРТАЦИИ**

Быковой Оксаны Владимировны

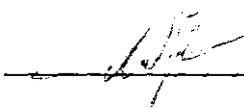
Название раздела	Сроки выполнения	Отметка о выполнении
1. Культурологические и социально-психологические истоки употребления алкоголя	03.11.2004 12.01.2005	выполнено
2. Психологические особенности людей страдающих алкогольной зависимостью и специфика работы с ними	12.01.2005 01.05.2005	выполнено
3. Диагностика личностных особенностей людей страдающих алкогольной зависимостью	01.05.2005 20.07.2005	выполнено
4. Оформление магистерской диссертации	20.07.2005- 01.09.2005	выполнено

Магистрант



О.В. Быкова

Руководитель



А.В. Грузман к.м.н.

РЕФЕРАТ

Работа посвящена изучению личностных особенностей людей страдающих алкогольной зависимостью. Объект исследования — пациенты наркологических центров. Целью нашего исследования явилось изучение личностных особенностей людей страдающих алкогольной зависимостью, и возможностей коррекции заостренных личностных черт. В соответствии с целью исследования были определены следующие задачи: проведение теоретического анализа по проблеме алкоголизма; описание характерологических особенностей людей страдающих алкогольной зависимостью; проведение исследования на выявление личностных особенностей людей страдающих алкогольной зависимостью; разработка рекомендации и проведение коррекционной работы; сопоставление полученных данных с первичной информацией и результатами коррекционной работы.

Основная гипотеза исследования состояла в предположении о том, что алкогольная зависимость ведет за собой изменение личностных особенностей. По окончании исследования данная гипотеза подтвердилась.

Для решения поставленных задач и проверки гипотез применялись психодиагностические, наблюдательные, проективные и экспериментальные методы. Для изучения динамики личностных особенностей в исследовании применялись следующие методики: стандартный многофакторный метод исследования личности ММРІ (полный вариант, 377 вопросов); 16-факторный личностный опросник Р. Кеттелла (полная версия, 187 вопросов); самооценка Дембо-Рубинштейн.

Наиболее употребляемыми в работе терминами явились следующие: алкоголизм, алкогольная зависимость, абстинентный синдром, адиктивное поведение, акцентуации характера, личностные особенности, деградация личности, дезадаптация, рецидив, срыв, коррекция, профилактика.

Научная новизна и теоретическая значимость исследования заключается в том, что в нем впервые изучены личностные особенности людей страдающих алкогольной зависимостью, выделены условия, провоцирующие формирование алкогольной зависимости, разработаны и проведены коррекционные мероприятия по сглаживанию заостренных личностных черт.

Практическая значимость проведенного исследования заключается в выдаче рекомендаций психологической службе наркологического центра и разработки специальной коррекционной программы направленной на сглаживание заостренных личностных черт.

Объем и структура работы диссертация состоит из введения, трех глав, заключения, списка литературы, приложения 1 (графики по методикам), и приложения 2 (авторская коррекционная программа). Количество страниц диссертации составляет - 100, рисунков - 8, таблиц - 3, литературных источников - 83.

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	6
РАЗДЕЛ 1 КУЛЬТУРОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНО- ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ИСТОКИ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ	
1.1 История основных направлений изучения алкоголизации.....	12
1.2 Механизмы воздействия алкоголя на психику человека.....	21
1.3 Уровни потребления алкоголя и степень риска заболевания алкоголизмом.....	27
1.4 Стадии развития алкоголизма и мотивация употребления алкоголя.....	30
РАЗДЕЛ 2 ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛЮДЕЙ СТРАДАЮЩИХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ	
2.1 Характерологические черты людей страдающих алкоголизмом.....	40
2.1.1 Изменение деятельностной и смысловой сфер личности.....	44
2.2 Алкогольная деградация личности.....	49
РАЗДЕЛ 3 ИССЛЕДОВАНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЛЮДЕЙ СТРАДАЮЩИХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ И СПЕЦИФИКА РАБОТЫ С НИМИ	
3.1 Методы и ход исследования.....	56
3.2 Результаты исследования и их обсуждение.....	64
3.3 Применение методов психотерапии в коррекции личностных особенностей людей страдающих алкогольной зависимостью.....	72
3.4 Профилактика рецидивов у лиц зависимых от алкоголя.....	74
ВЫВОДЫ.....	92
ЗАКЛЮЧЕНИЯ.....	93
СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ.....	95
ПРИЛОЖЕНИЕ.....	100

ВВЕДЕНИЕ

Проблема роста алкоголизма за последние годы приобрела статус одной из наиболее актуальных. Лишь по данным официальной статистики, в стране насчитывается 10 % алкоголиков, в основном это молодые люди в возрасте до 22 лет. Но это только верхушка айсберга – реальные цифры, предполагают специалисты на порядок выше.

Анализ статистических данных, что сегодня каждый третий школьник 13-16 лет знаком с спиртными напитками. При этом возрастная планка начала алкогольной карьеры несовершеннолетних резко снижается – сегодня она находится на уровне 10 – 11 лет. Еще пять лет назад молодежный алкоголизм имел ярко выраженный «мужской» характер, то сегодня в нем все явственнее проступают «женские» черты. Приблизительно пятую часть несовершеннолетних потребителей алкоголя составляют девушки.

У некоторых людей бытует не правильное мнение о том, что употребление спиртных напитков в умеренных дозах не только не вредно, но и полезно. Многие искренне, убеждены, что алкоголь повышает работоспособность, помогает в творческой деятельности, улучшает аппетит, предохраняет от язвенной болезни желудка, простудных и других заболеваний и т. д. Такое представление является глубоким заблуждением. Хроническое употребление алкоголя наносит вред всем органам и системам, особенно предрасположенных к заболеванию [1].

Прежде чем начать разговор об алкоголе как одном из факторов риска для здоровья, следует, по-видимому, обратить внимание на тот факт, что неблагоприятные последствия, связанные с приемом алкоголя, имеют место даже при однократном употреблении самых малых доз спиртных напитков. И это не удивительно, таковы фармакологические свойства алкоголя, вызывающие опьянение. Алкоголь отрицательно сказывается и на различных видах восприятия. Так, в результате специальных экспериментов установлено, что в норме для восприятия слухового и зрительного ощущения

требуется 0.19 секунды. После приема 60—100 г алкоголя здоровыми, непьющими людьми время восприятия этих раздражителей увеличивается уже до 0,297 секунды, то есть в 1,5 раза. Прием даже малых доз алкоголя замедляет восприятие болевых раздражителей. В среднем после приема 60 г алкоголя время восприятия болевых ощущений возрастает почти в 2 раза.

Таким образом, прием непьющими людьми даже незначительных, казалось бы, доз спиртных напитков существенно снижает у них качество, точность, координацию движений, увеличивает время двигательных реакций и время восприятия различных раздражителей. А при более длительном употреблении алкоголя, происходят уже изменения личностного характера, то есть нарушения познавательной, эмоциональной и поведенческой сфер.

Состояние научной разработанности темы Изучение научной литературы и периодики позволяет прийти к выводу о том, что вопросы причины, следствия, профилактики алкоголизма получили определенное отражение в работах ученых, психологов и медиков. Проблемы работы с зависимыми от алкоголя раскрыты в трудах Гонопольского М.Х., Егорова А.Ю., Сидорова П.И., Уракова И.Г., Братусь Б.С., Москаленко В.Д., Пятницкой И.Н., Максимовой Н.Ю., Куликова В.В., Завьялова В.Ю., Немчина Т.А., Цыцарева С.В., Битинского В.С., Шихирева П.Н., Иванца Н.Н. Ими подчеркнута необходимость индивидуализации подхода к реабилитации зависимых от алкоголя, обосновано значение единой стратегии лечения, как основного условия успешной работы с людьми страдающими алкогольной зависимостью. Тем не менее, пока еще нет обобщающих научно-психологических работ, целостно раскрывающих процесс диагностики и коррекции алкогольной зависимости.

Социальная значимость алкоголизма и анализ состояния научной разработанности этого процесса обусловили выбор **проблемы** данного исследования, которая заключается в определении оптимальных условий и стратегий для реабилитации людей страдающих алкогольной зависимостью.

Объект исследования - пациенты наркологических центров

Предмет исследования - личностные особенности людей страдающих алкогольной зависимостью.

Цель исследования состоит в изучении личностных особенностей людей страдающих алкогольной зависимостью, и возможностей коррекции заостренных личностных черт.

Основная гипотеза исследования состояла в предположении о том, что алкогольная зависимость ведет за собой изменение личностных особенностей.

Для проверки гипотезы были определены следующие **задачи исследования:**

1. Провести теоретический анализ по проблеме алкоголизма.
2. Описать характерологические особенности людей страдающих алкогольной зависимостью.
3. Провести исследование на выявление личностных особенностей людей страдающих алкогольной зависимостью.
4. Разработать рекомендации и провести коррекционную работу.
5. Сопоставить полученные данные с первичной информацией и результатами коррекционной работы.

Методологическую и теоретическую базу исследования составляют принципы целостности и системности, всеобщей связи явлений и процессов, единства логического и исторического, единства формы и содержания, взаимосвязи теории и практики. В ходе исследования учитывались основные положения теоретических концепций о развитии алкоголизма.

Методы исследования. Для решения поставленных задач и проверки гипотез применялись психодиагностические (тестирование, анкетирование, метод анализа самоотчетов), наблюдательные (прямое, косвенное и включенное наблюдение); праксиметрические (анализ продуктов деятельности, изучение и обобщение психолого-педагогического опыта); экспериментальные (констатирующий и развивающий эксперименты) методы. Для изучения динамики личностных особенностей в исследовании применялись следующие методики:

Стандартный многофакторный метод исследования личности ММРІ (полный вариант, 377 вопросов); 16-факторный личностный опросник Р. Кеттелла (полная версия, 187 вопросов); самооценка Дембо-Рубинштейн.

В психопрофилактической и коррекционной работе использовались индивидуальные и групповые методы работы (И.В. Вачков, И.В. Дубровина, А.И. Захаров, А.М. Прихожан, Н.С. Пряжников и др.); методы психотерапии творчеством и творческим самовыражением (В.М. Бехтерев, М.Е. Бурно и др.); методы телесно-ориентированной психотерапии (А. Лазарус, В.В. Макаров и др.).

На первом этапе (2003 – 2004гг.) была определена область исследования и его проблема, изучалась философская, психологическая, медицинская и методическая литература, посвященная проблеме алкоголизма, включая механизмы воздействия алкоголя на психику и социально-психологические истоки употребления алкоголя. Этот этап исследования отражен в первом разделе диссертации.

Второй этап исследования (2004 – 2005гг.) связан с теоретической разработкой предмета и гипотезы исследования. В этот период определены принципы, содержание и методы обучения, необходимые для описания личностных особенностей людей страдающих алкогольной зависимостью. Выделены исходные позиции для построения коррекционной программы. Одновременно с теоретическим поиском проводился констатирующий эксперимент на базе ОЦПЛЗЗ г. Павлодара. Этот этап исследования представлен во втором и третьем разделах диссертации.

Третий этап исследования (2004 - 2005): выявление личностных особенностей людей страдающих алкогольной зависимостью; определение группы алкозависимых, которым необходимы коррекционные занятия; разработка и проведение коррекционной программы направленной на сглаживание заостренных личностных черт; проведение повторной диагностики личностных черт; обобщение результатов исследования.

Опытно-педагогической базой является пациенты ОЦПЛЗЗ г. Павлодара в количестве 47 человек в 2004-2005 году.

Научная новизна и теоретическая значимость исследования заключается в том, что в нем впервые изучены личностные особенности людей страдающих алкогольной зависимостью, выделены условия, провоцирующие формирование алкогольной зависимости, разработаны и проведены коррекционные мероприятия по сглаживанию заостренных личностных черт.

Практическая значимость проведенного исследования заключается в выдаче рекомендаций психологической службе наркологического центра и разработки специальной коррекционной программы направленной на сглаживание заостренных личностных черт.

Обоснованность и достоверность результатов исследования и основных выводов, сформулированных в диссертации, подтверждается данными анализа философской, психологической, медицинской и методической литературы; результатами констатирующего эксперимента, которым было охвачено 47 пациентов, проходящих курс лечения в ОПЛЗЗ г. Павлодара.

На защиту выносятся следующие положения:

1. Алкоголизм служит показателем социальной дезадаптации личности и нарушения процесса социализации в целом. В его основе лежат такие психологические особенности как неумение справляться со стрессами и напряжением; застенчивость и низкая самооценка; отсутствие силы воли, слабохарактерность; личная предрасположенность (акцентуация характера) и узость общественных мотивов поведения.
2. Алкогольная зависимость ведет за собой изменение таких личностных особенностей как, нестабильность эмоциональной сферы, неуверенность, тревожность, агрессивность, заниженный «Я-образ»; нарушения в аффективной сфере; лживость, безответственность, пессимизм, низкий уровень развития познавательных процессов.

3. Проведение коррекционной работы, направленной на сглаживание заостренных личностных черт, позволяет у зависимых от алкоголя нивелировать агрессию в контактах с людьми, сформировать установку на необходимость лечиться от алкогольной зависимости, что создает условия для развития адекватной самооценки, а также стабилизации эмоциональной сферы и нравственных качеств личности.

Апробация исследования и внедрение результатов осуществлялись путем их использования в практической деятельности наркологического центра г. Павлодара. Результаты исследования докладывались на второй студенческой межвузовской научно-практической конференции «Интеграция образования и науки – шаг в будущее» (г. Павлодар, 2003), на третьей студенческой межвузовской научно-практической конференции «Интеграция образования и науки – шаг в будущее» (г. Павлодар, 2004),

Объем и структура работы диссертация состоит из введения, трех глав, заключения, списка литературы, приложения 1 (графики по методикам, применяемых в исследовании), и приложения 2 (авторская коррекционная программа). Количество страниц диссертации составляет - 100, рисунков - 8, таблиц - 3, литературных источников – 83.

Результаты исследования изложены в следующих **публикациях**:

1. личностные особенности людей страдающих алкогольной зависимостью // Проблемы социальных и гуманитарных наук в современном образовательном пространстве. Павлодар, 2004.

2. особенности алкогольной зависимости у подростков // Вестник павлодарского университета. Павлодар, 2005.

РАЗДЕЛ 1 КУЛЬТУРОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ИСТОКИ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ

1.1 История основных направлений изучения алкоголизации

Алкоголизм занимает почетное место среди заболеваний, связанных с зависимостью от психоактивных веществ. Алкоголизм как болезнь - преимущественно следствие неадекватной по способу адаптации несовершенного человека к стрессогенным условиям жизни. Произшедшие к концу XX века изменения структуры заболеваемости и смертности с преобладанием хронических неинфекционных заболеваний, болезней образа жизни, сам все более стрессогенный образ жизни современного человека, вынуждающий его "балансировать на краю собственного генотипа" - все это ведет к глобальному росту злоупотребления психоактивными веществами

Отсутствие современной, объединяющей концепции алкоголизма сдерживает эффективное осуществление научных исследований, препятствует разработке методов его диагностики, лечения и профилактики (Кулаков С.А.) [2].

Вместе с тем, попыток создания концепции алкоголизма предпринималось немало. Обоснованные претензии к проблеме алкоголизма и на его интерпретации выдвигались представителями самых различных дисциплин, его изучающих: психиатрами, наркологами (алкоголизм - психическое заболевание), психологами (алкоголизм - патология личности), социологами (алкоголизм - социальное заболевание), терапевтами (алкогольная болезнь) и т.д. В связи с этим и сами границы алкоголизма как заболевания во многом зависят от подхода исследователя [3]. Существующая разобщенность исследователей приводит к тому, что алкоголизм с позиций наркологов и психиатров, и алкоголизм с позиций терапевтов и морфологов выглядят как два разных болезненных процесса. В первом случае идут поиски симптомокомплекса зависимости от алкоголя, и отсутствие зависимости

исключает диагноз. Выраженность токсического поражения может не обнаруживать себя клинически и не влиять на постановку диагноза [4].

Во втором случае за основу берется морфология токсического поражения тканей и органов. При этом зависимость - суть алкоголизма как психического заболевания, и не имеющая морфологических маркеров, выносится за скобки. В результате предлагаемые критерии диагностики практически стирают грань между злоупотреблением алкоголем и алкоголизмом. По мнению И. В. Стрельчук – хронический алкоголизм – болезнь, при которой возникает болезненное влечение с одновременной потерей чувства меры, контроля приема спиртных напитков, когда у больных, вследствие длительного злоупотребления ими, появляются психические и соматические расстройства различной интенсивности, вначале обратимые, но постепенно переходящие в необратимые (органические). Г.В. Морозов. Н.Н. Иванец считают, что - алкоголизм – прогрессирующее заболевание, определяющееся патологическим влечением к спиртным напиткам (психическая и физическая зависимость), развитием дисфункционального состояния, абстинентного синдрома при прекращении употребления алкоголя, а в далеко зашедших ситуациях - стойкими соматоневрологическими расстройствами и психической деградацией.

Таким образом, каждый исследователь рассматривает алкоголизм, либо с позиции биологии (Дейчман Э.И.), либо с позиции социальных отношений (Исхакова А.И.). По мнению Н.И. Григорьева каждый такой подход правомерен, но заведомо неполон. Иллюстрацией тому является история формирования представлений о симптоматологии алкоголизма. М. Хусс, выделивший алкоголизм как особую единицу, в свое время сделал это, обобщив совокупность психических и соматоневрологических нарушений преимущественно токсического генеза. В дальнейшем, в связи с проблемами лечения, исследования алкоголизма осуществлялись в основном в психиатрии. В центре неизбежно оказалась проблема преодоления зависимости от алкоголя. Но и представители классической психиатрии

также по-разному интерпретировали основу алкоголизма. Так, одни видели в стремлении к алкоголю проявления дисфории в рамках эпилептических расстройств (Гризингер П., Гаупп Р.). Другие полагали, что алкоголизм развивается на основе циклотимии и маниакально-депрессивного психоза (Маньян С.К., Рыбаков В.А., Осипов Л.С.). Третьи относили зависимость от алкоголя к расстройствам сферы влечений (Крафт-Эббинг, Бирнбаум Д.) [5].

Общее, что объединяло эти различные подходы - отказ в признании нозологической самостоятельности алкоголизма.

Дальнейшее усложнение симптоматики происходило за счет использования представлений из арсенала поведенческого подхода (Джеллинек Дж.). Наконец, в последнее время среди признаков заболевания закрепились психологические представления (в основном, личностные конструкты) и даже социально-психологические (созависимость) (Москаленко В.Д.) [6].

Алкоголизм рассматривается и с позиций мультифакториальных заболеваний. По мнению сторонников такого подхода (Ковалев А.А., Гуревич И.) клинико-генетические и эпидемиологические данные позволяют заключить следующее: 1) алкоголизм является самостоятельным генетически детерминированным заболеванием, биометрически аналогичным тем, которые называют "эндогенными"; 2) структура его статистического анализа напоминает другие мультифакториальные заболевания и свидетельствует о наследовании алкоголизма по такому признаку, как степень его тяжести; 3) социальные факторы отходят на второй план по сравнению с факторами генетическими, но, накапливаясь, они способны увеличить частоту алкоголизма в 2,5 раза [7].

Таким образом, существуют попытки создания общей концептуальной и теоретической модели алкоголизма, с помощью которой более эффективней шло осуществление научных исследований и разработка методов диагностики, лечения и профилактики алкоголизма. Изучение употребления алкоголя среди молодежи в России во многом опирается на

опыт подобных исследований за границей, которые в конце XIX – начале XX в. широко проводились в Западной Европе и Северной Америке и велись в самых различных направлениях:

- изучались распространенность и характер употребления алкоголя учащимися;
- исследовалось влияние алкоголя на детский и подростковый организм;
- определялась взаимосвязь между успеваемостью и употреблением алкоголя;
- разрабатывались и апробировались программы антиалкогольного обучения;

Существенное место среди исследований этого периода занимали работы, иллюстрирующие распространенность и характер питейных обычаев, когда детям давали спиртные напитки для: "укрепления здоровья", "аппетита", "улучшения роста", "облегчения прорезывания зубов", "согревания", "утоления голода", "успокоения" (Якубович В.Ф., Горячкин Г.П.).

Бытовавшая в XIX и на рубеже XX столетия твердая уверенность в укрепляющем действии алкоголя часто имела последствием прямую алкоголизацию ребенка. Roesch (1838) возмущался тем, что многие дети Франции рано усваивают вкус к спиртным напиткам. В области Нижней Сены, по исследованиям Tourdot (1886), именно в семье дети приобщаются к пьянству, ибо они, как бы молоды ни были, получали по праздникам свою порцию водки. Lyon (1888), описав подробно три случая хронического алкоголизма у подростков, указывает на многочисленность подобных примеров, особенно среди молодежи, занятой в виноторговле. Legrain (1889) писал, что во Франции широко распространено потребление алкоголя среди учеников и студентов [8].

В Бургундии существовал обычай давать ребенку на пробу вино последнего сбора винограда. Moreau (1895) отмечал, что в рабочих кварталах Парижа дети 4-10 лет по праздникам посещают вместе с родителями харчевни и рестораны. Baraties (1896) рисует картину широкого

употребления спиртных напитков детьми как городского, так и сельского населения Франции [9].

Demme (1885, 1886), Kraepelin (1912) и другие указывали на бытовавший в Германии обычай давать спиртные напитки детям. Так, при обследовании одной из школ в Бонне оказалось, что из 247 детей (мальчиков и девочек) в возрасте 7–8 лет только один еще не потреблял никаких алкогольных напитков. Около 75% из них уже пили водку, Stumpf (1882) констатировал, что уже в первый год жизни дети зачастую регулярно получают пиво. В Германии, по Demme (1886), было чрезвычайно глубоко убеждение матерей в благотворном влиянии коньяка на грудных детей, поэтому многие матери часто давали им по несколько капель этого напитка для "возбуждения аппетита" и "улучшения пищеварения", причем дозировка обычно регулировалась собственным усмотрением или советом знакомых.

Mc. Nicholl (1908), исследовав детей в пяти штатах США, обнаружил, что из коренных американских детей "спиваются любящими родителями" 14%, а из детей эмигрантов, выходцев из Европы, – 65%. В Шотландии для "успокоивания" детям давали соску, смоченную в виски, или поили их водой с примесью алкоголя. В Бельгии был распространен обычай угощать детей водкой-можжевельной, а пивом там часто заменяли молоко. В Австрии в зимнее время дети бедняков перед уходом в школу обычно получали стакан водки для "согревания и утоления голода" [10].

В России в то время также были широко распространены питейные обычаи, способствующие привыканию к алкоголю с раннего детства. По заявлению В.Ф. Якубовича (1894, 1900) среди населения "низшего сословия" было принято приучать детей к водке с грудного возраста с постепенным повышением дозы спиртного до нескольких рюмок. В народе существовало поверье, что если давать детям водку, то они не будут пить, когда станут взрослыми [11].

По наблюдениям Г.П. Горячкина (1896), спиртные напитки обычно дают слабым, истощенным, рахитичным детям для "укрепления организма",

"улучшения" сна и аппетита. Портвейн служит средством повышения аппетита, малиновая настойка – при простудных заболеваниях, кагор и черемуховую наливку применяют при поносе, "рябиновку" – при глистных инвазиях и т.д. В бедных слоях населения универсальным лечебным средством считается водка.

Среди исследований влияния алкоголя на детский организм, прежде всего, выделяется работа И. В. Сажина "Влияние алкоголя на нервную систему и особенности развивающегося организма" (1902). В ней содержатся многочисленные, порой уникальные опыты и наблюдения о влиянии алкоголя на нервную систему ребенка; убедительными примерами доказывалось, что уже небольшие дозы алкоголя губительно влияют на формирующийся мозг и особенности растущего человека [12].

А.Я. Предкальн (1910) описывает существовавший на большинстве промышленных предприятий обычай устраивать "свадьбу подмастерьев" при производстве ученика в подмастерья. Для этой цели администрация предприятия даже может специально выдать аванс до 20 рублей (обычно предоставляемый только в случае смерти или серьезной болезни кого-либо из членов семьи). Полученные деньги пропивались подростками-подмастерьями вместе с рабочими в один вечер [13].

Таким образом, экономические условия, питейные обычаи, неправильное воспитание, дурные примеры, стремление подражать старшим, анатомо-физиологические особенности детского и юношеского организма все это являлось условиями, способствующими развитию алкоголизма в молодом возрасте. Главная роль в этом, по убеждению большинства авторов, принадлежала глубоко внедрившемуся в обществе ложному мнению, что алкоголь является "успокаивающим", "укрепляющим", "питательным" средством.

Анализируя исследования проведенные (Горячкин Г.П., Григорьев Н.И., Плотников И.П.) по проблеме детской и юношеской алкоголизации,

вышедшей с начала 90-х гг. и по 1914 г., позволяет выделить следующие основные направления:

- изучение факторов, способствующих развитию алкоголизации среди учащихся (Григорьев Н.И., 1898, 1900; Дембо Т, 1900; Коровин А.М., 1908; и др.);
- исследование влияния алкоголя на детский и юношеский организм (Горячкин Г.П., 1896; Эрисман Э., 1897; Сажин И.В., 1902; Щербаков С.А., 1907; и др.);
- изучение возможностей школы в борьбе с алкоголизмом (Португалов И.А., 1895; Вирениус У., 1900; Невзоров В.В., 1900; Плотников И.П., 1900; Канель К., 1909, 1914; Гордон В., 1910; и др.) [14].

В большинстве работ этого периода использовались методы опроса и интервью либо анкетирования. Одна из ранних попыток изучить масштабы алкоголизации среди детей принадлежит редактору первого русского антиалкогольного журнала "Вестник трезвости" (1894-1898) Н. И. Григорьеву. Он разослал заведующим сельскими училищами запрос о степени распространенности употребления алкоголя среди крестьянских детей. Были получены ответы из различных уголков России, свидетельствовавшие о почти сплошном употреблении спиртных напитков среди сельских детей, которые в большинстве приобщались, а иногда и принуждались к употреблению алкоголя родителями [15].

В 1900 г. Н. И. Григорьев провел также исследование среди городских школьников. С помощью учителей в четырех городских школах были опрошены учащиеся 8-13 лет. Оказалось, что из 182 учеников 164 были знакомы с алкогольными напитками и 150 – пили водку. Многие из них на момент обследования находились в состоянии опьянения и говорили, что любят выпивать, так как после этого улучшается настроение и "в голове шумит". По социальному происхождению опрошенные были дети мелких лавочников, артельщиков, швейцаров, дворников. Н. И. Григорьев отмечал

также тот факт, что большинству детей первую рюмку преподнесли родители во время праздника или в гостях [16].

А. М. Коровин подробно изучил также и характер алкоголизации детей: что они пьют, частоту опьянения, отношение детей к спиртным напиткам и др. Опираясь на убедительный статистический материал, он еще раз подтвердил, что первыми "алкогольными" воспитателями являются родители. Так, пьют мальчиков родители в 68,3%, а девочек в 72,2% случаев. Путем сопоставления групп пьющих и непьющих школьников А.М. Коровин показал отрицательное влияние алкоголя на физическое и умственное развитие детей, на их поведение. Автор приходит к следующим выводам:

- главными пропагандистами употребления спиртных напитков среди детей являются их родители;
- сельские школьники пьют в тех же случаях, что и взрослое население – в праздники, торжества и т. п.;
- мальчики предпочитают крепкие спиртные напитки, девочки – более слабые;
- у "пьющих" школьников чаще, чем у "трезвых", отмечаются слабое телосложение, отставание в умственном развитии и дурное поведение.

На алкоголизации учащихся отражался и социальный статус их семей. По доле детей, знакомых со спиртными напитками, все семьи отчетливо разделялись на три группы:

- 1) служащих – 51,8% детей употребляли алкоголь;
- 2) рабочих – 41,9; крестьян – 41,8; кустарей -- 41,6;
- 3) торговцев – 26,2; духовенства – 20,8%.

Ряд исследований 20-30-х гг. иллюстрирует противоречия между декларируемыми алкогольными установками членов семьи и сложившимися алкогольными обычаями, которых они придерживаются. Так, по материалам М.А. Михайлова (1930) в семьях отношение родителей к употреблению алкоголя детьми следующее: поощряют употребление – 0,5 %, запрещают – 71,6%, пугают – 15 %, бьют – 5,6 % [17].

Но вместе со столь явными антиалкогольными декларациями в семье могут уживаться и такие формы активного приобщения детей к алкогольным обычаям, как посылка их за покупкой спиртных напитков. По данным Э.И. Дейчмана (1927), посылают детей-школьников за спиртными напитками: за пивом в 37,5% семей, за вином в 15,7%, за водкой в 7,9%.

А.И. Исхакова (1929) приводит данные о частоте употребления спиртных напитков родителями и детьми в различных ситуациях:

Таблица 1-Частота употребления спиртных напитков

Частота употребления	Родители	Дети
Ежедневно	4,5 %	0,7 %
По воскресеньям	7,3 %	2,0 %
По праздникам	54,2 %	25,0 %
В гостях	1,1 %	0,5 %
редко	7,5 %	4,8 %

Легко убедиться, что характер алкоголизации родителей во многом прямо копируется детьми. И. Канкарович (1930) указывает, что алкоголизм родителей не менее чем в половине случаев сопровождается алкоголизмом их детей. В. Липский и И. Тетельбаум (1929) менее категоричны: "Потребляющие спиртные напитки семьи встречаются несколько чаще среди пьющих подростков – 73,4%, чем среди непьющих – 67,3%. Разница, однако, настолько невелика, что отнести воздержание от алкоголя непьющих целиком за счет семейного влияния нельзя" [18].

Таким образом, в исследованиях 20-30-х гг. дана в основном картина существовавшей в то время алкоголизации детей и подростков с особым акцентом на влияние семьи, родителей в приобщении детей к спиртному.

Современный период изучения ранней алкоголизации отмечен многочисленными попытками более глубоко раскрыть причины злоупотребления спиртными напитками [19].

Сравнивая влияние сверстников, алкогольных обычаев, семьи и пола подростков на потребление ими спиртных напитков, Forslung (1970) выяснил, что алкогольное поведение матери оказывает существенное воздействие на

алкоголизацию прежде всего дочерей. Алкогольное поведение отца обуславливает таковое его дочери и имеет наибольшее влияние на алкоголизацию сыновей. Влияние сверстников было взаимосвязано с тем, будет или не будет пить подросток в отсутствие родительского контроля. Vidkhri (1974) выделяет несколько типов соотношения между алкогольной культурой микросоциальной среды и установками индивида в отношении алкоголизации:

- "абстинентной культуре" соответствует установка на полное воздержание;
- "амбивалентной культуре" – двусмысленная и противоречивая алкогольная установка;
- "либеральной культуре" соответствует "допускающая" установка, однако запрещающая откровенное пьянство;
- "патологической культуре" – алкогольная установка, допускающая любые проявления пьянства [20].

Таким образом, причины алкоголизации обусловлены особенностями процесса социализации, деформировавшими культурные нормы поведения, в том числе и потребления алкоголя.

1.2 Механизмы воздействия алкоголя на психику человека

Алкоголь (этиловый спирт или этанол) вырабатывается самим организмом человека и всегда присутствует в нем. Обычная его концентрация в крови, необходимая для обеспечения энергетических затрат организма на 10%, составляет 0,01 – 0,05%. Если количество этанола в крови увеличивается до 0,08 – 0,15, возникает легкая степень опьянения, вызывающая изменения в эмоциональном состоянии, восприятии и мышлении. При этом у человека, как правило, возникает состояние легкой эйфории. Рассматривая, какие изменения происходят в функционировании высшей нервной системе и какие психофизиологические процессы сопровождают действие алкоголя следует отметить следующее. Прежде

всего, алкоголь оказывает действие на процессы возбуждения и торможения в нервных клетках: он может менять соотношение между активностью мозговых «центров удовольствия» (наслаждения) и неудовольствия. Стимуляция «центров удовольствия» вызывает у человека приятные эмоции, а «центров неудовольствия» – появление страха, беспокойства, тревоги. Алкоголь значительно влияет на активность мозговых структур. Передача нервного возбуждения от одной нервной клетки к другой осуществляется с помощью биогенных аминов. Эти биологически активные вещества выполняют функцию нейромедиаторов, то есть посредников, через которые передается нервное возбуждение до тех пор, пока его импульсы не достигнут коры головного мозга. Затем происходит анализ и синтез полученной информации, принимается решение, которое уже в виде приказа идет в обратном направлении (от мозга к частям тела), указывая, как им реагировать на тот или иной раздражитель, ту или иную информацию. В настоящее время установлено, что действие этилового спирта на биогенные амины опосредуется эндогенными (т.е. вырабатываемые организмом человека) опиоидами [21].

Таким образом, головной мозг сам вырабатывает вещества, которые связываясь с предназначенными для них рецепторами, воздействуют на «центры удовольствия» мозга, что вызывает у человека чувство радости, душевного покоя, удовлетворенности жизнью, счастья.

Необходимо отметить, что любая форма человеческой активности, в том числе и алкоголизация, реализуется за счет особой структурно-функциональной единицы, которая может быть обозначена как потребностный цикл. В его структуре можно выделить несколько основных компонентов [22].

Каждый потребностный цикл начинается с возникновения у индивида состояния дефицита (вещества, энергии, информации). Это состояние регистрируется в особых клетках мозга, составляющих ядро потребности. При этом клетки приходят в возбужденное состояние. Энергия возбуждения

толкает организм к исполнительской активности. Полезный результат, достигнутый в ходе исполнительской активности, восполняет состояние дефицита и снимает возбуждение в ядре потребности. Слишком длительное или сильное возбуждение ядра потребности (вызванное трудностями реализации потребности) обуславливает выработку в организме особых импульсов, субъективно воспринимаемых как неприятные ощущения. Спад возбуждения (связанный с достижением полезного результата в ходе исполнительской активности) порождает «приятные» ощущения. Возникновение «приятного» и «неприятного» происходит за счет гедонического компонента ядра потребности

Таким образом, гедоническое начало ощущения «приятного» и «неприятного» проявляется как конкретный механизм, который служит для оценки успешности исполнительской активности индивидуума, подкрепляет полезную с точки зрения удовлетворения потребности деятельность (ощущение «приятного» – своеобразная награда за затраченные усилия). Гедонические ощущения изначально служат и способом оценки полезности факторов внешнего мира. Если взаимодействие с тем или иным фактором вызывает приятные ощущения, то он определяется организмом как «биологически полезный» [23]. Такой оценочный механизм в эволюционном плане является наиболее древним и лежит в основе более сложных форм подкрепления активности человека: эмоциональной, волевой, нравственной

Потребностный цикл алкоголизации обладает всеми свойствами потребностных циклов. Здесь есть свое ядро, исполнительная система, включающая сложные поведенческие реакции, направленные на реализацию потребности, подкрепляющие деятельность механизмы. Специфика же любых форм одурманивания обусловлена их биологической основой. Дело в том, что все психотропные вещества обладают неким биохимическим родством с теми участками головного мозга, которые являются морфологической основой гедонического компонента. Благодаря такому сходству вещества способны встраиваться в метаболические процессы,

происходящие в этих структурах, обуславливая возникновение у организма измененного состояния положительного знака – эйфории. Тем самым алкоголь словно «падевает маску» биологической полезности [24].

Поскольку гедонический компонент – основа функционирования более сложных механизмов подкрепления, то при развитии алкогольной потребности происходит наполнение «алкогольным содержанием» эмоциональной, волевой, нравственной сфер индивидуума. Безусловно это сопровождается мощнейшими деструктивными, физиологическими, психологическими процессами. Однако ошибочно рассматривать алкоголизацию исключительно как разрушение. Она несет в себе некий зловещий элемент «прогрессивности». Человек не утрачивает полностью эмоций, волю, нравственность, у него происходит постепенное изменение критериев ориентации в окружающем мире.

Так, у подростка, систематически использующего алкоголь, эмоции сохраняют свою подкрепляющую функцию, однако выполняется она лишь по отношению к деятельности, непосредственно связанной с алкоголизацией. Он может радоваться когда удалось достать алкоголь, огорчаться, если что-то помешало. Окружающие люди также будут восприниматься с этих позиций – вот почему даже собственные родители у подростка употребляющего алкоголь могут вызывать негативные эмоции (раздражение, неприязнь, а то и ненависть), если они так или иначе создают препятствия для употребления алкоголя. Упреки в «бесчувственности» вряд ли справедливы, другое дело, что чувства алкоголика имеют суженный спектр направленности. Поэтому попытки «достучаться» до подростка-алкоголика, апеллируя к его прежним эмоциональным привязанностям (любовь к родителям, чувство долга по отношению к близким), оказываются малоэффективными. Критерии эмоциональных оценок здесь уже значительно отличаются от общепринятых.

«Безволие» алкоголика также носит избирательный характер. В ситуациях связанных с алкоголизацией, алкозависимый способен проявить удивительную настойчивость, твердость в достижении намеченной цели.

Несмотря на самый строгий контроль со стороны окружающих, им нередко удается достать алкоголь буквально «из воздуха» [25].

Что же касается механизма нравственного подкрепления, то он постепенно оказывается подчиненным «оправданию» алкогольной потребности. В развитии идеологии алкоголизма могут быть выделены два уровня – низший, бытовой и высший, теоретический.

Первый уровень служит оправданию употребления алкоголя отдельным человеком. Так, подросток-алкоголик может объяснить свое пристрастие давлением среды: «все так делают, а я не хочу выделяться», возможностью за счет опьянения решить некоторые свои проблемы например, избавиться от негативных переживаний.

Второй уровень служит оправданию и защите алкоголизма как социального явления. При этом высказываются суждения, что алкоголь расширяет сферу духовной свободы человека, позволяют достичь той степени, которая не достижима какими-либо иными путями, и поэтому «способствуют прогрессу». Из этого делают «естественный» вывод: препятствовать употреблению человеком алкоголя – значит нарушать его личную свободу [26].

Безусловно, алкогольная потребность формируется не сразу. Путь в пронасть алкоголизма может длиться довольно долго и поэтапно.

Первый этап связан с начальными пробами опьяняющего вещества. Мотивы приобщения обычно носят социальный характер. Так, подросток впервые использует алкоголь не столько ради «кайфа», сколько для того, чтобы «стать своим в компании», «не выглядеть белой вороной в глазах окружающих». Чаще всего прочувствования гедонического эффекта на этом этапе не происходит. Это обусловлено тем, что опьяняющему веществу не сразу удается нарушить метаболическую устойчивость в структурах мозга. Как правило, подростки отмечают, что первая проба вызывает или неприятные ощущения (тошнота, головная боль), или ощущения, знак которых («положительный» или «отрицательный») подростки затрудняются

определить (головокружение, заторможенность) Следует отметить, что такая «неопределенность» первой пробы может сыграть провоцирующую роль в развитии дальнейшего алкогольного заражения. Начальный этап алкогольной карьеры несовершеннолетних не затрагивает содержания социальных критериев, используемых подростком. Основные жизненные ориентиры и ценности сохраняются. Значение этого этапа заключается в следующем: в сознании несовершеннолетнего первый опыт опьянения снимает некие психологические барьеры (страх наказания, боязнь за собственное здоровье), выполняющие антиалкогольную функцию. При реальном знакомстве с алкоголем происходит и практическое освоение технологии опьянения.

Второй этап. Наиболее существенное событие этапа – первое прочувствование эйфорического эффекта алкоголизации, вызванное нарушением устойчивости метаболических процессов в структурах мозга. Это обуславливает изменение мотивов алкоголизации – они приобретают гедоническую окраску, то есть для подростка привлекательной становится сама возможность получения приятных ощущений – алкоголь начинают использовать ради «кайфа». Обычно даже первые эйфорические ощущения затрагивают (пусть и незначительно) эмоциональную, нравственную сферы индивидуума. Основное значение этапа заключается в формировании у подростка представления о «позитивных» сторонах опьянения и фиксации деятельности, способствующей алкоголизации.

Третий этап связан с формированием психологической зависимости от алкоголя, что выражается в периодически возникающих негативных ощущениях и переживаниях (раздражительность, дискомфорт). Обычно это связано с отсутствием алкоголя, после его использования ощущения психологического дискомфорта исчезают. Меняется мотив алкоголизации – из гедонического он становится компенсирующим, то есть подросток обращается к алкоголю уже не столько ради достижения эйфорических ощущений, сколько ради того, чтобы стабилизировать психическое состояние, вернуть его к комфортному. Происходят существенные

перестройки на личностном уровне – эмоциональный, волевой, нравственный механизмы подкрепления во многом оказываются подчиненными опьянению. Поведение подростка и характер его взаимоотношений с окружающими меняется. Прежние интересы и увлечения теряют свою значимость, появляется новый круг общения. Подросток начинает по-иному реагировать на происходящие вокруг, причем не всегда это изменение со знаком «минус». Так, вспыльчивый юноша, не способный спокойно выслушивать замечания родителей, становится удивительно спокойным и равнодушным, так как доводы, приводимые взрослыми, их чувства и переживания перестают его волновать. Значение этапа заключается в изменении личностно-психологического критерия школьника, его выходе из границ «нормы», «здоровья» и перехода в ранг «болезни».

Четвертый этап характеризуется формированием физической зависимости от алкоголя. Это связано с окончательной перестройкой метаболических процессов в структурах мозга. При отсутствии алкоголя индивидуум испытывает сильнейший физиологический дискомфорт – абстиненцию, «ломку». Единственной целью алкоголизации является избавление от мучительных ощущений. Существенные психологические и физиологические деструкции обуславливают деградацию личности [27].

Таким образом, мотивы приобщения к алкоголю носят поэтапный характер, от эйфорического эффекта до стабилизации психического состояния, за счет алкоголя.

1.3 Уровни потребления алкоголя и степень риска заболевания алкоголизмом

Именно уровень потребления раскрывает суть различий между здоровыми людьми и людьми с аддиктивным поведением:

0 – означает полный отказ от употребления алкоголя;

1 – уровень низкой степени риска, означает прием 1 – 2 доз 6 – 8 раз в год;

2 – уровень умеренного потребления, означает прием 1 – 2 доз 10 – 20 раз в год;

3 – опасный уровень потребления, означает прием 3 – 4 доз 20 – 40 раз в год, либо 1 – 2 доз 6 – 10 раз в месяц;

4 – переходная стадия между злоупотреблением спиртным и заболеванием алкоголизмом, означает прием 3 – 4 доз 6 – 10 раз в месяц.

По международным нормам дозой считается 15 – 20 граммов чистого алкоголя. В пересчете на водку это составляет 30 – 40 граммов. В пересчете на натуральное вино, крепость которого не превышает 10 – 13 градусов, - 150 – 200 граммов

Увеличение частоты выпитого и злоупотребление свидетельствует о заболевании алкоголизмом [28].

Злоупотребление алкоголем происходит в следующих случаях.

1. Употребление алкоголя теми, кому не исполнилось 21 – 22 года.
2. Употребление лицами имеющими биологическую предрасположенность к алкоголизму.
3. Употребление алкоголя мужем и женой в период, близкий к зачатию будущего ребенка.
4. Употребление алкоголя женщиной в период беременности или грудного вскармливания.
5. Употребление лицами, находящимися в период ремиссии после лечения от алкоголизма.
6. Употребление лицами, которым противопоказано пить спиртное в связи с соматическими заболеваниями.
7. Употребление алкоголя в количествах и с частотой, соответствующими 3 и 4 уровням [29].

Ранней алкоголизацией, т.е. злоупотреблением алкоголя без признаков зависимости от него, было предложено считать знакомство с опьяняющими дозами алкоголя в возрасте до 16 лет и регулярное его употребление в более старшем возрасте. Степень злоупотребления оценивают по специальным

показателям - по частоте выпивок и количеству выпитого, а также по возникающим вследствие этого социально-психологическим проблемам. Ранняя алкоголизация является одной из форм нарушения поведения у подростков - обычно она идет рука об руку с уклонением от учебы и работы, с делинквентностью, уходами из дома, а иногда и со злоупотреблением другими дурманящими веществами. Ранний алкоголизм включает формирование хотя бы I стадии в возрасте до 18 лет [30].

В младшем подростковом возрасте (до 14 лет) чувствительность к алкоголю высока, и даже от небольших доз алкоголя может наступить тяжелое опьянение. В среднем и старшем подростковом возрасте порог опьянения весьма индивидуален. При определении концентрации алкоголя в крови у подростков в состоянии алкогольной комы был установлен довольно значительный разброс - от 2,2 до 6,6 г/л. Чувствительность к алкоголю может быть повышена у инфантильных и физически ослабленных подростков, при резидуальном органическом поражении головного мозга, а также у перенесших гепатит [31].

G. Milgram, T. Griffint [1986]. Выделили градацию тяжести опьянения:

0,3 г/л - легкая эйфория и релаксация; 0,6 г/л - легкое оглушение, замедленные ответы, смазанная речь; 0,9 г/л - нарушение самоконтроля, затруднение суждений; 1,2 г/л - неясная речь, нарушение координации [32].

Признаками высокого риска формирования раннего алкоголизма у тех, кто начал злоупотреблять алкоголем, считаются:

Алкоголизм отца, развившийся до рождения подростка;

Алкоголизм матери, особенно для дочерей;

Конституциональная психопатия эпилептоидного типа;

Атипичные реакции на первые опьяняющие дозы алкоголя в виде слабого опьянения от большого количества спиртного и отсутствия атаксии при опьянении;

Дисфорические и амнестические картины опьянения;

Сочетание низкой изначальной толерантности к алкоголю с быстрым ее

нарастанием по мере злоупотребления;

Предпочтение крепких напитков слабым, добавление к алкоголю различных средств, усиливающих опьянение;

Резидуальное органическое поражение головного мозга с картиной выраженной энцефалопатии;

Черепно-мозговые травмы с потерей сознания в анамнезе;

Злоупотребление ингалянтами, предшествующее или перемежающееся с алкоголизацией;

Раннее начало алкоголизации - до 10-12 лет [33].

Таким образом, количество и частота потребления спиртного может свидетельствовать о наличии, либо отсутствии у человека алкогольной зависимости.

1.4 Стадии развития алкоголизма и мотивация употребления алкоголя

Развитие алкоголизма принято разделять на 3 стадии. Границы между ними условны. III стадия является итогом многолетнего течения болезни. В подростковом возрасте ее развитие не успевает достичь III стадии.

Индивидуальная психическая зависимость является основным признаком I стадии алкоголизма. В отличие от групповой психической зависимости, свойственной аддиктивному поведению еще в предболезненном периоде, индивидуальная зависимость характеризуется рядом особенностей [34].

Зависимость, по определению ВОЗ представляет собой "состояние периодической или хронической интоксикации, вызываемое повторным употреблением естественного или синтетического вещества". Зависимость отличается следующими характеристиками:

- 1) овладевающим желанием или непреодолимым влечением продолжать употребление данного вещества, добывая его любыми путями;
- 2) тенденцией увеличивать дозу, обнаруживая рост толерантности;

3) возникновением "индивидуальных и социальных проблем", обусловленных злоупотреблением и др.

При психической зависимости перерыв в употреблении вызывает чувство тревоги и напряжения, но отсутствует тяжелый физический дискомфорт. Внешним проявлением психической зависимости служат особенности поведения - соответствующий круг общения со злоупотребляющими, начало употребления алкоголя в одиночку [35].

Субъективным проявлением индивидуальной психической зависимости является постоянное стремление к повторному употреблению. Иногда это неточно называют абсессивным влечением, что может навести на мысль о сходстве с невротическими навязчивостями, которое вовсе отсутствует. В отличие от невротических абсессий подобным овладевающим желанием совсем не тяготятся и не стараются от него избавиться. Больными себя не считают, и желание лечиться, как правило, отсутствует [36].

Стертая картина абстиненции возникает еще на I стадии болезни при наличии только психической зависимости. Перерыв в регулярном злоупотреблении не вызывает в этих случаях заметных неврологических или вегетативных расстройств, как при выраженной абстиненции на II стадии болезни. Главным симптомом стертой абстиненции служит резко обострившееся влечение к алкоголю. Наряду с этим могут наблюдаться не резко выраженная депрессия и достаточно клинически очередная дисфория.

Другие признаки I стадии являются дополнительными. Они проявляются при злоупотреблении не всеми веществами. В то же время они могут в силу действия различных факторов возникнуть еще в предболезненном периоде - на фоне аддиктивного поведения без зависимости.

Дополнительными признаками I стадии являются следующие.

Угасание защитных рефлексов на передозировку проявляется исчезновением рвотного рефлекса на чрезмерную дозу алкоголя (можно

напиться до бессознательного состояния, но рвоты не будет). Однако иногда защитные рефлексы могут отсутствовать изначально.

Повышение толерантности, т.е. устойчивости к токсическому веществу, способности переносить его действие, проявляется тем, что прежние дозы не вызывают обычного эффекта, который достигается только с увеличением доз.

Социальная дезадаптация также иногда приводится в качестве одного из признаков, нередко сопровождается зависимостью у взрослых.

Основным признаком II стадии алкоголизма считается развитие физической зависимости и связанного с ней выраженного абстинентного синдрома при перерыве регулярного злоупотребления.

Физической зависимостью называют состояние, когда вещество, которым злоупотребляли, становится постоянно необходимым для поддержания нормального функционирования организма. Перерыв в употреблении вызывает выраженную абстиненцию - болезненное состояние, проявляющееся характерными психическими, неврологическими и соматическими расстройствами [37.]

Абстинентный синдром принято непосредственно связывать с физической зависимостью. Однако у подростков целесообразно различать выраженный абстинентный синдром, действительно с ней связанный, и стертый абстинентный синдром, когда перерыв в злоупотреблении каким-либо веществом происходит на фоне только психической зависимости от него.

Выраженный абстинентный синдром включает не только психические, но и неврологические, и соматические нарушения. Его картина часто состоит из симптомов, являющихся как бы антиподами тех, что появляются во время токсического опьянения.

Абстинентный синдром у подростков имеет некоторые особенности, свойственные именно данному возрасту. Обычно резко бывает выражено психоподобное поведение, напоминающее декомпенсацию при

эпилептоидной и истероидной психопатиях. Другой особенностью является нередкая склонность диссимулировать абстиненцию. Скрывая ее, вегетативные нарушения, которые невозможно утаить, объясняют каким-нибудь соматическим заболеванием (простудой) [38].

В подростковом возрасте бывают особенно выраженными постабстинентные состояния в виде выраженной астении, которая может сопровождаться слабодушием, склонностью к раскаянию (временному), иногда нестойкими идеями самообвинения.

Компульсивное влечение отличается неодолимостью, невозможностью его подавить. Такое влечение обычно связывают с физической зависимостью.

Анозогнозия - нежелание и неспособность признать наличие болезни, в частности развившуюся тяжелую зависимость - у подростков бывает выражена не менее чем у взрослых [39].

Другие симптомы II стадии болезни можно рассматривать как дополнительные. К ним относят следующие.

Изменение картины опьянения - вместо эйфорических появляются дисфорические и амнестические формы.

Продолжающийся рост толерантности также является признаком, присущим алкоголизму на II стадии болезни. Нарастающая социальная дезадаптация, как правило, начавшись ранее, сопровождает II стадию болезни. Подростки не только забрасывают учебу и работу, порывают положительные социальные контакты, ведут паразитический образ жизни, но и совершают преступления. Главная цель последних - раздобыть деньги на выпивку. Они начинают также совращать младших подростков, толкая их на правонарушения и к аддиктивному поведению, создавая из них подчиненную себе группу [40].

В случае продолжения употребления спиртных напитков наступает третья стадия алкоголизма, которая характеризуется полным распадом человеческой личности и истощением всех психофизиологических функций. Синдром психической зависимости от алкоголя изменяется за счет

углубления и усиления физической зависимости. Алкоголик принимает этанол, чтобы уменьшить физический дискомфорт. Толерантность к спиртному снижается, и теперь уже человек быстро пьянеет, доходя до тяжелых состояний интоксикации даже от малых доз. В третьей стадии чаще употребляют суррогаты, так как от них при меньшем количестве выпитого, возникает больший эффект опьянения. Амнезии почти постоянные, глубокие и стойкие. В этой стадии алкоголик пьет запоями: 3 – 4 дня непрерывного употребления спиртного чередуется с 10 – 15 днями так называемого светлого промежутка. Может быть и наоборот [41].

Личность больных нивелируется, делая алкоголиков в третьей стадии даже внешне похожими друг на друга: опустошенными, безразличными к окружающей действительности, с явными признаками слабоумия. Отмечаются такие органические симптомы слабоумия, как ухудшение памяти, снижение критики, общее нарушение строя личности, неврологическая симптоматика обостряется, могут появиться системные нарушения, мозговые синдромы, нарушения координации движений. Осложнения выражаются в виде психозов.

Алкоголики в третьей стадии обязательно больны соматически (цирроз печени, язва желудка, сердечно-сосудистые заболевания и т.д.) Кроме того, у них крайне снижена сопротивляемость организма, в результате чего они умирают не столько от инфаркта, инсульта и других, опасных для жизни болезней, а скорее от обычных заболеваний: гриппа, воспаления легких и т.п. Третья стадия алкоголизма в среднем формируется спустя 8 – 10 лет после начала злоупотребления алкоголем [42].

Таким образом, на каждой стадии алкоголизма есть ведущий мотив употребления алкоголя, то есть мотивация употребления алкоголя напрямую зависит от стадии алкоголизма. Мотивация первоначального употребления алкоголя и последующего злоупотребления бывает различной. В качестве первой чаще всего приводится "реакция имитации", "реакция группирования со сверстниками". Предметом подражания становятся выпивки других

членов группы, семьи, старших, отдельных "значимых" сверстников, кумиров подростковой моды, а также подспудная пропаганда алкоголя средствами массовой информации, особенно зрительной - сцены выпивок, застолий, тостов в теле- и кинофильмах [43].

Реакция группирования со сверстниками дает себя знать фактором конформности с группой - желанием быть "как все", стремлением, чтобы "признали своим". Строго говоря, выбирается не алкоголь, а компания сверстников. В пьющую компанию тянет подростков, не имеющих или утративших перспективы в жизни, или жаждущих вырваться из-под опеки старших в силу реакции эмансипации [44].

В качестве одного из факторов приводится любопытство - желание познать неизведанное, пережить необычно веселое настроение. Регулярное злоупотребление, может также в качестве мотивации иметь реакцию группирования со сверстниками "не отставать от своих" или имитировать поведение старших, но постепенно все более проявляется действие нового фактора - желания поднять настроение, облегчить контакты со сверстниками в особенности эмоциональные, "не переживать", т.е. не думать о неудачах и неприятностях и не страшиться предстоящих трудностей. В качестве причины выпивок 14% подростков женского пола привели довод, что умеренные дозы алкоголя "полезны для здоровья". Вряд ли это служит истинной мотивацией, хотя подобные суждения в прошедшие времена были широко распространены в населении и даже разделялись некоторыми врачами [45].

На I стадии алкоголизма ведущим мотивом становится жажда эйфории или сходных необычных ощущений. На II стадии к этому присоединяется компульсивное влечение, связанное с физической зависимостью от алкоголя. П.И. Сидоров попытался систематизировать "механизмы алкоголизации" у подростков в виде следующей схемы: "индукция" (влияние группы сверстников), "стимуляция" (жажда ощущения подъема, бодрости при астении вследствие регулярных выпивок),

"деформация" (следствие не сформировавшихся жизненных установок, отсутствия увлечений) и "срыв реактивности" (падение сопротивления организма действию алкоголя - от утраты рвотного рефлекса до амнестических опьянений и физической зависимости) [16].

По мнению И.Г. Уракова и И.Б. Власовой, смена мотивов происходит в зависимости от возраста подростков: до 12 лет - подражание членам семьи, в 13-14 лет - "протест" семье и старшим, в 14-15 лет - выступает реакция эмансипации и имитации поведения сверстников, в 15-16 лет начинают более сказываться питейные традиции.

Тип акцентуации характера и тип психотерапии оказывают существенное влияние на мотивацию употребления алкоголя, как первоначальную, так и последующую регулярную.

При неустойчивом типе мотивом служит поиск легких развлечений, удовольствия, бездумного времяпрепровождения, поэтому предпочитаются неглубокие эйфоризирующие степени опьянения и вино обычно привлекает больше, чем водка и другие крепкие напитки. Мотивировкой предпочтения служит довод, что "водка - невкусная" или гораздо реже более точный - "водка слишком быстро валит". Поиск веселого времяпрепровождения в своей компании легко становится причиной частых выпивок.

При гипертимной акцентуации побудительными мотивами нередко становятся безделье, отсутствие занятий, способных вызвать интерес, невозможность дать выход кипящей энергии (выпивки "от нечего делать"). К этому могут добавиться бравала перед сверстниками и постоянное желание лидировать в компаниях [46].

При эпилептоидной акцентуации опьянения обычно не дают легкой и приятной эйфории или она бывает мимолетной. При хорошей социальной адаптации так называемые гиперсоциальные эпилептоиды могут не только воздерживаться от выпивок, но и выступать в роли воинствующих трезвенников, пользоваться благосклонным поощрением у воспитателей, но на деле, вызывая у сверстников неприязнь, отнюдь не способствуют

антиалкогольным установкам. Мотивом первых выпивок может стать желание "разрядиться" - излить на других и даже на самого себя накопившуюся злобу. Субъективное ощущение "облегчения" провоцирует в дальнейшем стремление напиваться до "отключения". В итоге быстро возникает психическая зависимость, которая становится причиной пьянства эпилептоидных подростков [47].

При истероидной акцентуации ее главные черты - претенциозность и демонстративность, жажда внимания к себе со стороны сверстников, выделиться в "своей" группе - оказываются ведущим мотивом алкоголизации. Выступает склонность преувеличивать степень опьянения и количество выпитого, появляется нетрезвым в общественных местах, перед родными и знакомыми. В компании сверстников во время выпивок претендуют на способность "всех перепить". Но по мере повторения выпивок все более важным становится мотив релаксации - "забыть" о неприятностях, потешить себя мечтами об исполнении несбыточных желаний.

При акцентуации по эмоционально-лабильному типу важнейшим мотивом первых выпивок обычно служит поиск эмоциональных контактов в компании сверстников, жажда благожелательного теплого отношения, "понимания" своих переживаний приятелями. Особенно сильным этот стимул становится в случае эмоционального отвержения в семье. По мере повторения выпивок более отчетливо выступает желание поднять настроение, отрешиться от неприятностей, повеселиться. В силу этого довольно высоким становится риск психической зависимости.

Циклоиды обычно склонны к выпивкам только в периоды подъема настроения, когда они ведут себя как гипертимы. В субдепрессивных фазах алкоголь обычно не повышает настроения, чаще даже опьянения протекают по депрессивному типу, и поэтому прием алкоголя для купирования депрессий не типичен [48].

Для шизоидов наиболее важный мотив выпивок - использование алкоголя как своеобразного "коммуникативного допинга" - способа

облегчения контактов со сверстниками, особенно неформальных, эмоциональных, для устранения чувства неловкости и робости. Поэтому небольшие дозы алкоголя могут употребляется в одиночку, перед ситуацией, когда требуется проявить общительность.

Конформный тип акцентуации предрасполагает к легкому усвоению алкогольных стереотипов ближайшего окружения. Среди приятелей надо быть, "как все", не отставать от других и не выделяться [49].

Сенситивным и психастеническим подросткам выпивки в подростковом возрасте вообще не свойственны. Даже в пьющей семье или окруженные ровесниками они на обнаруживают тяготения к алкоголю.

По данным НИИ наркологии России, 65-80% сыновей и 15-20% дочерей больных алкоголизмом отцов по достижении зрелого возраста сами заболевают алкоголизмом.

По данным ОЦПЛЗЗ г. Павлодара 11 % от общего числа населения уже имеют диагноз «алкоголизм». Из них 6,3 % взрослые и 4,9 % подростков. Из ниже представленного графика виден уровень распространения алкогольной зависимости по Павлодарской области.

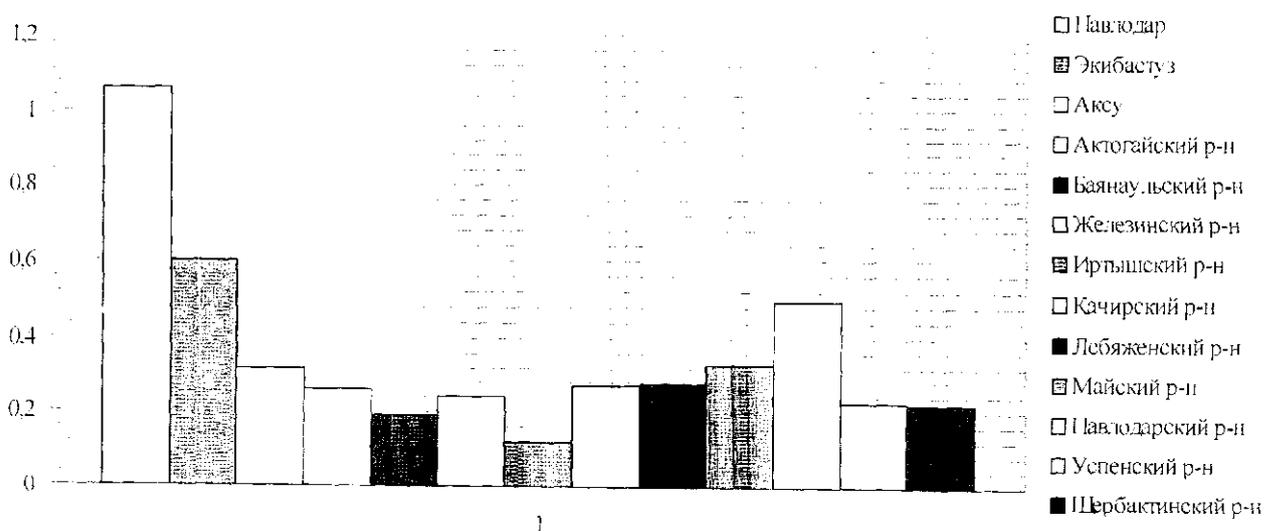


Рисунок 1 - уровень распространения алкогольной зависимости по Павлодарской области

Из графика видно, что процент распространения алкогольно-зависимых в городе выше, чем в сельской местности.

Результаты исследования показали, что основное влияние на формирование алкогольной зависимости оказывает социальная неустроенность, неудовлетворенность респондентов (низкий социальный статус, отсутствие работы, низкий уровень образования и дохода). Особенно сильное влияние социальная неустроенность оказывает на мужчин.

Наибольшая часть людей с алкогольной зависимостью (45,8%), принадлежат к средней возрастной группе (36-47 лет). Возможно, это можно объяснить тем, что приблизительно в 35 лет у мужчин наступает «кризис идентичности», который характеризуется потерей интереса к жизни, отсутствием полноты ощущений, ощущением «отставанием от жизни», изменением соматического здоровья.

Также результаты исследования показали, что наибольшее число зависимых от алкоголя также имеют:

- Низкий социальный статус (49,5%),
- Входят в группу риска (36,8%).
- Имеют статус безработного (39,4%),
- Возраст 36-47 лет (45,8%),
- Принадлежат к мужскому полу (82,3%),
- Среднее образование (73,1%).

Таким образом, группу эпизодически потребляющих алкоголь составляют люди имеющие низкий социальный статус, принадлежность к мужскому полу, наличие лишь среднего образования. Приобщение к алкоголю происходило преимущественно в кругу семьи.

Из всего выше изложенного можно сделать следующий вывод: теоретический анализ данной проблемы показал, что алкоголизм является заболеванием, которое выражается в физической и психической зависимости от этанола и приводит к нарушениям физиологических и психологических процессов.

РАЗДЕЛ 2 ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛЮДЕЙ СТРАДАЮЩИХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

2.1 Характерологические черты людей страдающих алкогольной зависимостью

В клинической литературе перечисляются различные черты молодых алкоголиков. В наблюдениях Маскау (1961) в качестве характерных черт личности пациентов были отмечены: возбудимость, агрессивность, импульсивность, депрессивные реакции; сексуальные извращения и др. Zakevich (1963) считает, что характерологические расстройства у несовершеннолетних алкоголиков имеют преимущественно органическую почву. И. Л. Злотников с соавторами (1970) Отмечают рано появляющиеся у подростков изменения личности, к которым они относят: возбудимость, взрывчатость, заострение характерологических черт, свойственных пубертатному возрасту, быстрое развитие нарушений социальной адаптации, узкий круг интересов, асоциальные тенденции, эмоциональное огрубение, конфликты с родителями. М.А. Чалисов с соавторами (1973) и В.В. Веселовский с соавторами (1976) находят у юношей, страдающих алкоголизмом, изменения характера в виде грубости, эмоциональной холодности, циничности, утраты привязанности к родителям и членам семьи, у некоторых – агрессивности [50].

Кратко опишем наши наблюдения над характерологическими чертами молодых алкоголиков.

Лживость людей страдающих алкоголизмом хорошо знакома клиницистам и психологам. У подростков же она особенно непоследовательна и эмоциональна. Наиболее демонстративно она выражается в стремлении скрыть истинные причины и размеры пьянства. По мнению А.К. Жмурова пациенты, например, нередко утверждают, что пьют так редко и мало, что их надо считать едва ли не абсолютными

трезвенниками, либо, наоборот, преподносят утяжеленный гротескный алкогольный анамнез. Эта характерная потеря "меры диссимуляции" (Жмуров, 1978) свидетельствует и об отсутствии подростков ясного представления о границах умеренного употребления алкоголя, и об их изоляции от воздействия противоалкогольной пропаганды. Что же касается трезвости, то она подставляется им столь чуждой и неестественной, что нужны, по их мнению, особые причины, чтобы не пьянствовать. С другой стороны, потеря "меры диссимуляции" тесно связана с общими возрастными особенностями подростка, в частности, с недифференцированностью оценок, "контрастным" внутренним зрением.

Как характерную черту, необходимо отметить неустойчивость настроения страдающих алкогольной зависимостью. Так, вкрадчивость и подлобострастие в ситуациях, сулящих выпивку, резко сменяются гневными вспышками и агрессивностью, если ей препятствуют. Брутальные аффекты особенно легко развиваются в кругу близких, редко сменяясь даже при посторонних хотя бы формальной вежливостью [51].

Та же неустойчивость, имеющая, по сути дела, ту же логику и подоплеку, типична и для других черт. Так, возможность созвучности переживаний, синтонность несовершеннолетних больных носят в развернутых стадиях заболевания преимущественно парциальный, а не диффузный характер: она выражается главным образом в отношениях с людьми, злоупотребляющими алкоголем; сверстники же с трезвенническими установками подвергаются остракизму и третируются как "неполноценные" и "ненормальные". Подростки становятся невнимательными к близким, к прежним друзьям, неискренними, холодными, замкнутыми и недоверчивыми. Непринужденно, синтонно они чувствуют себя только в "своем кругу". Нередко они весьма заботливы к себе подобным, например, целыми "делегациями" навещают товарищей, находящихся на стационарном лечении от алкоголизма. Вообще они легко находят общий язык со злоупотребляющими алкоголем и быстро сближаются с ними, формируя

своеобразное сообщество, где господствуют особые нормы взаимоотношений и "кодекс чести", основанные на употреблении спиртных напитков.

Что касается внешних манер поведения, то несовершеннолетним больным свойственны – часто наигранные и компенсаторные – бесцеремонность, развязность, бахвальство, которые, однако, в условиях строгого контроля легко сменяются подавленностью, беспомощностью и пассивной подчиняемостью [52].

Ученые выделяют, что при развитии хронического алкоголизма неизбежно меняется характер человека. Чаще всего на первой стадии алкоголизма характер определяется такими чертами, как преобладание пониженного и в тоже время неустойчивого настроения, неуверенность в себе, появляется склонность сосредоточиваться на мыслях о различных болезнях (действительных и мнимых), стремление уклониться от трудной работы, принятия ответственных решений. Такие черты характера формируются под влиянием одновременного воздействия нескольких причин – здесь и снижение работоспособности нервных клеток под влиянием хронической алкогольной интоксикации, и частое возникновение травмирующих психику конфликтных ситуаций, и, нередко, осознание своей вины, постоянные самоупреки. Алкоголики жалуются на слабость, повышенную утомляемость, чувство разбитости, тяжесть в голове, днем они испытывают сонливость, а вечером долго не могут заснуть. Сон – поверхностный, с кошмарными сновидениями, ранним пробуждением, совершенно не освежающим. На работе они становятся суетливыми, стремятся поскорей отделаться от полученного задания, не обращая внимания на качество исполнения, им трудно сосредоточиться на работе, они быстро истощаются, не доводят начатого дела до конца. Они пессимистично настроены, сознают свою неполноценность, легко ранимы, плаксивы [53].

Другой, довольно частый тип изменения характера у алкоголиков, проявляется в том, что они становятся крайне возбудимыми, злобными.

Малейший пустяк сопровождается бурными вспышками, скандалами, драками. Виновными считают не себя а других, враждебно воспринимают любые критические замечания в свой адрес. Проявляют во время вспышек выраженную агрессивность.

При начале пьянства в раннем возрасте и его большой продолжительности изменения характера нередко проявляются в безразличии, вялости, апатии, безынициативности, в сужении круга интересов [54].

Особенно резко страдают моральные и этические качества, чувство долга перед семьей, чувство любви и привязанности к близким, чувство благодарности к людям, чувство стыда и брезгливости, элементарная человеческая честность и добропорядочность.

Эмоции (чувства) алкоголиков неуравновешенны, поверхностны. Настроение их часто колеблется: то они подавлены, плаксивы, то – беззаботны, самодовольны, то – злобны, сварливы. Нередко считаются эгоистичная черствость, безразличие к нуждам близких со слезливой сентиментальностью. Внешние проявления эмоций бывают довольно яркими, что создает впечатление искренности и даже глубины, однако этому противоречит их нестойкость, частая смена настроения, подчас на противоположное. Иногда у алкоголиков без особой дополнительной причины возникают периоды тоскливости, сосредоточенности на мыслях о своей никчемности, бесполезности. В других случаях тоска сочетается со злобностью, напряженностью, недовольством не только самим собой, но и всем миром. Именно в такие периоды алкоголики бывают особенно склонны к самоубийству и его попыткам [55].

Обязательной чертой личности алкоголиков является безволие, развивающееся даже у тех из них, которые в прошлом отличались твердым, решительным характером. Им не хватает выдержки и настойчивости, внутренней дисциплины и самостоятельности [56].

Снижение интеллекта и памяти развивается у алкоголиков несколько медленнее, чем ослабление морали и воли. На первых порах речь идет не столько о поделенном снижении интеллекта, сколько о своеобразной вялости, неспособности сосредоточиться, мобилизовать свои мыслительные способности на решении поставленной задачи. В дальнейшем снижается память – первоначально на даты, имена, термины, затем становится вообще трудно запоминать что-либо новое. Алкоголик уже не может пополнить свой запас знаний, навыков, он живет старым багажом, мышление его идет проторенным путем, он склонен употреблять шаблонные обороты речи, многократно рассказывая одним и тем же людям истории и анекдоты. Параллельно с этим снижается и способность к абстрактному мышлению, способность к творческому труду. В конечном итоге может развиваться выраженная интеллектуальная неполноценность [57].

Таким образом, у людей страдающих алкогольной зависимостью происходят изменения в познавательной и эмоционально-волевой сферах.

2.1.1 Изменение деятельностной и смысловой сфер личности

Перестройка и развитие самой иллюзорно-компенсаторной деятельности происходят в условиях, резко отличающихся, скажем, от также глубоких изменений структуры личности под воздействием той или иной "неалкогольной" страсти, например скупости, накопительства, тщеславия, чрезмерной заботой о своем здоровье, одержимости какой-либо идеей и т. п. Развитие деятельности при алкоголизме протекает, во-первых, в особых социальных условиях более или менее выраженного суждения, противостояния явным проявлениям порока и, во-вторых, в условиях соответствующих физиологических перестроек организма, условиях, значительно измененных по сравнению с нормой и особенно злокачественных, как мы видели, при раннем алкоголизме. Надо еще раз подчеркнуть, что учет позднего обстоятельства обязателен для

психологического анализа, который вне его рискует выродиться в пустое "психологизирование" и может привести к психологическому редукционизму – сведению всех составляющих и переплетений сложного процесса болезни к сугубо психологическим моментам.

Между тем появление абстинентного синдрома ведет к возникновению в его структуре обсессивного и компульсивного влечения, что резко изменяет условия развития потребностно-мотивационной сферы; появление органической энцефалопатии обуславливает нарушения мышления; интоксикационная астения искажает течение эмоциональной жизни и т. п. Все это не может не отразиться как на характере ведущей алкогольной деятельности, так и на характере всех остальных видах деятельности больных. К этому необходимо прибавить: последствия токсической энцефалопатии, нарушения внимания, мышления, памяти, работоспособности [58].

В результате остаются лишь те потребности, которые могут быть удовлетворены несложными мало опосредствованными действиями.

Но и этим не ограничиваются последствия перестройки иерархии мотивов и видов деятельности. Иллюзорно-компенсаторный характер алкогольной деятельности со временем распространяется и на другие, "неалкогольные" деятельности, и чуть ли не любая из них начинает направляться не на реальное достижение тех или иных целей, а, скорее, на имитацию этих достижений с подключением соответствующих эмоциональных, чаще всего весьма лабильных компонентов (Сурнов Д.С., 1982).

Таким образом, в ходе алкоголизма алкогольная деятельность не просто "надстраивается" над прежней иерархией видов деятельности и потребностей, но преобразует эту иерархию, преобразует сами мотивы и потребности личности. Она как бы "придавливает" их, вытесняя все, что требует сложноорганизованной деятельности" доставляя лишь несложные и примитивные потребности. В результате такого переформирования перед нами уже фактически новая личность с качественно новыми мотивами и

потребностями, с новой их внутренней организацией. Следует также отметить, что изменяется не только деятельностьная, но и смысловая сфера.

Начало злоупотребления тесным образом связано с психологическими особенностями подросткового кризиса. Неблагополучный подросток, находящийся, как и его благополучные сверстники, в переходном потребностном состоянии, выбирает при этом не сам по себе алкоголь, а "свою" компанию, группу, в которой уже (т. е. вторично) непременным атрибутом является регулярная выпивка со всеми вытекающими из нее последствиями. Таким образом, неблагополучный подросток, как и подросток благополучный, в формировании своей смысловой, ценностной сферы тяготеет к группоцентрической ориентации, формируя и реализуя в ее рамках потребности в общении, дружбе, совместной деятельности и т. п.

Однако затем внутренние психологические пути развития смысловой сферы благополучного и неблагополучного подростка начинают резко расходиться. В первом случае, по выходе из подросткового кризиса следует ориентация на профессиональные интересы, происходит дифференцирование нравственных оценок, выравнивается их полярность, вырабатываются обобщенные идеалы, но, что самое главное для смысловой сферы, апробируется, формируется, осваивается качественно новая ступень, уровень смыслового поля – уровень отношения к другим, незнакомым людям, миру вообще. Если в подростковом возрасте на какое-то время главным смыслообразующим отношением становится отношение "я и группа", то юношеский возраст характеризуется снижением значимости группы, подъемом интереса и субъективной смысловой значимости отношений "я и мир" (Лишин О. В.). Это не означает, конечно, что юноша вообще выпадает из тесного общения, из той или иной взаимосвязи людей. Это означает обычно лишь то, что групповая взаимосвязь, как основной источник и форма выражения смысловых отношений, изживает себя, а нарождающийся новый смысловой уровень требует новых, адекватных себе форм человеческих взаимосвязей, а именно коллективистских, направленных на создание

общественно значимого, на пользу другим (пусть незнакомым, чужим, дальним) людям, предназначенного результата деятельности [59].

Всего этого с алкоголиками не происходит. "Компания" замыкает, ограничивает развитие смысловой сферы группоцентрической ориентацией и в своей деятельности, существовании идет не к коллективу, а к группе-корпорации, не соединяющейся, а, напротив, все более разъединяющейся, разобщающейся с "большим миром". В результате и возникающие в рамках этой ориентации личностные ценности оказываются все более отграниченными от общечеловеческой нравственности [60].

Процесс этот не мог бы происходить ни столь злокачественно, ни столь быстро, если бы его существенным, а со временем и главным системообразующим моментом, не была групповая выпивка, регулярное злоупотребление алкоголем, которое становится не только особой, асоциальной по своей направленности деятельностью, не только ведет к оторванному от реальности иллюзорно-компенсаторному удовлетворению потребностей, не только подавляет и перестраивает иерархию мотивов, но и является опаснейшим ядом для детского организма, его нервной системы, головного мозга, ведущим к явлениям абстинентного синдрома, компульсивного влечения, токсической энцефалопатии. Не случайно поэтому, что по мере перерастания злоупотребления в болезнь и особенно во время быстрого, "лавинообразного" вrastания симптомов болезни группоцентрический уровень развития смысловой сферы, даже с его извращенным содержанием, становится слишком высоким для больных и происходит "сползание" на эгоцентрический уровень. Группа, своя компания как таковая остается, но она перестает быть смысловым центром, целью, становясь все более лишь средством для удовлетворения возрастающей потребности. Поэтому, в частности, больные перестают держаться только "своих ребят" и их интересов и начинают легко сходиться с любым злоупотребляющим, с любой, даже на короткое время возникшей, компанией пьющих людей [61].

Но и этот уровень не является конечным. На поздних стадиях алкоголизма все чаще наблюдается выпадение из собственно смыслового поля в поле сугубо ситуационное. Иными словами, преобладающими, наполняющими смысловую сферу становятся ситуативные смыслы, появляющиеся по поводу конкретных событий либо непосредственно происходящих перед глазами, либо отдаленных (вперед или назад) на весьма незначительное время [62].

Приведенные факты позволяют по-новому подойти к одному из самых распространенных и в то же время одному из самых туманных в психиатрии определений процесса деградации, а именно определению его как "снижения", "уплощения" личности. Интуитивно термины "снижение", "уплощение", как и многие другие термины клинического описания, кажутся понятными, правда, лишь при условии соотнесения их с конкретными образами алкоголиков. Однако их содержание, равно как и содержание большинства других подобных терминов, остается в психиатрии очень неопределенным. Предложенный подход позволяет рассматривать "снижение" как термин, относимый к смысловой, нравственно-ценностной плоскости развития личности [63].

Итак, в ходе алкоголизма происходят глубокие изменения личности, всех ее основных параметров и составляющих. Это в свою очередь неизбежно приводит к появлению и закреплению в структуре личности определенных установок, способов восприятия действительности, смысловых смещений, клише, которые начинают определять все, в том числе и "неалкогольные" аспекты поведения подростков, порождать их специфические для алкоголиков характерологические черты, отношения к себе и окружающему миру. В работе К.Г. Сурнова (1982) было, в частности, выделено несколько таких установок, определяющих смысловой, предметный и стилевой аспекты поведения:

- установка на быстрое удовлетворение потребностей при малых затратах усилий;

- установка на пассивные способы защиты при встречах с трудностями;
- установка на избегание ответственности за совершаемые поступки;
- установка на малую опосредованность деятельности;
- установка довольствоваться временным, не вполне адекватным потребности результатом деятельности.

Таким образом, алкоголизация приводит к появлению и закреплению в структуре личности определенных установок, которые выражаются в поведении, а также отношении к окружающей действительности.

2.2 Алкогольная деградация личности

У каждого человека, страдающего хроническим алкоголизмом, имеются индивидуальные особенности его проявления. Так считают, С.А. Кулаков, В.Б. Миневич, А.Л. Эпштейн.

Деградация личности по астено-невроподобному типу.

Повышенная раздражительность и астения выступают на первый план в клинической картине хронической алкогольной интоксикации. Затем у таких людей нарушается сон: он становится поверхностным, они часто среди ночи просыпаются и долго не могут уснуть или, наоборот, с трудом засыпают вечером. Продолжительность сна от 2 до 5 часов в сутки. Поэтому алкоголики, чтобы хорошо выспаться, принимают на ночь алкоголь в больших дозах. Они говорят, что не могут заснуть, если не выпьют 300—400 г водки. А. Л. Эпштейн придавал большое значение в клинике хронического алкоголизма агрипническому синдрому, считая, что он знаменует собой переход от латентного периода к открыто развивающемуся психотическому процессу. Алкоголики становятся чрезмерно эмоционально возбудимыми, раздражительными. У них отмечается упадок физических и психических сил. Память и работоспособность несколько снижаются, наблюдаются вялость с тенденцией к сонливости, повышенная утомляемость. Особенно большие затруднения такие лица испытывают при работе, требующей длительного

напряжения. Алкоголики рассеянны, им трудно сосредоточиться. У них нередко отмечается тревожно-мнительный характер, склонность к навязчивым мыслям и ипохондрическим состояниям. Настроение у них неустойчивое, пониженное или несколько дисфоричное. Нередко снижается половая функция. Такие лица, если они не употребляют алкоголя, являются импотентами. Алкоголь усиливает у них эрекцию и половое влечение. Такие лица приходят к врачу и с горечью заявляют, что, пока они пили, «были мужчинами», а бросили пить — стали бессильными в половом отношении, и просят им помочь преодолеть этот недуг. Они жалуются на неприятные ощущения в области сердца, сердцебиение. При обследовании нередко определяются нечистые тоны, обусловленные вегетативной дисфункцией сердечно-сосудистой системы, этим же объясняется легкая возбудимость вазомотором. Могут выявляться неприятные ощущения в желудке, наличие повышенного газообразования. Нередко возникают головная боль, болезненные ощущения в разных частях тела [64].

Люди страдающие алкоголизмом с изменением личности по астено-неврозоподобному типу в отличие от других групп алкогольно-зависимых, страдающих хронической интоксикацией алкоголем, любят лечиться и просят назначать им разнообразные процедуры и лекарственные средства. Они приходят к врачу с запиской, где изложены их жалобы, так как боятся что-нибудь забыть. Такие люди просят направить их в специальные лечебные учреждения, санатории на длительный срок. Находясь в санатории, они высказывают недовольство, если им назначают мало лечебных процедур, и всегда предъявляют много жалоб, требуя, чтобы врачи чаще их осматривали, проводили различные исследования и анализы. алкогольно-зависимые всегда присматриваются к выражению лица врача, переспрашивают его, не находит ли он у них серьезных отклонений от нормы [65].

Астено-неврозоподобный синдром исчезает постепенно, после соответствующего лечения и длительного воздержания от алкоголя.

Деграция личности по алкогольному типу

Характеризуется эмоциональными расстройствами, так как у алкоголика ослабевают регуляция, адекватность, детерминированность эмоций. Таким больным присущи веселая беззаботность, легкомыслие, алкогольный юмор, некоторое брюзжание, недовольство, капризность. Одновременно у них наблюдаются лживость, эгоизм, эгоцентризм. Эти лица всегда на стороне того, кто с ними говорит, они могут льстить в глаза и в то же время за глаза легко присоединяются к чужой брани. На словах — потоки благодарности, а на деле — пренебрежение и даже дискредитация. Людям, страдающим хроническим алкоголизмом, свойственна повышенная внушаемость, ослабление воли, особенно если это касается употребления алкоголя. Круг интересов у них сужен, главным образом в общекультурном аспекте: они перестают читать книги, посещать театры, кино. У них ослабевает или утрачивается чувство долга перед обществом, коллективом, семьей. Нередко алкоголики полностью игнорируют плохое состояние своего здоровья, свою безопасность. В их поведении появляются развязность, разболтанность, склонность к обнаженному цинизму, снижение этического чувства, стыда, брезгливости. Алкогольное бахвальство доминирует в более поздних стадиях развития алкогольной деградации. Алкоголики без должной критики цинично рассказывают о прошлых интимных связях с женщинами, плоско шутят, цинично называют интимные стороны жизни своими именами. Свое нескритичное, неправильное поведение в быту категорически отрицают, в эксцессах обвиняют членов своей семьи. Настроение больных часто беззаботное, с элементами эйфории. Суждения их поверхностные. Планы на будущее несерьезны, легковесны. Находясь в больнице, обстановкой не тяготятся. Неряшливы, фамильярны, надоедливы. Критика у них снижена. Однако не всегда раскаяние, сожаление, слезы людей, страдающих алкоголизмом, лицемерны: они могут отдавать отчет в своих поступках, правильно их расценивать, но слабОВОлие не дает им возможности освободиться от алкогольного недуга. Можно предполагать, что аффективно-волевые и другие нарушения, свойственные острой алкогольной

интоксикации, при частом повторении во время хронической интоксикации алкоголем закрепляют их. Внимание и память обычно ослаблены. Потеря интереса, стремления к труду зависит от социального их снижения и астении, обусловленных алкогольной хронической интоксикацией.

Деграция личности по алкогольно-органическому типу

Наблюдается в основном у лиц, страдающих алкогольной энцефалопатией, атеросклерозом сосудов головного мозга, остаточными явлениями черепно-мозговой травмы и др. Настроение таких алкогольно-зависимых большей частью благодушное, слезливое. Наряду с аффективно-волевыми расстройствами наблюдаются грубые нарушения памяти, сообразительности, осмысливания. Мышление тугоподвижное, вязкое. Они многословны, болтливы, склонны к резонерству. Нарастающее безволие обуславливает у таких лиц рецидивы употребления алкоголя при первом удобном случае: зарплата, встреча со знакомыми, друзьями. Возвращаясь пьяными домой, они то устраивают очередные дебоши, то, падая на колени, просят прощения у жены и детей, дают торжественное обещание прекратить пьянство. Материальное положение семьи ухудшается, так человек страдающий алкоголизмом пропивает не только заработок, но нередко и деньги, вещи членов семьи. Такие люди теряют чувство человеческого достоинства, погружаются в пассивно инертное состояние, компенсируя отсутствие интересов воспоминаниями о прошлом, о своих несбывшихся мечтах, желаниях, стремлениях. Они уходят от живых, насущных интересов действительности и становятся на путь лживых измышлений и фантазий. При этом ничуть не смущаясь и теряя должный критерий между ложью и правдой, охотно хвастают перед своими собеседниками необыкновенными приключениями, необычными подвигами, знакомством с выдающимися людьми. Другие же, наоборот, ясно представляют и понимают свое падение, обусловленное пьянством. Пытаясь сохранить свое достоинство, они иронически, с оттенком юмора высмеивают себя. Они как бы протестуют против своей болезни, что, по-видимому, обусловлено сохранившейся

тенденцией к самоутверждению, и делают попытки освободиться от пьянства. Такие лица не лишены некоторой сентиментальности и при случае готовы пролить слезы, горюя над своей неудавшейся жизнью. Но слова у них расходятся с делом. Попытки начать новую жизнь (без алкоголя) в большинстве случаев являются лишь благими пожеланиями и обещаниями, которые кончаются очередной выпивкой.

Таким образом, можно говорить как бы о двух сторонах воздействия алкогольной интоксикации на характерологические особенности личности людей, страдающих хроническим алкоголизмом. У одних ярко выражены черты самоутверждения, бахвальства, переоценки своей личности, у других — пассивная инертность с поиском компенсации в иллюзорном мире фантазий и вымыслов, самоунижение. У некоторых алкоголиков одни характерологические черты личности сменяются другими. Необходимо подчеркнуть, что интоксикация алкоголем порождает пассивность, инертность, глушит, вернее тормозит, былую энергию, творческую фантазию. Алкоголь иногда инвертирует личность: люди, бывшие настойчивыми, энергичными, деятельными, волевыми, становятся слабавольными, пассивными, застенчивыми, робкими, неуверенными в себе, а люди застенчивые, робкие, не уверенные в себе, несколько заторможенные под влиянием алкоголя, наоборот, становятся развязными, требовательными, настойчивыми в определенном направлении, более откровенными, но обычно теряют свою интеллектуальную тонкость, рафинированность, глубину. В дальнейшем они превращаются в пассивных, индифферентных людей, трудовая доминанта которых затормаживается, этические и моральные качества личности снижаются в зависимости от степени деградации [66].

Деградация личности по психопатоподобному типу.

Люди, страдающие хроническим алкоголизмом с психопатоподобным изменением личности, раздражительны, вспыльчивы, склонны к колебаниям настроения: то дисфорическому раздражительно-тоскливому, то тоскливому

настроению с болезненным влечением к алкоголю. Алкоголизм у большинства таких лиц начинается в юношеские годы. Алкоголь делает их неполноценными, не адаптированными к среде, в нем они видят успокаивающее средство, дающее им возможность забыться, компенсировать свою неполноценность. Недостатки воспитания таких лиц в семье, избалованность, попустительство родителей, дурные компании создают почву для эпизодических алкогольных эксцессов, быстро способствующих возникновению и упрочению болезненной тяги к алкоголю. Эти больные не так быстро деградируют в моральном и интеллектуальном отношении. Они пьют периодически, иногда целые недели и месяцы, пока не удастся теми или иными средствами вывести их из оглушенного, токсического состояния. Многие алкогольно-зависимые в это время склонны к аморальным поступкам. Некоторые из них замкнуты, пьют в одиночестве. Это обычно люди, равнодушные и суровые по отношению к своей семье. Настроение у них большей частью мрачное. Они всем недовольны, нелюдимы, пытаются скрывать свое пьянство: когда пьют, запираются у себя в комнате, прячут алкогольные напитки в разного рода «тайники» в своей квартире. Другие больше под влиянием алкоголя дают бурные реакции, скандалят, оскорбляют близких, плюются, скрежещут зубами, ругаются, бьют себя по лицу и голове кулаками или пытаются биться головой о стену, бросают все, что попадает под руку, -- башмаки, часы, посуду, пищевые продукты. Кусают руки, наносят себе легкие повреждения. Такие лица не терпят противоречий. Они пытаются пугать своих родных, убегают из дома, угрожают всем [67].

Беспечность, беззаботность, безволие, грубый эгоцентризм, эгоизм, расторможенность высших и низших эмоций, повышенная аффективная возбудимость свидетельствуют о своего рода истеризации или изменениях психики по типу, сходному с истерическим типом деградации личности. Ряд страдающих алкоголизмом делаются застенчивыми, робкими, нерешительными, считают себя «хуже всех» и «ниже всех». Несмотря на имеющиеся у них подчас хорошие задатки, способности и даже талант, они

недооценивают себя, стараются держаться в стороне, быть незамеченными, не проявляют должной активности, чувствуют себя приниженными, ущемленными. В пьяном виде их облик изменяется: от свойственной им неуверенности и приниженности не остается и следа, они всячески начинают расхваливать себя, делаются придирчивыми, злобными, вспоминают все обиды скандалят. О таких людях обычно говорят, что в трезвом виде они мухи не обидят, а в пьяном — придирчивые, скандалисты.

Таким образом, несмотря на тип деградации личности, люди страдающие алкогольной зависимостью обладают сходными личностными особенностями, такими как: повышенная раздражительность, снижение памяти и работоспособности, вялость с тенденцией к сонливости, неустойчивое настроение. Одновременно у них наблюдается лживость, эгоизм, эгоцентризм.

Таким образом, рассматривая проблему личностных особенностей людей, страдающих алкогольной зависимостью, мы пришли к выводу, что с употреблением людьми алкоголя происходит: изменение познавательной сферы, а именно памяти, внимания и мышления; изменение смысловой и деятельностной сфер; эмоциональная сфера становится неустойчивой и нестабильной, а также происходит заострение личностных черт, а как следствие всего этого меняются мотивы и потребности, а самое главное происходит деградация личности. Так как деградация личности не является нормой, а является патологией, то с этим необходимо работать, а точнее корректировать, но не всякий алкозависимый психологически готов, а точнее замотивирован на изменение своих вновь приобретенных личностных особенностей. И, очень важным этапом в работе с людьми страдающими алкогольной зависимостью является работа с мотивацией на изменение поведения и продвижение в сторону выздоровления.

РАЗДЕЛ 3 ИССЛЕДОВАНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЛЮДЕЙ СТРАДАЮЩИХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ И СПЕЦИФИКА РАБОТЫ С НИМИ

3.1 Методы и ход исследования

Наше исследование состояло из трех этапов. На первом этапе нами была проведена диагностика личностных особенностей людей страдающих алкогольной зависимостью, в результате которой были выявлены личностные черты, которые необходимо корректировать. На втором этапе нами была проведена коррекционная программа, по сглаживанию заостренных личностных черт. после чего на третьем этапе был проведен повторный замер по тому же тестовому материалу, отслежена динамика и описаны результаты исследования.

Для исследования личностных особенностей людей страдающих алкогольной зависимостью мы использовали следующие методики.

1. Многофакторный личностный опросник Кеттелла

2. Методика MMPI (миннесотский многомерный личностный перечень)

3. Методика «Самооценка Дембо-Рубинштейн»

Наш выбор методик обосновывается тем, что вышеуказанные тесты соответствуют поставленной задаче – выделение личностных особенностей; обладают высокой валидностью и надежностью; адекватны к условиям отечественной культуры. применимы как к мужчинам, так и к женщинам с разным уровнем образования; хорошо структурированы и экономичны по времени проведения; результаты легко формализуемы и могут быть представлены в виде наглядных графиков и профилей; проведение тестирования и обработка результатов стандартизированы и доступны; опросники снабжены специальными шкалами лжи, что позволяет повышать достоверность выявляемых параметров.

Тест Кеттелла. Многофакторный личностный опросник.

Впервые опубликован Р. Б. Кеттелом в 1950г., последнее переработанное руководство «м.л.о.» вышло в 1970г. Предназначен для измерения 16 факторов личности и является реализацией подхода к ее исследованию на основе черт.

Разработаны две основные эквивалентные формы опросника (А и В, причем А считается стандартной формой) по 187 вопросов в каждой (для обследования взрослых людей с образованием не ниже чем 8-9 классов). В обеих формах «м.л.о.» по 3 «буферных» вопроса и от 20 до 26 вопросов, относящихся к каждому из измеряемых факторов. Обследуемому предлагается занести в регистрационный бланк один из вариантов ответа на вопрос: «да», «нет», «не знаю» (или «а», «в», «с»); при этом предупреждать о том, чтобы ответов «не знаю» было как можно меньше. Полученные результаты выражаются в шкале стэнов с минимальным значением в 0 баллов, максимальным – 10 и средним 5,5 балла. Строится «профиль» личности, при интерпретации которого руководствуются степенью выраженности каждого фактора, особенностями их взаимодействия, а также нормативными данными.

В результате факторизации I-данных было получено от 12 до 15 факторов.

Факторы личности, диагностируемые «м.л.о.», обозначаются буквами латинского алфавита, причем буква «Q» используется только для тех факторов, которые выделены на основе Q-данных. Факторы имеют “бытовые” и “технические” названия. Как бытовые, так и технические названия факторов даются в биполярной форме, чем устраняется двусмысленность в определении их содержания. Следует иметь в виду, что определение концов оси фактора как положительных (=), так и отрицательных (-) условно и не имеет ни этического, ни психологического смысла. Как отмечают В. М. Мельников и Л. Т. Ямпольский,

"положительный или отрицательный смысл они могут приобрести только в отношении конкретной деятельности" [68].

Обычно описание каждого фактора у Р. Кэттелла состоит из разделов:

а) буквенный индекс фактора; разработана также система универсальной индексации, включающая сведения о принципе выделения того или иного фактора и его порядковом номере; б) техническое и бытовое название; в) список наиболее значимых характеристик в L-данных; д) интерпретация фактора.

Таблица 2 - Полный перечень факторов, измеряемых «м.л.о.»

Буквенный индекс	Техническое и бытовое название факторов полюс	
	Положительный полюс	Отрицательный полюс
А	Аффектогимия (сердечность, доброта)	Сизогимия (обособленность, отчужденность)
В	Высокий интеллект (умный)	Низкий интеллект (глупый)
С	Сила «Я» (эмоциональная устойчивость)	Слабость «Я» (эмоциональная неустойчивость)
Е	Доминантность (настойчивость, напористость)	Конформность (покорность, зависимость)
Е	Сургенция (беспечность)	Десургенция (озабоченность)
С	Сила «Сверх-Я» (высокая совесть)	Слабость «Сверх-Я» (недобросовестность)
Н	Нармия (смелость)	Трекция (робость)
Т	Премия (мягкосерденность, нежность)	Харрия (суровость, жестокость)
Л	Прогенция (подозрительность)	Алаксия (доверчивость)
М	Аутия (мечтательность)	Праксерния (практичность)
Н	Искусственность (проницательность, расчетливость)	Безыскусственность (наивность, простота)
О	Гипогимия (склонность к чувству вины)	Гипертимия (самоуверенность)
Q1	Радикализм (гибкость)	Консерватизм (ригидность)
Q2	Самодостаточность (самостоятельность)	Сошибельность (зависимость от группы)
Q3	Контроль желаний (высокий самоконтроль поведения)	Импульсивность (низкий самоконтроль поведения)
Q4	Фрустрированность (напряженность)	Нефрустрированность (расслабленность)

Рассмотренные выше факторы – первого порядка. В итоге их дальнейшей факторизации были выделены, более общие факторы второго

порядка. Р. Кэттелл неоднократно «извлекал» вторичные факторы из корреляций между первичными, к ним относятся: гибкость-ригидность (QI), самодостаточность -социабельность (QII), рациональность - эмоциональность (QIII), напряженность-расслабленность (QIV).

Предпринимались попытки получения факторов третьего порядка, однако практического значения результаты не имеют (рис.2).

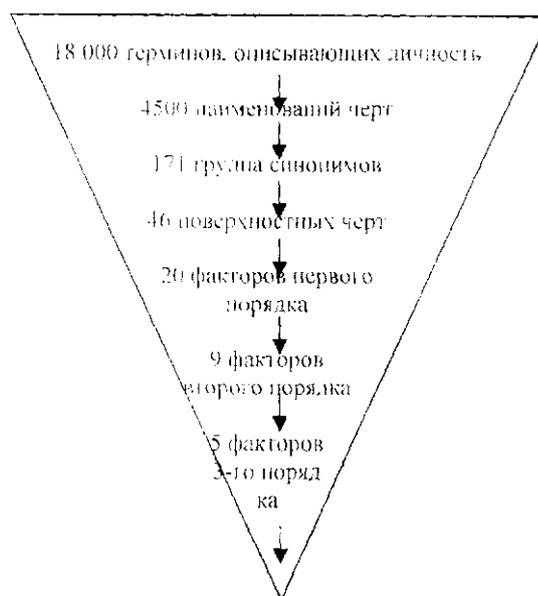


Рисунок 2 - Исследовательская стратегия, использованная при разработке «Шестнадцатифакторного личностного опросника»

В настоящем исследовании использовалась одна из модификаций этого теста - "17 ЛФ", которая представляет автоматизированный русскоязычный вариант теста "16PF" Кеттелла, дополненный служебной шкалой "социальной желательности" (SD). В его основе модифицированный за счет психометрической адаптации перечень из 187 вопросов форм "А" и "В". В данном случае применялась форма "А" предназначенная, для людей от 16 лет и старше. На основе качественного и количественного анализа содержания личностных факторов и их взаимосвязей рядом авторов выделяются следующие блоки факторов:

1) интеллектуальные особенности (факторы В, М, Q1);

- 2) эмоционально-волевые особенности (факторы С, G, I, O, Q3, Q4);
- 3) коммуникативные свойства и особенности межличностного взаимодействия (факторы А, Н, F, E, Q2, N, L).

Сказанное позволяет сделать вывод о том, что Р. Кэттелл принял факторный анализ за гораздо более эффективный инструмент познания личности, чем он фактически является [69].

Коэффициент **надежности** шкал-факторов «м.л.о.» определенный путем расщепления, находится в пределах 0,71 – 0,91. Коэффициент надежности ретестовой через двухнедельный промежуток – 0,36 – 0,73. Автор также сообщает о достаточно высокой **валидности** опросника.

Полученные результаты оценивались нами применительно к особенностям людей страдающих алкогольной зависимостью, поскольку в основе изменений личности при алкоголизме лежат характерологические особенности.

Методика ММР1 (миннесотский многомерный личностный перечень)

ММР1 был предложен американскими психологами в 40-50 годах. Адаптация была проведена в СССР в 60-х годах в институте им. В.Н. Бехтерева Ф.Б. Березиным и М.П. Мирошниковым.

ММР1 (полная версия), содержит 377 вопросов, 11 шкал, из них 3 – оценочные. Первые 3 оценочные шкалы измеряют искренность испытуемого, степень достоверности результатов тестирования и величину коррекции, вносимую чрезмерной осторожностью. Остальные 8 шкал являются базисными и оценивают свойства личности. Первая шкала измеряет свойство личности испытуемого с астено-невротическим типом. Вторая шкала говорит о склонности испытуемого к социопатическим вариантам развития личности. Третья шкала говорит о наличии или отсутствии психологического конфликта у личности. Четвертая шкала выявляет уровень социальной адаптированности личности в социуме. Пятая шкала направлена на

выявление направленности личности. Шестая шкала характеризует обидчивость испытуемого, его склонность к аффективным реакциям. Седьмая шкала предназначена для диагностики тревожно-мнительного типа личности, склонного к сомнениям. Восьмая шкала определяет степень эмоциональной отчужденности, сложность установления социальных контактов. Девятая шкала показывает близость к гипертимному типу личности, измеряет активность и возбудимость [70].

Таблица 3 - Полный перечень базисных шкал измеряемых ММР1

Название	Интерпретация
Ипохондрия (Hs)	Близость испытуемого к астено-невротическому типу. Испытуемые с высокими оценками медлительны, пассивны, принимают все на веру, покорны к власти, медленно приспособляются, плохо переносят смену обстановки, легко теряют равновесие в социальных конфликтах.
Депрессия (D)	Высокие оценки имеют чувствительные, синситивные люди, склонные к тревогам, робкие, застенчивые. В делах они старательны, добросовестны, высокоморальны и обязательны, но не способны принимать решение самостоятельно, нет уверенности в себе, при малейших неудачах они впадают в отчаяние.
Истерия (Hu)	Выявляет лиц, склонных к неврологическим защитным реакциям конверсионного типа. Они не используют симптомы соматического заболевания как средство избегания ответственности. Все проблемы разрешают уходом в болезнь. Главной особенностью таких людей является стремление казаться больше, значительнее, чем на самом деле, стремление обратить на себя внимание во чтобы то ни стало, жажда восхищения. Чувства таких людей поверхностны и интересы неглубоки.
Психопатия (Pd)	Высокие оценки по этой шкале свидетельствуют о социальной дезадаптации, такие люди агрессивны, конфликтны, пренебрегают социальными нормами и ценностями. Настроение у них неустойчивое, они обидчивы, возбудимы и чувствительны.
Парапоияльность (Pa)	Основная черта людей с высокими показателями по этой шкале – склонность к формированию сверхъестественных идей. Эти люди односторонние, агрессивные и злопамятные. Кто не согласен с ними, кто думает по-другому, тот или глупый человек, или враг. Свои взгляды они активно насаждают, поэтому имеют частые конфликты с окружающими. Собственные малейшие удачи они всегда переоценивают.
Психолетения (Pt)	Диагностирует лиц с тревожно-мнительным типом характера, которым свойственна тревожность, боязливость, нерешительность, постоянные сомнения.
Шизоидность (Se)	Лицам с высоким показателем по этой шкале свойственен шизоидный тип поведения. Они способны тонко чувствовать и воспринимать абстрактные образы, но повседневные радости и горести не вызывают у них эмоционального отклика.

	Таким образом, общей чертой шизоидного типа является сочетание повышенной чувствительности с эмоциональной холодностью и отчужденностью в межличностных отношениях.
Гипомания (Ma)	Для лиц с высокими оценками по этой шкале характерно приподнятое настроение независимо от обстоятельств. Они активны, деятельны, энергичны и жизнерадостны. Они любят работу с частыми переменами, охотно контактируют с людьми, однако интересы их поверхностны и неустойчивы, им не хватает выдержки и настойчивости.

Высокими оценками по всем шкалам, после построения профиля личности, являются оценки, превышающие 70. Низкими оценками считаются оценки ниже 40.

Тестирование проводилось индивидуально, при наличии у каждого испытуемого текста опросника и бланка для ответов, в присутствии экспериментатора.

Время тестирования не ограничивалось.

Методика «Самооценка Дембо-Рубинштейн»

Замысел эксперимента заимствован у американского психолога Т.В. Дембо. Она применила простой, но остроумный прием для выявления представлений человека о своем счастье.

В настоящее время данный экспериментальный прием используется значительно шире - для выявления самооценки и сознания болезни у взрослых.

Эксперимент проводится в виде свободной беседы. Экспериментатор проводит на чистом листе бумаги длинную вертикальную черту и говорит больному: «Допустим на этой линии расположились все люди всего мира: вверху самые здоровые, а в низу самые больные. Как вы думаете, где ваше место среди всех этих людей по состоянию здоровья. Поставьте черту карандашом в том месте, где, как вам думается, вы находитесь».

Затем рядом с первой линией проводят еще одну такую же вертикальную черту и предлагают аналогичную задачу: «Если на этой линии

расположить всех людей по уму, - вверху пусть будут самые умные, внизу – самые глупые, а в середине – средние. Где бы вы определили свое место?». На третьей линии таким же образом располагают людей по характеру: «Наверху пусть будут самые хорошие, внизу – самые плохие по характеру люди». Четвертая линия представляет собой распределение всех людей «по счастью» – вверху самые счастливые, внизу несчастные. Последняя, пятая, линия «алкоголизм» вверху – алкоголики, внизу – не алкоголики.

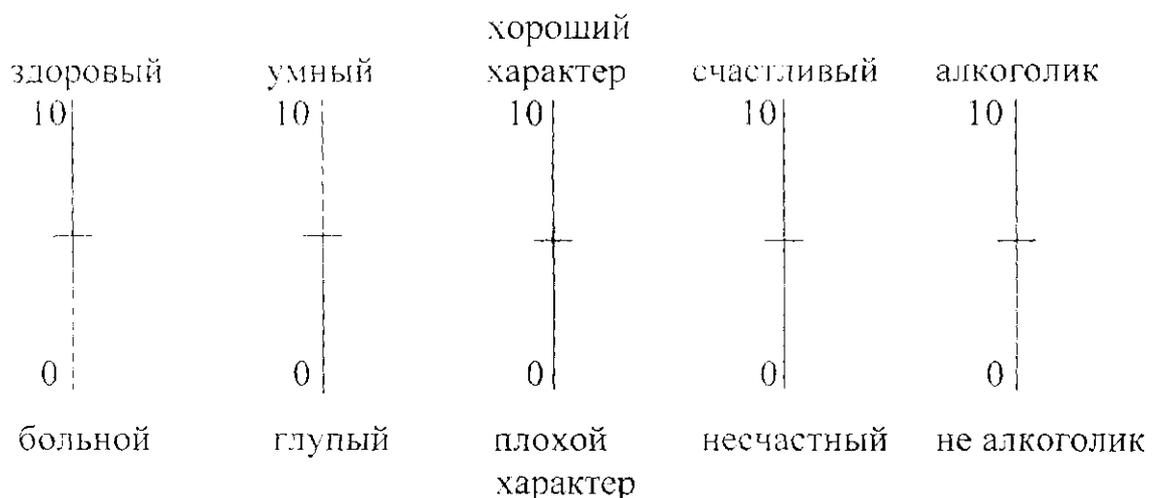
После этого начинается этап экспериментально спровоцированной беседы. В зависимости от того, где поставил черточку больной, его спрашивают, каких людей он считает алкоголиками. Можно также поставить вопрос о том, что он понимает под алкоголизмом, от чего он зависит.

Затем экспериментатор таким же образом беседует с больным относительно четырех первых показателей.

Анализ экспериментальных данных проводится не столько по расположению отметок на линии, сколько по обсуждению этих отметок.

Выявилось, что у психически здоровых взрослых не зависимо от их самооценки и объективной жизненной ситуации обнаруживается чисто позиционная тенденция к точке «чуть выше середины».

Форма протокола



3.2 Результаты исследования и их обсуждение

Основной задачей нашего эксперимента являлась попытка выявить личностные особенности людей страдающих алкогольной зависимостью.

Испытуемые имели диагноз хронический алкоголизм, находящиеся на лечении в стационаре.

Эксперимент был проведен на базе ОЦПЛЗЗ (областная, центральная поликлиника лечения зависимых заболеваний).

Возрастной состав испытуемых от 19 до 40 лет. Общее количество составило 47 человек.

Форма проведения эксперимента - индивидуальная.

Время проведения - не ограничено.

Испытуемые охотно вступали в контакт. Усилению их мотивации на работу с тестами способствовало мнение о том, что это поможет более ясному пониманию их переживаний и позволит в дальнейшем повысить эффективность лечебного процесса.

Обследование каждого из больных было индивидуальным и состояло из пяти этапов: установление эмоционального контакта с испытуемым; проведение модифицированного теста «Самооценка Дембо-Рубинштейн»; проведение тестирования с использованием методики ММРІ и опросника Кеттела 16 PF; заключительная встреча (беседа) с испытуемым.

Обработка полученных данных по тестированию проводилась в два этапа. На первом этапе нами производилась первичная обработка протоколов ответов, которая была выполнена вручную. Затем все показатели были занесены в таблицу и включены в общую матрицу для статистической обработки.

Методика ММРІ. На рисунке 3 представлен усредненный профиль по данной методике.

Усредненный профиль личности по методике MMPI

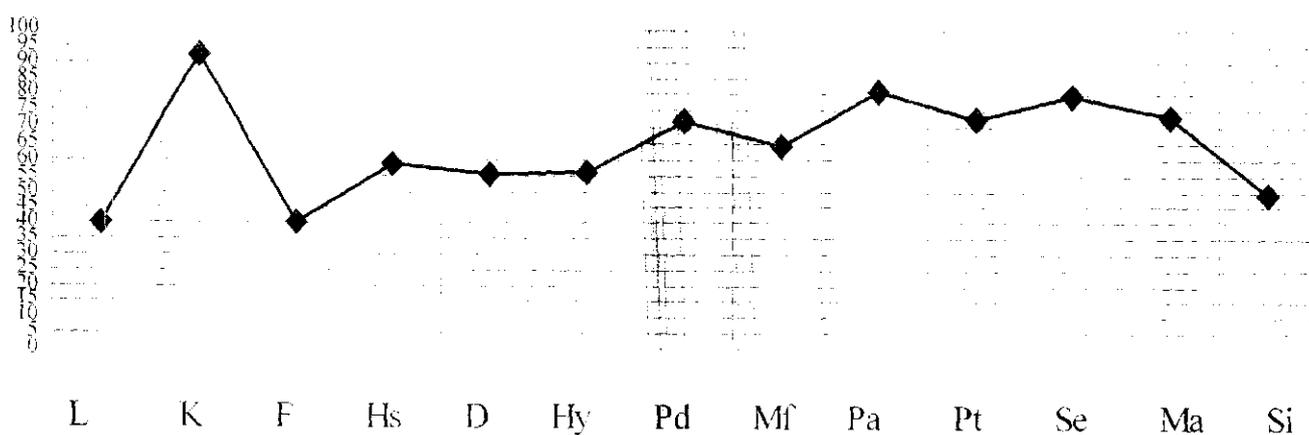


Рисунок 3 - Усредненный профиль по методике MMPI.

Прежде всего следует отметить более высокую конфигурацию (свыше 50 T-баллов) усредненного профиля, что свидетельствует о выраженной психической дезадаптации.

По оценке шкал достоверности (L,F,K) можно сделать вывод о стремлении больных раскрыть имеющиеся болезненные переживания.

В результатах тестирования проявляются факторы анозогнозии, типичного симптома алкоголизма. В ответах больных отмечена тенденция приуменьшать выраженность заболевания, что свидетельствует о более отчетливой внутренней переработке картины заболевания у больных.

При анализе основных шкал методики MMPI высокие показатели были выявлены по следующим параметрам: 4,6,7,8,9.

Повышение показателей по 4-й шкале, связано с непосредственным влиянием алкоголизма, приводящего к усилению импульсивного поведения, проблемам с четким соблюдением границ социальных норм.

Пик на 6-й шкале свидетельствует о стойкости аффекта, что связано со спецификой алкогольного заболевания, способствующего формированию стойких эмоциональных комплексов.

Пик на 7-й шкале обычно интерпретируется как фиксация тревоги, наличие аффектов страха, неуверенности в своих силах, что влечет за собой

потерю спонтанности в межличностных отношениях, ограничение в контактах с другими людьми, склонность к уединению, стремление избегать трудностей.

Наличие множества внутриличностных конфликтов, трудности в социальных контактах могут в отдельных случаях приводить к стойкому нарушению когнитивных процессов по типу искажения процессов обобщения (повышение на 8-й шкале).

Пик на 9-й шкале показывает близость к гипертимному типу личности, интересы их поверхностны и неустойчивы, им не хватает выдержки и настойчивости.

Опросник Кеттела На рисунке 4 представлен усредненный профиль по опроснику Кеттела.

Усредненный профиль личности по методике 16 PF Кеттела

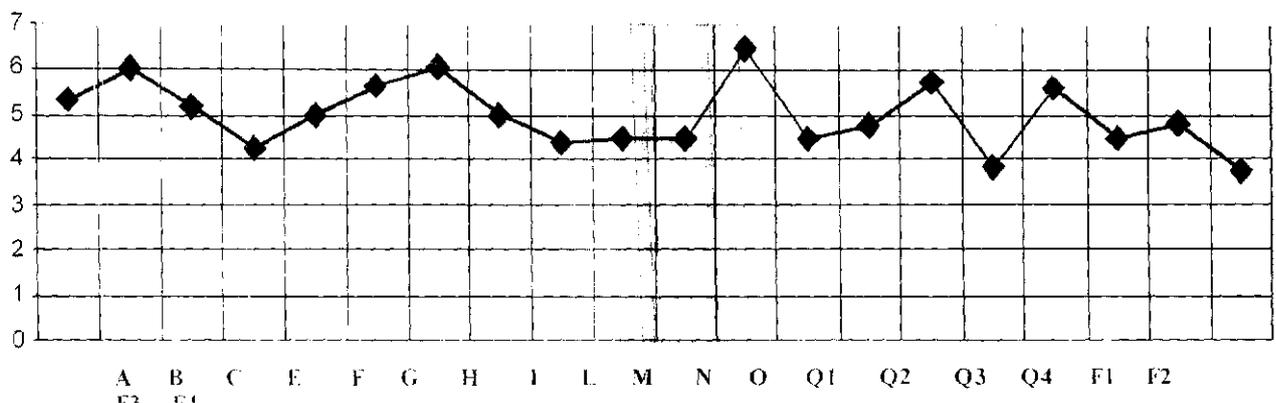


Рисунок 4 - Усредненный профиль по опроснику Кеттела

По результатам полученных данных «пиками» являются факторы: А, F, G, H, O, Q₃ и F₁. На данные факторы следует обратить особое внимание.

Повышение по фактору А (5.3) говорит об эмоциональной лабильности, включенности в межличностные отношения. F₁ (4.4) – высокая тревожность (возможно ситуативная), плохая приспособляемость, неудовлетворенность достигнутым. G (5.7) – недобросовестность, легкомысленность,

безответственный, потворствующий своим желаниям, небрежный в обыденной жизни, аморальный. Н (6.1) - комформность, подчинение, зависимость, пассивность, сдержанность. Нуждается в поддержке и ищет ее у людей. Склонен ориентироваться на групповые нормы. Высокие значения по фактору О (6.5) интерпретируются как склонность к тревоге, депрессии, озабоченности собой. Q₃ (5.8) - проблемы с самоконтролем в поведении.

По методике «Самооценка» полученные результаты в наглядной форме отражены на рисунке 5.

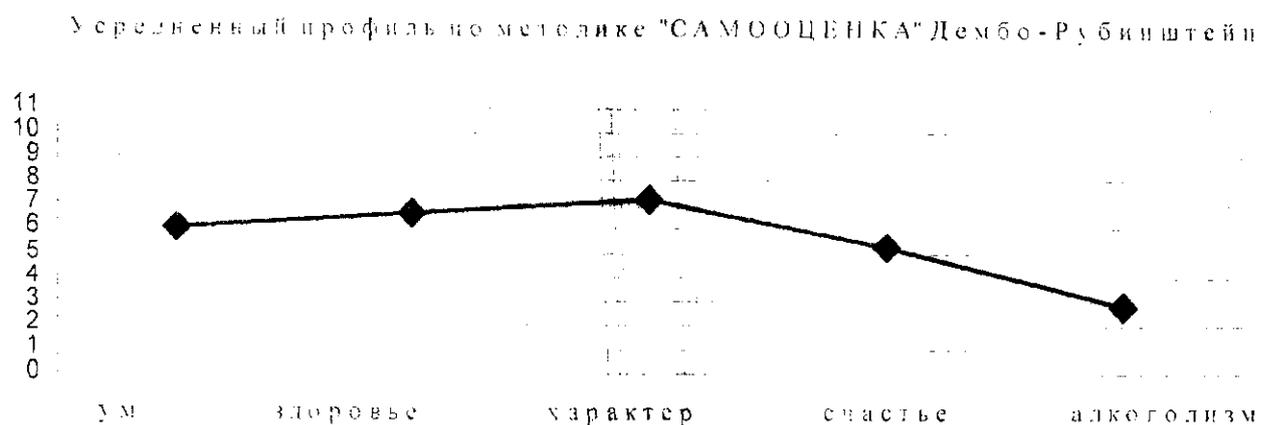


Рисунок 5 – Усредненный профиль по методике «Самооценка»

1. Понижение по шкале «Здоровье». Многие заявляли о своих жалобах на здоровье, что большинство из них возникали на «нервной почве».
2. По шкале «Ум» просматривалась тенденция оценивать себя несколько выше, чем на самом деле, несмотря на то, что объективно образовательный и культурный уровень больных был низкий. Таким образом, можно констатировать относительное завышение своих объективных когнитивных возможностей.
3. По шкале «Характер» больные оценивали себя очень высоко. При этом в высказываниях звучали следующие реплики: «Характер у меня хороший, я добрый»; «На свой характер я не жалуясь, по характеру я хороший человек»; «Все бы такой характер, как у меня».

4. Низкие показатели наблюдались по шкале «Счастье». Больные оценивали себя по этому параметру низко. Характерными были высказывания: «Нет в этой жизни счастья»; «А что вообще такое счастье?»; «Сейчас нет счастья, потому что нахожусь в этом ужасном заведении».

5. По шкале «Алкоголизм» больные оценивали себя очень низко, утверждая при этом, что они не алкоголики, оправдывали наличие алкогольных «срывов» различными эмоциональными стрессами. Алкоголь часто выступал здесь как «помощник», способ избавиться от скуки, безделья, плохого настроения.

Таким образом, данные по методике «Самооценка» свидетельствуют о заниженном Я-образе у людей страдающих алкогольной зависимостью (за исключением параметров «Ум» и «Характер»). Диагностически ценными оказались установленные факты резко заниженной самооценки больных по параметрам «Счастье» и «Здоровье». Так как люди страдающие алкогольной зависимостью осознают, что употребляя алкоголь они не становятся счастливыми и тем более здоровыми, а значит они не проводят параллель между алкоголем и счастьем и у них нет иллюзии, что алкоголь не влияет на состояние здоровья.

Вывод подтверждается наличием взаимосвязи между индивидуально-психологическими и личностными характеристиками людей страдающих алкогольной зависимостью. Характерологические особенности лежащие в основе алкоголизма (агрессивность, неустойчивость настроения, возбудимость, озлобленность) выражены у больных с диагнозом хронический алкоголизм, профиль Кеттелла свидетельствует о наличии, у людей страдающих алкогольной зависимостью склонности к тревоге, депрессии, озабоченности собой, конформность, подчинение, зависимость, пассивность, сдержанность. А профиль ММР1, свидетельствует о трудностях в социальных контактах, проблемы с четким соблюдением границ социальных норм, ослаблением воли и морали.

Исходя из вышесказанного, следует, что в целом, у людей страдающих алкогольной зависимостью черты характера меняются по-разному. Но наряду с этим у них постепенно развиваются и довольно типичные изменения психики, известные как алкогольная деградация личности, то есть формируется ряд типичных личностных черт, характерных для людей страдающих алкогольной зависимостью. Эти черты необходимо корректировать. С учетом данных черт нами была разработана и проведена коррекционная программа, направленная на сглаживание заостренных личностных черт (см. приложение). По завершению курса коррекционных занятий нами был проведен повторный замер личностных особенностей у людей страдающих алкогольной зависимостью, которые проходили курс коррекционных занятий. Полученные результаты показали, что произошли изменения личностных особенностей. Данные полученные, после проведения коррекционной программы отражены на графиках.

Методика ММР1. На рисунке 6 представлен усредненный профиль второго замера по данной методике.

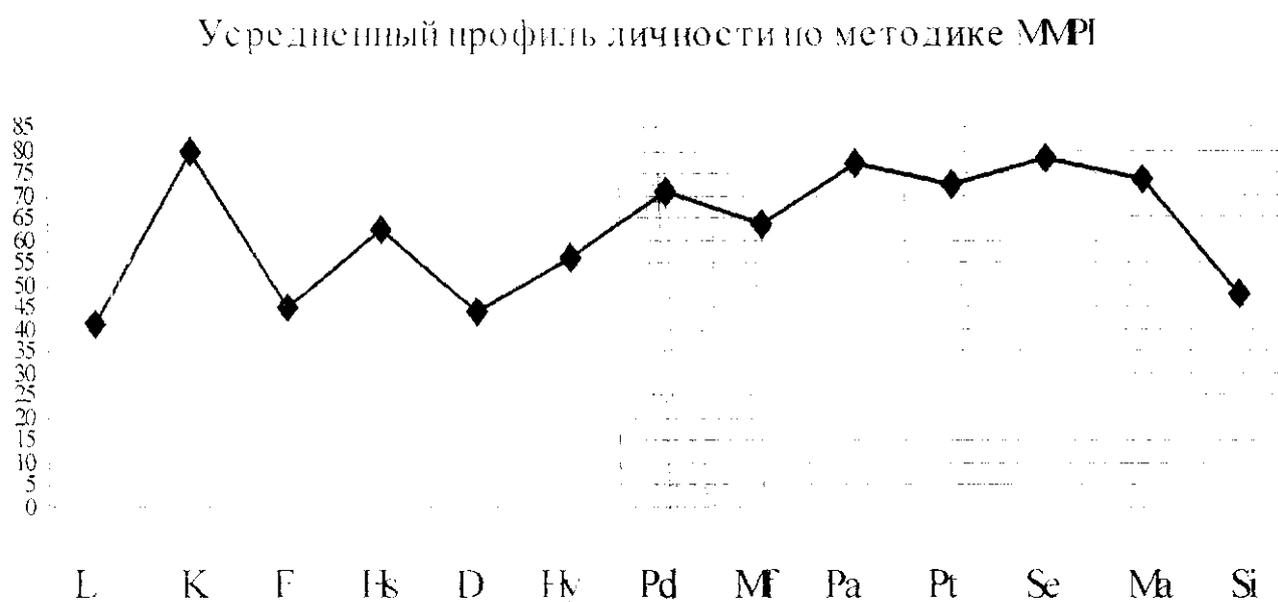


Рисунок 6 - Усредненный профиль второго замера по методике ММР1

Прежде всего следует отметить, что по результатам второго замера видно, что произошла динамика показателей, что свидетельствует о эффективности составленной и проведенной нами коррекционной программы. При анализе основных шкал методики ММР1 (второго замера), снизились показатели по следующим параметрам: 6, 7, 8, 9. Констатируя изменения следует отметить, что у людей страдающих алкогольной зависимостью по окончании коррекционных занятий, снизились показатели тревожности, агрессии, появилась уверенность в своих силах, спокойствие, желание бороться с алкогольной зависимостью, повысился контроль над своим поведением, высказываниями, фон настроения стабилизировался, уменьшилось количество эмоциональных срывов, уровень мотивации повысился.

Таким образом, наличие множества внутриличностных конфликтов были успешно разрешены, трудности в социальных контактах были преодолены.

Опросник Кеттела На рисунке 7 представлен усредненный профиль второго замера по опроснику Кеттела.

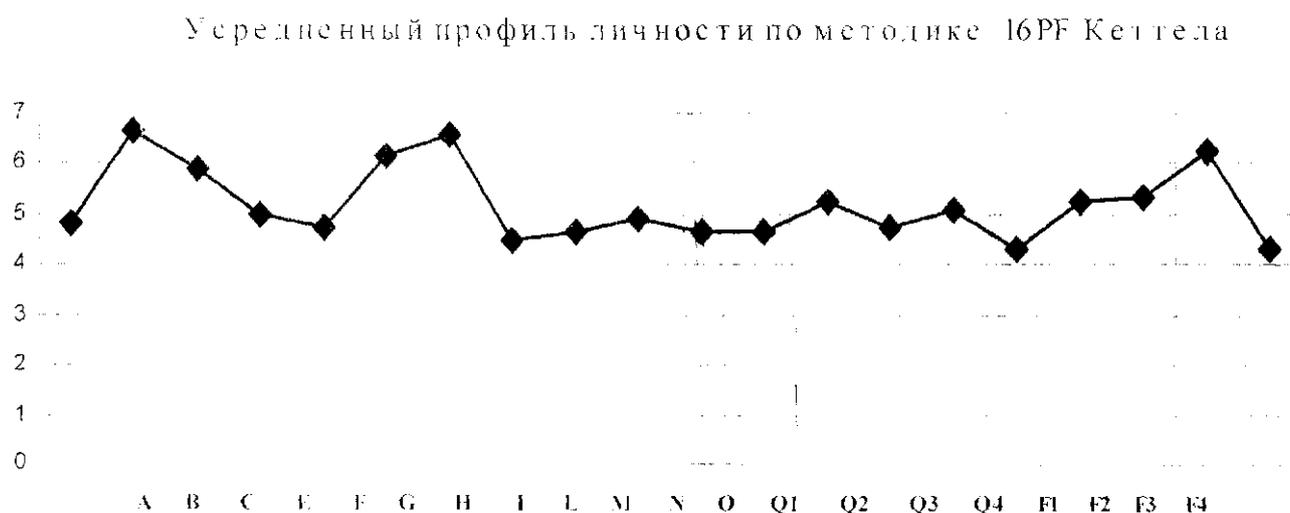


Рисунок 7 - Усредненный профиль второго замера по опроснику Кеттела.

Из выше расположенного графика видно, что он отличается от усредненного профиля личности первого замера. Причиной этого является произошедшие изменения личностных особенностей после коррекционных занятий, а именно сгладились показатели следующих факторов: G, H, O.

Это свидетельствует о том, что люди страдающие алкогольной зависимостью после прохождения курса коррекционных занятий стали активней стремиться к установлению контактов с окружающими, готовы к сотрудничеству, проявлению гибкости, открытости, доверчивости, определенной беснечности. В стрессовой ситуации могут действовать смелее и решительней, особенно в группе, когда существует уверенность, что окружающие в случае необходимости окажут поддержку. В общении склонны сознательно придерживаться принятых правил поведения. Честолюбивы, склонны к самоанализу, появилась целеустремленность. Самоконтроль стал более развит. Во взаимоотношениях с людьми появилось стремление придерживаться одобряемых норм и правил.

На рисунке 8 представлен усредненный профиль второго замера по опроснику "Самооценка".

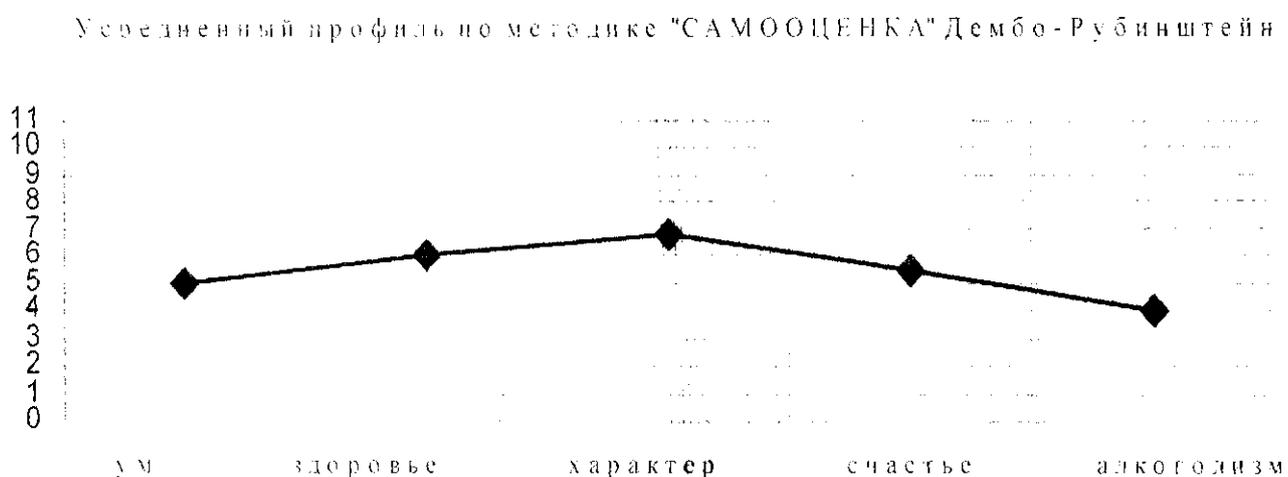


Рисунок 8 - Усредненный профиль второго замера по опроснику "Самооценка"

Из выше расположенного графика видно, что произошли изменения самооценки у людей страдающих алкогольной зависимостью. Это выражается в изменение заниженного образа Я у людей страдающих алкогольной зависимостью, на адекватный в первую очередь по шкале «ум», повысились также показатели по шкале «Счастье». Если изначально, до коррекционных занятий люди страдающие алкогольной зависимостью не осознавали, что они являются алкоголиками, то после прохождения коррекционных занятий они это не только осознали, об этом свидетельствует повышение показателей по шкале «алкоголизм», но и изъявили желание с этим бороться. Исходя из выше рассмотренных положений отмечается, изменение самооценки.

Таким образом, можно констатировать тот факт, что проведение коррекционной программы оказало существенное влияние на изменение личностных особенностей людей страдающих алкогольной зависимостью. Были сглажены заостренные личностные черты. Тем самым была доказана эффективность предложенной нами коррекционной программы. Но следует также отметить, что не маловажным в коррекции личностных особенностей является применение методов психотерапии, для избежания появления рецидива.

3.3 Применение методов психотерапии в коррекции личностных особенностей лиц зависимых от алкоголя

Хотелось бы обратить отдельное внимание на комплекс психотерапевтических мероприятий. Психотерапия является основой любой программы реабилитации, и особую роль она играет в реабилитации больных алкоголизмом. Она осуществляется в нескольких формах и представляет собой комплексное лечебное воздействие с помощью психологических средств на психику больного, а через нее на весь его организм с целью

устранения болезненных симптомов и изменения отношения к себе, своему состоянию и окружающей среде.

Существует несколько методов психотерапии:

- 1) Гипноз - погружение пациента в гипнотическое состояние - привычный психический прием, позволяющий повысить действенность лечебного внушения.
- 2) Рациональная психотерапия - отличается от гипноза обращением к сознанию и рассудку человека, его логике.
- 3) Аутогенная тренировка - метод самовнушения, самоуспокоения.
- 4) Наркопсихотерапия - внушение в гипноидном состоянии, вызванном введением лекарственных препаратов, вызывающих эйфорию. На входе и выходе из этого состояния психотерапевт проводит свои словесные воздействия.
- 5) Коллективная и групповая психотерапия - базируется на использовании социального в человеческой психике. Объединение пациентов в лечебную группу с целью взаимопомощи.
- 6) Игровая психотерапия и психотерапия творчеством (арттерапия) - лечебные методы, в которых научное представление о человеке в значительной мере связано с бурным развитием психологических наук, социальной психологии, психологии личности. Методические приемы очень разнообразны.
- 7) Эмоционально-стрессовая психотерапия - система активного лечебного вмешательства, которое заставляет больного на предельно высоком эмоциональном уровне пересмотреть и даже радикально изменить отношение к себе, к своему болезненному состоянию и окружающей микросоциальной сфере [71].

Таким образом, в зависимости от целей, которые ставятся психотерапевтом, психотерапия может быть патогенетической, то есть направленной на реорганизацию, восстановление структуры личности пациента, при которой устранение болезненных признаков-симптомов

ождается как важное, но побочное действие, и симптоматической, преследующей цель устранить отдельные болезненные признаки.

3.4 Профилактика рецидивов у людей страдающих алкогольной зависимостью

Рассмотрим основные принципы профилактики и социально-психологической работы с больными, страдающими алкогольной зависимостью.

Профилактика – это система комплексных – государственных и общественных, социально-экономических и медико-санитарных, психолого-педагогических и психо-гигиенических мероприятий, направленных на предупреждение заболевания, на всемерное укрепление здоровья населения. Все профилактические мероприятия можно подразделить на социальные, социально-медицинские и медицинские, которые различают по частным целям, средствам и эффекту воздействия. Все профилактические мероприятия делятся на три типа: первичная, вторичная и третичная профилактика (терминология Всемирной организации здравоохранения).

Первичная, или преимущественно социальная, профилактика направлена на сохранение и развитие условий, способствующих здоровью, и на предупреждение неблагоприятного воздействия на него факторов социальной и природной среды. Первичная профилактика алкоголизма состоит в предупреждении негативного влияния алкогольных обычаев микросоциальной среды, формирование у населения (тем более у подрастающего поколения) таких нравственных и гигиенических убеждений, которые бы исключали и вытесняли саму возможность любых форм злоупотребления спиртными напитками. Основой первичной профилактики алкоголизма является здоровый образ жизни. Ведущая задача первичной профилактики состоит в уменьшении частоты появления новых проблем,

связанных с употреблением алкоголя, прежде всего предупреждение их возникновения [72].

Вторичная профилактика алкоголизма состоит в выявлении групп населения, наиболее уязвимых по отношению к алкоголизму, и больных, максимально раннем, полном и комплексном осуществлении лечебных мероприятий, оздоровлении микросоциальной почвы, применением всей системы мер воспитательного воздействия в коллективе и семье.

Третичная профилактика алкоголизма направлена на предупреждение прогрессирования заболевания и его осложнений, реализуется в противорецидивной, поддерживающей терапии, в мероприятиях по социальной реабилитации [73].

Рецидив — возврат к употреблению алкоголя после периода воздержания, сопровождающийся восстановлением симптомов зависимости [74].

Различают рецидив и срыв, под которым понимается отдельный случай употребления алкоголя. Главной задачей лечения и реабилитации зависимых от алкоголя является не только помощь пациенту в прекращении употребления этих веществ, но и обеспечение стабильности изменений образа жизни на продолжительное время. Эта точка зрения обусловлена рядом теоретических и практических исследований, посвященных поиску детерминант рецидива и разработке психотерапевтических программ, которые должны помочь пациентам противостоять срывам и рецидивам. Определены психологические принципы преодоления зависимости от алкоголя, при нарушении которых возникает срыв и развивается рецидив болезни.

1-й принцип. **Саморегуляция.** Риск срыва уменьшается в соответствии с повышением возможности пациента самому регулировать мысли, чувства, воспоминания, жизненно важные решения и процесс развития его личности и поведения.

2-й принцип. **Интеграция.** Риск срыва уменьшается в соответствии с повышением уровня осознания, понимания и оценки жизненных ситуаций и

событий, а также использования стратегий избегания риска возвращения к алкоголизации.

3-й принцип. **Понимание.** Риск срыва уменьшается в соответствии с процессом понимания основных факторов, которые его вызывают.

4-й принцип. **Развитие.** Риск срыва уменьшается при постоянном развитии ресурсов личности и стресс-преодолевающего поведения.

5-й принцип. **Социальная поддержка.** Риск срыва уменьшается при постоянной активности, направленной на построение социально-поддерживающей сети и развитие навыков восприятия и использования социальной поддержки.

6-й принцип. **Социальная компетентность.** Риск срыва уменьшается при постоянном повышении знаний об окружающей социальной среде, развитии навыков эмпатии и аффилиации.

7-й принцип. **Самоэффективность.** Риск срыва уменьшается при постоянном развитии стратегий эффективного поведения и понимания себя как эффективной личности [75].

Рассмотрим некоторые модели рецидива, на основе которых разрабатываются базисные подходы к их предотвращению.

В когнитивно-поведенческой модели рецидив рассматривается с точки зрения понимания его психологом и пациентом. С традиционной дихотомической («черно-белой») точки зрения возобновление употребления алкоголя является «провалом» лечения. Однако такой взгляд неверен. Следствием его является прекращение пациентом попыток к возобновлению процесса восстановления и выхода из зависимости после происшедшего срыва. Более конструктивна другая точка зрения на суть рецидива — как на ошибку, которую пациенту необходимо правильно воспринимать, осознавать и использовать как опыт в дальнейшем восстановлении от зависимости. Важнейшей основой данной модели является профилактика срыва и рецидива, пока он не произошел. Особое место уделено самоэффективности, которая развивается на протяжении всего времени абстиненции, и ситуациям

высокого риска срыва, а также формированию и эффективному использованию копинг-навыков для преодоления ситуаций риска. Если пациент не способен использовать эффективное копинг-поведение при столкновении с ситуациями риска, то результатом будет снижение ощущения самоэффективности в процессе преодоления болезни и использование алкоголя в качестве деструктивного копинг-механизма избегания проблемы. Если результаты работы по преодолению зависимости оцениваются пациентом как эффективные, алкоголь менее вероятно будет использован. Данная модель получила дальнейшее развитие в работах Д.Тукера [Tucker D. et. al., 1990; 1991]. В этой модели исход ситуации зависит от эффективности копинг-поведения человека. Само же копинг-поведение зависит от того, как воспринимается и оценивается пациентом ситуация риска, каков уровень развития копинг-ресурсов (уверенности в себе, компетентности, понимания проблемы, умения осознавать и контролировать свои эмоции, нести ответственность за выбор своего поведения).

Когнитивно-поведенческая модель имеет много общего с личностно-ситуативной моделью, определяющей важность индивидуального репертуара копинг-навыков у человека, находящегося в ситуации риска и его индивидуального восприятия своих навыков как эффективных или неэффективных. Модель когнитивной оценки фокусируется на индивидуальном восприятии и оценке ситуации риска. В контексте данной модели важнейшим является умение когнитивно оценивать стрессовые, проблемные и рискованные ситуации. Все эти модели базируются на теории социального научения и самоэффективности А. Бандуры [Bandura A., 2000]. Итак, в соответствии с когнитивно-поведенческой моделью процесс рецидива происходит следующим образом. На ситуацию высокого риска срыва индивид может давать эффективный копинг-ответ, направленный на преодоление своего влечения. В результате у него повышается ощущение самоэффективности и уменьшается риск срыва. Если индивид не даст эффективного копинг-ответа, у него уменьшается ощущение

самоэффективности в преодолении болезни и усиливаются позитивные ожидания от приема алкоголя. Он употребляет алкоголь, затем следует эффект абстиненции и интрапсихический конфликт, вызванный когнитивным диссонансом между желаемым самоотношением и восприятием себя как потерявшего контроль. Вследствие этого проблемы рецидива нарастают [76].

Для профилактики рецидивов проводится необходимая работа, как-то: повышение уровня знаний о ситуациях высокого риска; тренинг навыков преодоления ситуаций высокого риска; повышение самокомпетентности и умения понимать и контролировать процессы, связанные с изменениями в сфере своего Я в ситуациях высокого риска; работа с самоидентификацией себя как человека, эффективно преодолевающего зависимость; тренинг когнитивной оценки проблемных стрессовых ситуаций и ситуаций высокого риска; работа над повышением внутреннего контроля над своим поведением; тренинг избегания ситуаций высокого риска; в случае отсутствия эффективного копинг-ответа на ситуацию высокого риска используется релаксационный тренинг; обучение управлять стрессом и обучение навыкам копинг-поведения в стрессовых ситуациях параллельно с развитием ресурсов копинг-поведения; в случае снижения ощущения самоэффективности используется работа по формированию позитивных ожиданий в отношении собственного поведения в ситуациях риска и стрессовых ситуациях; работа с мотивацией: обучение ежедневной работе с собой по преодолению зависимости [77].

В случае состоявшегося срыва и развивающегося рецидива используется медицинская программа снятия абстиненции и когнитивной реконструкции понимания процесса рецидива и поиска когнитивных, аффективных и поведенческих ресурсов по его преодолению. Конкретные психотехнологии профилактики рецидива базируются на понимании того, что у пациента необходимо развивать: представление о себе как об эффективном человеке, преодолевающем зависимость; навыки совладения со

стрессовыми и проблемными ситуациями; навыки и возможности самоконтроля, когнитивной оценки стрессовых и проблемных ситуаций, своего поведения, эмоций, влечения к алкоголю и совладения с ним; самооффективность в процессе преодоления жизненных стрессовых ситуаций и ситуаций риска срыва и рецидива; умение обсуждать позитивный опыт успешного преодоления ситуаций риска срыва и рецидива и проводить анализ и оценку ситуаций высокого риска срыва и рецидива; способность к самонаблюдению как инструмент самоконтроля для усиления уровня осознания различных ситуаций; важно составлять перечень и график ситуаций риска, вести дневник, в котором фиксируются все ситуации риска, возникающие в реальной жизни, проводить их анализ, а также анализ собственного поведения по их преодолению; умение анализировать конкретные ситуации риска в качестве домашней работы — таким образом происходит обучение конкретным формам копинг-поведения (важно составить индивидуальный список конкретных ситуаций риска в иерархической последовательности от менее рискованных к более и оценить выраженность риска для себя в балльной системе); навыки проработки вариантов преодоления ситуаций риска в последовательности от менее до более рискованных, вплоть до максимально трудных ситуаций; необходимо, чтобы пациент осознавал свою реальную готовность к их преодолению и ее степень, чувствовал себя эффективным — таким образом будет формироваться самооффективность в преодолении риска рецидива; навыки по разработке вариантов использования альтернативных алкоголизации копинг-стратегий (форм поведения, которые будут способствовать сопротивлению искушению наркотизации или его избеганию); умение адекватно оценивать и анализировать себя, свои мысли, эмоции и действия и понимать, что повышение самооффективности — это результат успешно усвоенных и развитых навыков преодоления стрессовых и рискованных ситуаций; умение проводить микроанализ срыва или рецидива (если он произошел); пациент должен понять, что у него была возможность выбора

варианта поведения. Необходимо проанализировать вместе с пациентом причины выбора именно этого варианта. Почему это произошло? Каких ресурсов не хватило у личности? Возник ли кризис мотивации? Какие факторы препятствовали эффективному преодолению ситуации риска? Что необходимо изменить, что развить, что доработать для того, чтобы последующие попытки преодоления ситуаций риска были эффективными? Произошедший срыв необходимо использовать как опыт. Были ли какие-то сигналы в мыслях, поведении к тому, что срыв может произойти? Что заставило не обратить внимание на эти сигналы?

Для профилактики рецидива проводится следующая работа: обучение навыкам копинг-поведения (когнитивно-поведенческое развитие); когнитивное переконструирование. Рассмотрение срыва как опыта; как процесса обучения тому, чтобы не совершать подобных ошибок в будущем; как примера для понимания того, как изменить свое мышление, систему оценок, управление эмоциями и поведением; работа со стратегиями самоконтроля и достижение сбалансированного образа жизни. При этом пациент должен быть ответствен за формирование сбалансированного образа жизни и самоконтроля. Кроме того, ему необходима «обратная связь» — возможность объективно взглянуть на себя «со стороны». Конечная цель этого процесса — осознать возможность выбора, повысить чувства уверенности в себе и самоэффективности.

С точки зрения проблемы самоконтроля ситуация высокого риска рецидива может развиваться следующим образом. Неустойчивость мотивационного статуса, несоответствие стиля жизни требованиям сбалансированности постепенно переходит в желание потворствовать своим слабостям. На этом фоне возрастают потребности и актуализируется влечение к алкоголю. Однако оно не осознается, так как включаются защитные механизмы рационализации «ничего страшного не произойдет», «зачем нужна такая мерзкая жизнь без удовольствий», «я и так слишком много сделал, я заслужил это» и т.д., вытеснения, отрицания. Решение и

поступок, связанный с возобновлением алкоголизации, кажутся легкими и незначительными. В этот момент возникает ситуация высокого риска [78].

Рассмотрим какие действия необходимо совершить, чтобы подобная патологическая цепь не развивалась и какие стратегии самоконтроля нужно применить. На этапе неустойчивого равновесия требуется сформировать комбинацию установок на стабильный жизненный стиль, жизненное равновесие с элементами позитивной зависимости (бег, занятия спортом, работа, медитация, уход за телом, интеллектуальный и эстетический рост и т.д.).

На этапе формирования желания потворствовать своим слабостям необходимо сформировать позитивные желания (например, творческой деятельности, занятий искусством, эстетического и физического самосовершенствования).

На этапе актуализации влечения нужно интенсивно тренировать копинг-навыки преодоления влечения, техники контроля за своим эмоциональным и психическим состоянием.

На этапе формирования решения может быть использована техника матрицы принятия решения, представляющая собой запрограммированный в воображении рецидив и рассмотрение его последствий. Ситуация возникновения срыва и рецидива может быть проговорена или проиграна в ролевой игре с целью осознания того, что же действительно происходит и что может случиться дальше. Какие действия необходимо совершить, какие решения принять, что изменить? Использование данной техники — работа, требующая высокого мастерства, сопряженная с риском резкой актуализации влечения и неуправляемости поведения пациента. Поэтому она должна проводиться преимущественно в группе с развитым высоким эмпатическим потенциалом, в ситуации взаимного доверия и поддержки, когда пациент имеет возможность отрефлексировать свои эмоции и получить «обратную связь» и поддержку. Это работа в технике разгадывания шифра («key

exposure») — проявления вовне неосознанных потребностей и проблем с целью их отреагирования и осознания [79].

В ситуации высокого риска необходима интенсивная проработка стратегий избегания социальных ситуаций, связанных с риском употребления алкоголя, и вся вышеописанная работа. В работах Д. Тукера [Tucker D. et. al., 1990; 1991] основное внимание уделяется роли копинга в профилактике рецидивов (опыта совладения со стрессовыми и кризисными ситуациями). Выделяются три вида копинга — **когнитивный, поведенческий и копинг принятия веры**, — и прослеживается их динамика. Каждый из перечисленных видов копинга может носить как позитивный, так и негативный смысл с точки зрения вероятности формирования рецидива в зависимости от того, в какой фазе развития процесса рецидива используется та или иная копинг-стратегия. Несомненно, негативную роль будут носить такие когнитивные копинг-стратегии, как преуменьшение значимости срыва и игнорирование признаков неблагополучия в случае возобновления приема алкоголя.

Позитивными будут такие копинг-стратегии, как реструктурирование событий срыва, рецидива или состояния, характеризующего явные признаки неблагополучия с точки зрения потери контроля над собственным поведением; рост устойчивости и сопротивления приему алкоголя; увеличение осведомленности о негативных эффектах алкоголя и о позитивных аспектах воздержания; оказание внутреннего сопротивления искушению употребить алкоголь [80].

С точки зрения поведенческого копинга негативными эффектами будут обладать такие стратегии, как зависимость от социальных отношений в окружающей среде, подверженность социальному давлению, поиск ощущений и развлечений, невыполнение режима, бездеятельность, неумение разрешать стрессовые и проблемные ситуации, неумение общаться, стремление к самоизоляции, одиночеству.

Позитивными эффектами будут обладать такие стратегии, как уменьшение и полное исключение контактов с употребляющими алкоголь сверстниками, оживление общения с не зависимыми от алкоголя людьми и/или устойчиво выздоравливающими зависимыми, общительность, готовность запросить помощь и совет у профессионалов или лиц, имеющих опыт преодоления зависимости, разрешение проблем, снижение негативного влияния стресса посредством собственных действий или обсуждения проблемы с поддерживающими лицами.

С точки зрения копинга принятия веры негативными эффектами будут обладать принятие норм, ценностей, перспектив и ожиданий лиц, употребляющих алкоголь; принятие философии группы алкозависимых; ощущение безысходности и неверие в положительные перспективы, в возможность выздоровления от зависимости и позитивной, интересной и счастливой жизни; неверие в свои силы и возможности преодолевать проблемы и стрессовые ситуации, совладать с собой, своими эмоциями и влечением к алкоголю.

Позитивными эффектами будут вера в свои возможности преодолеть зависимость; вера в себя, в социально-поддерживающее окружение (если оно не является поддерживающим алкоголизацию); в возможность эффективной и счастливой жизни и совладения с негативными эмоциями, влечением к алкоголю; в возможность контролировать собственную жизнь, вера в то, что ощущение бессилия преодолимо; вера в Бога [81].

С целью профилактики рецидива необходимо учитывать ситуации высокого риска рецидива. К ним относятся: негативные эмоциональные состояния (гнев, фрустрация, тревога и депрессия, связанные с интраперсональными конфликтами и/или реакцией на социальные стрессоры); интерперсональные конфликты (конфликты со значимыми другими, членами семьи, друзьями, сослуживцами); социальное давление (направленное прямо — предложение употребить алкоголь, или косвенно — пребывание в компании алкоголизирующихся лиц). Существует и

расширенный перечень ситуаций риска. Интраперсональные детерминанты: негативные эмоциональные состояния (депрессия, фрустрация, тревога, гнев); негативные физические состояния (усталость, разбитость, болезнь, физическое состояние, сходное с абстиненцией); позитивные эмоциональные состояния (внезапная радость, восторг, подъем, предвкушение успеха, приятного события); проверка собственного контроля («Смогу ли контролировать дозу выпитого алкоголя, если снова, всего лишь раз, его употреблю?» или «Ничего страшного. Я — сильный человек. Это я себе и другим уже доказал, прекратив употребление алкоголя. Теперь я смогу спокойно контролировать их употребление как захочу»); сильная тяга и искушение употребить алкоголь.

Интерперсональные детерминанты: интерперсональный конфликт; социальное давление; позитивные эмоциональные ситуации, связанные с межличностным общением. Анализ рецидива производится посредством построения поведенческой цепи, приводящей к срыву. Таким образом достигается понимание последовательности событий. Интервьюирующий поощряет пациента к исследованию и прояснению своих реакций, подводя его к пониманию причин возникшего или возможного срыва. Процесс интервьюирования требует активного взаимодействия, сотрудничества. Лечебный смысл его заключается в том, что пациент должен получить новую информацию о собственной динамике рецидива и обучиться адекватным стратегиям предотвращения рецидива — копинг-навыкам для достижения и сохранения трезвости. Пример поведенческой цепи. Посмотрел объявления о работе. Сделал несколько звонков, но места уже были заняты. Поссорились и подрались дети. Рассердился на детей и на жену. Почувствовал свою беспомощность. Отправился к брату. Поссорился с ним из-за того, что не нашел работу. Ушел от брата подавленным. Подумал: «Кому все это нужно?». Почувствовал желание как-то поднять настроение, ощутить «кайф»: «мне станет лучше». Остановился рядом с домом друга. Подошел партнер с алкоголем. Употребил алкоголь вместе с другом. Почувствовал

себя еще более виноватым и подавленным. Далее идет совместная с пациентом оценка ключевых внутренних и внешних факторов, приведших к срыву, а также определение уровня эффективности использования копинг-стратегий [82].

Наши исследования больных алкогольной зависимостью, ранее не принимавших участия в процессе реабилитации и профилактике рецидивов, показывают практическое отсутствие у них сформированных копинг-навыков и соответственно возможностей их использования. Скорее всего, это связано с тем, что психотерапевтическое воздействие редко является направленным на их формирование, так как возможности их использования и эффективность в работе с зависимыми больными в большинстве случаев неизвестны.

Определим копинг-навыки, необходимые для предотвращения рецидива.

1. Альтернативная деятельность: физические упражнения; отвлечение; расслабление; хобби; молитва.
2. Подкрепление неупотребления алкоголя: чтение списка причин, по которым не следует возвращаться к употреблению; составление списка причин, по которым не следует возвращаться к употреблению; вознаграждение себя за воздержание; получение дополнительной информации о том, как поддержать себя.
3. Избегание деятельности, связанной с повышенным риском: избегание провоцирующих ситуаций; избегание знакомства с лицами, употребляющими алкоголь; избегание районов «повышенного риска».
4. Социальная поддержка: помощь самому себе; звонок другу или члену семьи; поддержка кого-то, кто в свое время прекратил употреблять алкоголь; поддержка окружающих: посещение специальных групп самопомощи (АА).
5. Отношения в социуме — позитивные последствия: мысли о поддержке друзей; мысли о том, что ваш партнер будет счастлив после вашего отказа от алкоголя; мысли о детях: желание подать им хороший пример.

6. Отношения в социуме — негативные последствия: мысли о том, насколько вы будете отвратительны для окружающих; мысли о близких, которые будут очень расстроены; мысли о том, что друзья будут думать, что вы не способны бросить употреблять алкоголь.
7. Здоровье — негативные последствия: мысли о том, насколько сильно связан алкоголь с вашими болезнями; мысли о том, что употребление алкоголя может привести к смертельному исходу; мысли о других рисках для здоровья, связанных с алкоголем.
8. Мотивирование себя: отрицание, что алкоголь вам необходимы; рассмотрение причин бросить употреблять алкоголь.
9. Сила желания: твердо принято решение бросить. Вы сжимаете зубы и заставляете себя не думать о спиртном.
10. Каждодневное напоминание: активное вытеснение мыслей о алкоголе из сознания.
11. Обесценивание алкоголя: обращение к себе: «нет ничего хуже этого»; «алкоголь это страшно»; «я просто болен».
12. Напоминание себе: алкоголь не может решить проблем; алкоголь не может ничего исправить; алкоголь не поможет мне чувствовать себя лучше.
13. Позитивные обращения к себе: вера в себя: «Я могу это сделать»; достижение: «Посмотри, как прекрасно я с этим справился»; надежда: «Мне станет лучше (легче)»; базовое позитивное отношение к себе.
14. Переопределение себя: мысли о себе как о человеке, свободном от зависимости [83].

На основании суммарной модели профилактики срыва Т. Горски [Gorski T., 2000] разработана модель терапии профилактики рецидивов — СМРТ. Эта модель является многосторонним методом профилактики возврата к употреблению алкоголя у зависимых от них лиц, прошедших первичное лечение и начавших выполнять программу выздоровления.

В данной модели профилактики срыва выделяют пять целей.
1. Восстановление и/или формирование общего (глобального) жизненного

стиля, препятствующего рецидиву. Развитие комплексного самовосприятия собственной жизни, зависимости и истории срыва (или срывов).

2. Разработка личного списка признаков угрожающего рецидива, в котором должна прослеживаться логика формирования срыва и причины перехода от стабильного выздоровления к срыву.

3. Формирование и развитие стратегий управления (преодоления) симптомами рецидива.

4. Развитие и структурирование программы выздоровления, направленной на формирование самоидентификации пациента и критическое управление признаками рецидива.

5. Развитие плана ранней профилактики рецидива, который будет воплощаться в жизнь пациентом и его значимыми другими лицами шаг за шагом для предотвращения возврата к употреблению алкоголя.

Этот метод основан на принципах когнитивной, аффективной, поведенческой и социальной терапии и состоит из пяти первичных компонентов: оценка; определение признаков нарушения процесса идентификации; определение стратегий управления рецидивом; планирование выздоровления; тренинг профилактики рецидивов.

Основные психологические сферы, в которых проводится работа: мышление (когнитивная); чувствование (аффективная); действия (поведенческая).

Основные социальные сферы: работа; друзья; интимные взаимоотношения.

Самое важное — помочь пациенту наладить функционирование с каждой из этих сфер. По мнению автора данной модели, изменения — нормальная и необходимая часть жизни, но и главная причина стресса. Изменение легко может вызвать реакцию, которая «выбросит» человека из процесса выздоровления в динамику срыва, если человек не отдает себе отчет в происходящем или не готов справиться с этим. Обычно изменения, которые часто «запускают» динамику срыва, начинаются с изменения установок, в частности, отношения необходимости следовать программе выздоровления.

Однако, по мнению автора, динамика срыва обратима, если пациент получает

подходящее лечение. Главный компонент профилактики — обучение пациентов распознаванию предвестников срыва, которые появились в их жизни.

Динамика срыва происходит в такой последовательности жизненных изменений:

1. Внешнее событие, которое заставляет пациента менять распорядок дня и таким образом усиливает стресс и запускает внутренние изменения установки.
2. Стресс возрастает. Зависимый человек имеет к стрессу низкую толерантность.
3. Происходит реактивация защитной стратегии отрицания. Когда уровень стресса нарастает и становится критическим, появляется тенденция отрицать его присутствие, т.е. вновь включать механизмы отрицания, сопровождающего болезнь. Когда отрицается стресс, включаются другие, связанные с отрицанием, мыслительные процессы. Нарастающий стресс усиливает постабстинентный синдром.
4. По мере того как усиливаются его симптомы, проявляющиеся в мышлении, эмоциях, памяти, уровень стресса еще более повышается.
5. Пациент начинает вести себя иначе, чем раньше. Его поведение отражает нарастающий стресс. Изменение поведения влечет изменение отношений с людьми. Следует разрыв социальных связей.
6. Структура жизни начинает рушиться. Планы выздоровления заброшены.
7. Ежедневные привычки и режим дня изменены.
8. Недостаток структурированности и поддержки со стороны других людей, а также усиливающийся постабстинентный синдром приводят к замечательству, беспорядку и неспособности решать проблемы и принимать решения. Происходит потеря здравого смысла.
9. Потеря контроля над своими мыслями и поведением. Человек перестает совершать разумные выборы и не способен прервать или изменить свои действия.

10. Зависимый человек приходит к убеждению, что он больше не может контролировать свою жизнь и начинает верить в то, что единственным доступным выходом для него является безумие, физический или ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ коллапс, самоубийство или употребление алкоголя.

11. Возвращение к употреблению наркотика или алкоголя. У человека может развиваться психосоматическая болезнь или серьезное нарушение психики, он может совершить самоубийство или стать подверженным несчастным случаям.

Профилактика срыва включает следующие шаги: стабилизация; оценка; обучение пациента; определение предвестников срыва; пересмотр программы выздоровления; обучение инвентаризации; прерывание динамики срыва; вовлечение значимых людей; последовательное выполнение и подкрепление.

Т. Горски определяет понятия терапевтический и нетерапевтический срыв.

Терапевтический срыв увеличивает шансы на выздоровление. Он обычно бывает коротким и имеет слабые последствия. В результате пациент понимает тот неопровержимый факт, что он — зависимый человек и не может употреблять алкоголь. Он определяет истоки своего срыва, которые, вероятно, не смог бы определить, не имея опыта обучения. Стабилизируя пациента после терапевтического срыва, важно оценить понесенный ущерб вместе с ним. Пациент склонен преувеличивать ущерб и часто убежден, что срыв обесценил его работу по выздоровлению. Лечебный персонал должен помочь ему преодолеть ошибочные убеждения. Пациент уже достиг многих позитивных результатов. В действительности срыв был шагом на пути роста, и дальше пациент пойдет с ускорением. Важно разработать план для содействия пациенту в работе с его чувствами (смущение, беспомощность, замешательство, вина, желание самоизоляции). Как только пациент стабилизируется, он должен продумать структурированный план поддержки выздоровления на период от 3 до 5 месяцев [83].

Не терапевтический срыв затрудняет выздоровление. Обычно он длится так долго, что прежние болезненные симптомы, привычки и стиль мышления не только возвращаются, но и усугубляются. Но и короткий не терапевтический срыв может нанести серьезный ущерб физическому здоровью, мыслительным и эмоциональным процессам, социальным связям и способности пациента регулировать свое поведение. Если такой срыв диагностирован, часто бывает необходимым планировать начальную стабилизацию так, если бы это было первое обращение пациента к лечению. Пациент должен быть достаточно стабилен, чтобы понимать лечебные планы и извлекать из них пользу.

С наступлением стабилизации необходимо тщательно оценить следующее:

Имеющиеся проблемы. Оценивая их, психолог фактически завершает первую фазу лечения, на которой выполняются задачи, связанные с мотивационным кризисом, который возник в результате срыва. Пациент должен прийти к пониманию подлинной сущности этого кризиса и тех осложнений, которые активизировали динамику срыва.

Текущую динамику срыва. Решающее значение имеет подробное исследование пациентом точной последовательности событий, которые разворачивались до срыва. Это очень трудный процесс, потому что именно в этот период возникают симптомы-предвестники срыва. Активация симптомов-предвестников — неосознаваемый процесс. В результате у пациента есть «белые пятна» или «провалы в памяти», относящиеся к периоду между началом абстиненции и возвращением к пьянству. С помощью интервьюирования и прямых вопросов можно заставить пациента «извлечь на поверхность» и реконструировать те события, которые он осознает.

Историю срыва. Определяется, есть ли у пациента прогресс в лечении в целом, или эффективность лечения постоянно уменьшается. Срыв — не всегда знак неудачного лечения. Если история пациента включает удлинение

периодов трезвости, за которыми следуют срывы все меньшей продолжительности и с меньшими негативными последствиями, то он фактически находится в процессе выздоровления. Важно определить, что показывает история срывов --- улучшение или ухудшение.

Уровень завершенности лечения. Фазы развития выздоровления используются как путеводитель, помогающий пациенту исследовать свой предшествующий прогресс в лечении. Факторы, осложняющие выздоровление. Осложняющие факторы рассматриваются вместе с пациентом. Личностный стиль пациента --- способ реагирования на трезвость (крайне зависимый, крайне независимый, скрытый зависимый и функциональный зависимый). Модель обучения пациента включает подробнейшую информацию, которую ему необходимо знать о срыве, а также обзор программы дальнейшего выздоровления. При прерывании динамики срыва пациент должен осознать присутствие предвестников срыва и предпринять действия по устранению их из своей жизни: идентифицировать (определить) проблему; прояснить (исследовать) проблему; определить альтернативные варианты ее разрешения и вероятные последствия каждой из альтернатив; принять решение мысленно; выполнить решение (предпринять действия); довести действие до конца и оценить его результат. Данные действия, впервые разработанные Т.Дзуриллой и М. Голдфридом [Dzurilla T., Goldfrid M., 1971], являются универсальными принципами тренинга решения проблем, применяющегося в профилактике рецидивов.

Таким образом, успешная работа по профилактике рецидива должна быть завершена и подкреплена. Для этого необходимо: разработать дальнейший план предотвращения срыва и план выздоровления, используя работу в лечебной среде; объединить планирование профилактики срыва с продолжающимся лечением пациента и его семьи; объединить планирование профилактики срыва с планом поддержания трезвости.

ВЫВОДЫ

Использованный нами набор взаимодополняющих методов психологического тестирования может быть рекомендован для применения в практическом здравоохранении, а также различного рода реабилитационных центрах:

1. В целях профилактики – для выявления людей страдающих алкогольной зависимостью на начальной стадии алкоголизма, когда еще не сформировалась психическая и физическая зависимость от этанола. Для решения подобных задач можно в первую очередь рекомендовать применение методик ММР1 и «самооценки», которые позволяют при ограниченном времени, в условиях массового обследования выделить группу лиц с психогенными расстройствами. Использование указанных выше методик не требует значительных временных затрат и может быть осуществлено амбулаторно в наркологическом или реабилитационном диспансерах.

2. В лечебно-диагностических целях и в трудно диагностируемых случаях для решения задач дифференциальной диагностики может быть использована более трудоемкая методика – опросник Кеттелла. Она позволяет раскрыть на более глубоком уровне признаки эмоционально-личностной дезадаптации. Применение оправдано в условиях наркологического стационара, когда есть возможность провести тщательное экспериментально-психологическое исследование, результаты которого могут быть использованы в психотерапевтических и профилактических целях.

3. В реабилитационных целях в условиях стационара для повышения эффективности психологического воздействия, рекомендуется внедрение разработанной нами коррекционной программы, учитывающей личностные особенности людей страдающих алкогольной зависимостью.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Алкоголизм приобрел в обществе характер эпидемии. А главное – победить эту болезнь сегодня практически невозможно. Методов, правда, много, но стопроцентного результата пока еще никто не добился. Так что же делать? Возможно, что в недалеком будущем проблема алкоголизма, будет решена.

В настоящей диссертации рассматривалась проблема коррекции личностных особенностей людей страдающих алкогольной зависимостью. А одной из задач являлся обзор литературных источников по проблеме алкоголизма и именно анализ отечественной и зарубежной литературы позволил сделать нам следующие выводы:

1. Люди, имеющие высокий уровень алкогольной зависимости обладают качественной особенностью структуры мотивов личности, которая выражается в отсутствии единства интересов и личности в системе самоопределения.
2. Значительную роль в формировании алкогольной зависимости играют социальная среда, наследственность и характерологические особенности личности.
3. Причинами психологического характера употребления алкоголя являются: неумение справляться со стрессами и напряжением; застенчивость и низкая самооценка: отсутствие силы воли, слабохарактерность и личная предрасположенность (акцентуация характера).
4. Для приостановления роста распространения алкогольной зависимости необходима такая организация деятельности профилактической службы, которая бы предотвращала и на начальном этапе выявляла «группу риска» (люди подверженные алкогольной зависимости).
5. Среди злоупотребляющих алкоголем доминируют гипертимные, истероидные и эпилептоидные личности, особенности характера которых позволяет им занимать лидирующие позиции в группе.

Проведенный теоретический анализ психолого – педагогической и медико - психологической литературы показал, что период юности является наиболее опасным для формирования алкогольной зависимости и именно в этот период необходимо проводить психопрофилактику.

Алкогольная зависимость влечет за собой изменение личностных особенностей, что и доказывает выдвинутую нами гипотезу. Среди характерологических особенностей людей страдающих алкогольной зависимостью, в отечественной литературе выделяются следующие: нестабильность эмоциональной сферы, неуверенность, зависимость, тревожность, агрессивность, заниженный «Я-образ»; нарушения в аффективной сфере; лживость, безответственность, пессимизм, низкий уровень развития познавательных процессов. Данные личностные особенности необходимо учитывать при составлении коррекционной программы. А для коррекции выявленных нами личностных черт, рекомендуется применять методы психотерапии, так как психотерапия является основой любой программы реабилитации, и особую роль она играет в реабилитации больных алкоголизмом.

Необходимо также отметить, что в процессе проведения исследования поставленная нами гипотеза, суть которой заключалась в том, что алкогольная зависимость ведет за собой изменение личностных особенностей, нашла свое подтверждение.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Бехтель Э.Е. Дозиметрические формы злоупотреблением алкоголем. М.: Медицина, 1986
2. Келлерман Джозеф Л. Руководство для семьи алкоголика. Семейные группы Ал-Анон. М., 1999
3. Эйдемиллер Э.Г., Кулаков С.А., Черемисин О.В. Исследование образа «я» у подростков с аддиктивным поведением // Психологические исследования и психотерапия в наркологии. Л., 1989
4. Немчин Т.А., Цыцарев С.В. Личность и алкоголизм. Л.6 Изд-во ЛГУ, 1989
5. Шихирев П.Н. От терапии личности к терапии социальной среды: эволюция подходов к решению проблемы алкоголизма // Психологический журнал. 1987 Т.8 № 5
6. Битти М. Алкоголик в семье, или Преодоление созависимости. -- М., 1997
7. Бородкин Ю.С., Грекова Т.И. Алкоголизм: причины, следствия, профилактика. Л.: Наука, 1987
8. Landry M. Addiction diagnostic update DSM-III-R psychoactive substances use disorder // J. Psychoact. Drugs. 1987
9. Miller W. Addictive behaviours: treatment of alcoholism, drug abuse, smoking and obesity. Oxford etc: Pergamon Press, 1984
10. Shafe A.W. Codependency. Misunderstood-Mistreated.-Perennial library: Harper and Row Publ.-SunFrancisco etc., 1986.
11. Иванова Н.А., Бирун Н.Е. Наркотики: выход есть! – СПб, 2001
12. Лебедев Б.А., Дунаевский В.В. Алкоголь и семья. Ленинград, «Медицина». 1986
13. Бабанян Э.А., Пятов М.Д. Профилактика алкоголизма. Москва, «Медицина», 1981
14. Егоров А.Ю.1 Рано начинающийся алкоголизм: современное состояние проблемы // Вопросы наркологии. 2002
15. Егоров А.Ю., Дашковский Г.А., Ефимова И.В. Личностные особенности

- подростков с героиновой и алкогольной зависимостью // VII Всероссийская научно-практическая конференция "Образование в России: медико-психологический аспект": мат-лы конф. Калуга, КПКУ. 2002
16. Сидоров П.И., Митюхляев А.В. Ранний алкоголизм. Архангельск: Изд-во АГМА, 1999
17. Москаленко В. Д. Дети больных алкоголизмом. – М., 1990
18. Москаленко В.Д. Созависимость: характеристики и практика преодоления / Под ред. члена-корреспондента РАМН, проф. Н.Н. Иванца. – М., 2000
19. Шереги Ф.Э., Арефьев А.Л., Вострокнутов Н.В., Зайцев С.Б., Никифоров Б.А. Девиация подростков и молодежи: алкоголизация, наркотизация, проституция. М. 2001
20. Schukit M.A. Drug and alcohol abuse. A clinical guide to diagnosis and treatment. 3th ed. NY, Plenum. 1993
21. Алкоголизм: (Руководство для врачей)/ Под ред. Г.В. Морозова, В.Е. Рожнова, Э.А. Бабаяна. М.: Медицина. 1983
- 22 Иванец Н.Н., Игонин А.Л. Клиника алкоголизма. В кн.: Алкоголизм (руководство для врачей). П/р Г.В. Морозова, В.Е. Рожнова, Э.А.Бабаяна.- М.,1983
23. Братусь Б.С., Сидоров П.И. Психология, клиника и профилактика раннего алкоголизма. М.: Изд-во МГУ, 1984
24. Строганов Ю.А., Капанадзе В.Г. Медико-психологические аспекты формирования алкогольной зависимости у подростков. В кн.: Медико-психологические аспекты реабилитации детей с психическими заболеваниями. М., 1978
- 25 Касмынина Т.В. "Влияние алкоголя на организм подростка". М., Просвещение 1989
- Бабаян Э.А., Гонопольский М.Х. Наркология. М., 1987
27. Пятницкая И.Н. Клиническая наркомания М., 1978
28. Шабанов П.Д., Штакельберг О.Ю. Наркомании: патопсихология, клиника, реабилитация. СПб: Изд-во "Лань", 2000

29. Ураков И.Г., Куликов В.В. Хронический алкоголизм. М., Медицина, 1977
Предупреждение подростковой и юношеской наркомании // Под ред. С.В. Березина, К.С. Лисецкого. – М., 2001
30. Пятницкая И.Н. Злоупотребление алкоголем и начальная стадия алкоголизма. Л., 1988
31. Иванец П.Н., Валентик Ю.В. Алкоголизм.-М.: Наука, 1988
32. Альтшулер В.Б. Алкоголизм // В кн.: Руководство по психиатрии /Под ред. А.С. Тиганова. Т. 2. М.: Медицина, 1999
33. Альтшулер В.Б. Женский алкоголизм // В кн: Лекции по наркологии. 2-е изд./ Под ред. Н.Н. Иванца. М., "Нолидж", 2000
34. Шабанов П.Д. Руководство по наркологии. 2-е изд. СПб., Изд-во "Лань", 1999
35. Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология. Л., Медицина, 1991
36. Гузиков Б.М., Вдовиченко А.А., Иванов Н.Я. Выявление контингента подростков с риском злоупотребления наркотическими и другими токсическими веществами // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. 1993
37. Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология. Л., 1991
38. Кесельман Л.Е., Мацкевич М.Г. Социальное пространство наркотизма. СПб., 1998
39. Лекции по наркологии / Под ред. профессора Н.Н. Иванца. – М., 2000
40. Москаленко В. Д. Предсказуем ли алкоголизм? – М., 1991
41. Максимова Н.Ю. Психологическая профилактика алкоголизма и наркомании несовершеннолетних., Ростов-на-Дону, 2000
42. Гузиков Б.М., Мейроян А.А. Алкоголизм у женщин. Л., Медицина. 1988
43. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. Изд-е 2-е. Л., 1983
44. Личко А.Е. Подростковая психиатрия. Л.: Медицина, 1985
45. Лсонгард К. Акцентуированные личности. Киев, Выща шк. 1989

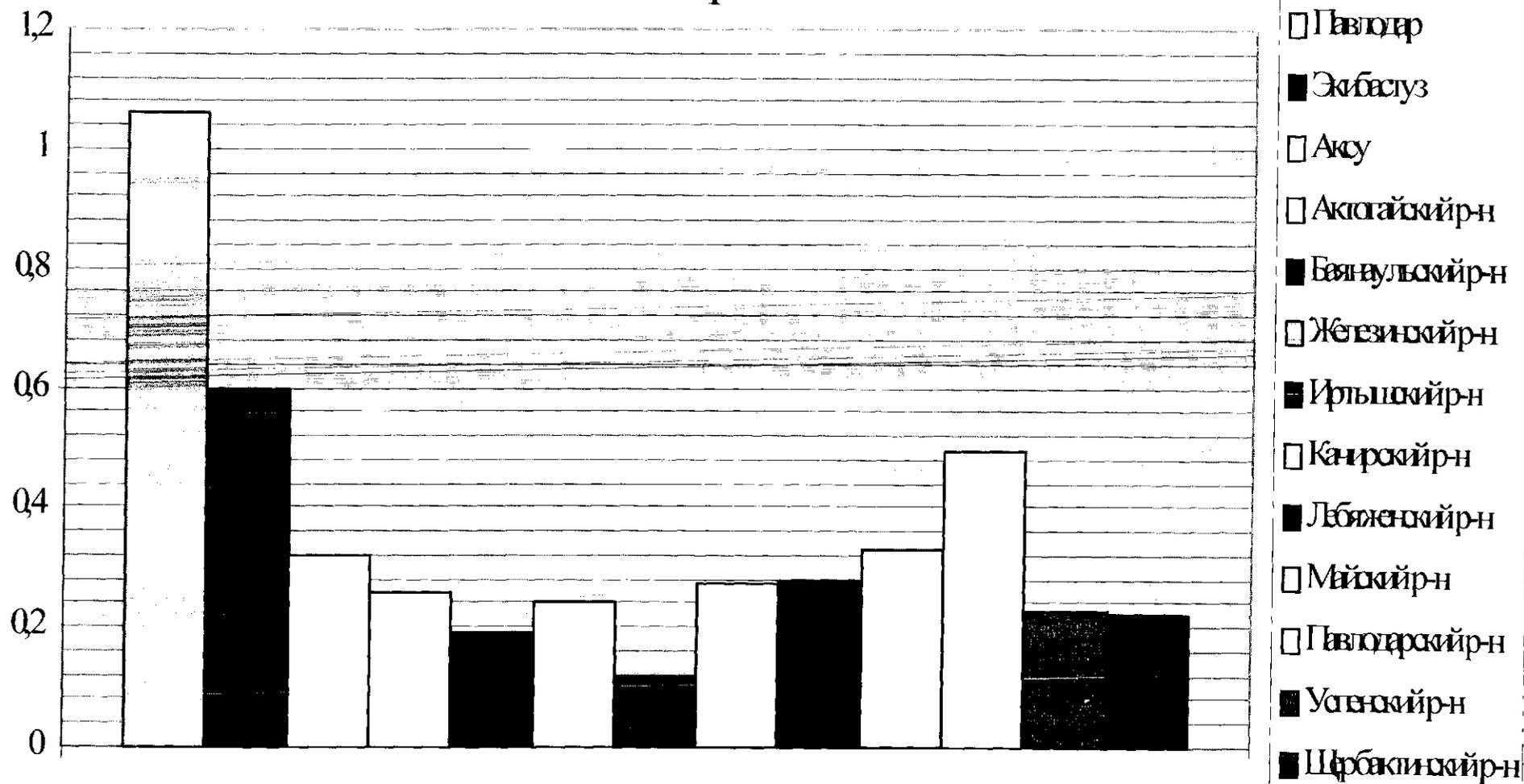
46. Гурьева В.А., Гиндикин В.Я. Юношеские психопатии и алкоголизм. М., Медицина. 1980
47. Фридман Л.С., Флеминг Н.Ф., Робертс Д.Х., Хайман С.Е. (ред.) Наркология. М.; СПб.: "Бином"- "Невский диалект", 1998
48. Муратова И.Д., Сидоров П. И. "Антиалкогольное воспитание в школе", Архангельск, 1977
49. Джон А. Соломзес, Вэлд Чебурсон, Георгий Соколовский. Наркотики и общество. М., 1997
50. Юхансон Л. Труд и алкоголь. Алма-Ата, 1988
51. Егоров А.Ю. Особенности алкоголизма в пубертатном и постпубертатном возрасте // Материалы Конгресса по детской психиатрии. 25-28 сентября 2001. Москва, Росинекс. 2001
52. Дюркгейм Э. Самоубийство: социологический этюд. Москва, 1994
53. Анонимные Алкоголики. Рассказ о том, как многие тысячи мужчин и женщин вылечились от алкоголизма. – Нью-Йорк, 1989
54. Игонин А.Л. Об алкоголизме в диалогах. Москва, 1989
- Лукомский И.И. Лечение хронического алкоголизма. М., Медгиз, 1960
56. Короленко Ц.П. Аддиктивное поведение. Общая характеристика и закономерности развития // Обзорение психиатрии и медицинской психологии. 1991
57. Стрельчук И.В. О клинике и дифференциальном лечении в возрастном аспекте женщин, больных хроническим алкоголизмом // Проблемы подростково-юношеского и женского алкоголизма. М., 1964
58. Материалы для новичка о сообществе анонимных созависимых СоДА. М., 1997
59. Комиссаров Б.Г., Роменко А.А. SOS Наркомания. – Ростов-на-Дону,
60. Нейк А. Наркотики. – М., 2001
61. Николаева З.А. Алкоголизм. Наркомания. Токсикомания. (Понятие. Вопросы квалификации. Рекомендации). М., Просвещение 1994

62. Мелоди Битти. Алкоголик в семье, или Преодоление созависимости. – М., 1997
63. Столяренко Л.Д. Основы психологии практикум., Ростов-на-Дону, «Феникс»
64. Психодиагностика: теория и практика. – М.: Прогресс, 1986
65. МакМаллин Р. Практикум по когнитивной терапии. – СПб., 2001
66. Общая психодиагностика / Под ред. А. А. Бодалева, В. В. Столина. М.: Изд-во МГУ, 1987
67. Зинкевич-Евстигнеева Т.А. Психотерапия зависимостей. Метод сказкотерапии. – СПб., 2002
68. Концептуальная программа профилактики злоупотребления наркотиками и другими психоактивными веществами среди подростков и молодежи. – М., Российский благотворительный фонд «НАН», 1999
69. Анисимов Л.Н. Профилактика пьянства, алкоголизма и наркомании среди молодежи. Москва, «Юридическая литература», 1988
70. Бокний И. В., Рыбакова Т.Г. Семейная психотерапия в профилактике рецидивов алкоголизма // Психогигиена и психопрофилактика. Л., 1983
71. Валентик Ю.В. Принципы и мишени психотерапии больных алкоголизмом. // Вопр. наркологии, 1995.-№ 2.
72. Осипова А.А. Введение в теорию психокоррекции. – Москва – Воронеж, 2000
73. Гоновольский М.Х. Алкоголь и разрушение личности. Москва, «Наука», 1987
74. Колосов В.П. Психокоррекция и психотерапия детей, страдающих пристрастием к ингаляционному применению психоактивных веществ. – М., 2000
75. Дилемма брака с алкоголиком. М., 1994
76. Джонсов В. Как заставить наркомана или алкоголика лечиться. – М., 2000
77. Битинский В.С., Херсонский Б.Г., Дворяк С.В., Глушков В.А. наркомания у подростков. Киев: Здоровье. 1989

78. Кондрашенко В.Т. Девиантное поведение у подростков. Минск: Беларусь, 1988
79. Коттлер Дж., Браун Р. Психотерапевтическое консультирование. – СПб, 2001
80. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В. использование игровой психотерапии для коррекции нарушений поведения у подростков // Психогигиена и психопрофилактика. Л., 1983
81. Завьялов В.Ю. Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости. Новосибирск: Наука, 1988
82. Хомик В.С., Шихирев П.Н. Алкоголизм: опыт психологических исследований // Психологический журнал. 1987. Т.8 № 6
83. Келлерман Джозеф Л. Алкоголизм – карусель отрицания. – М., 1997

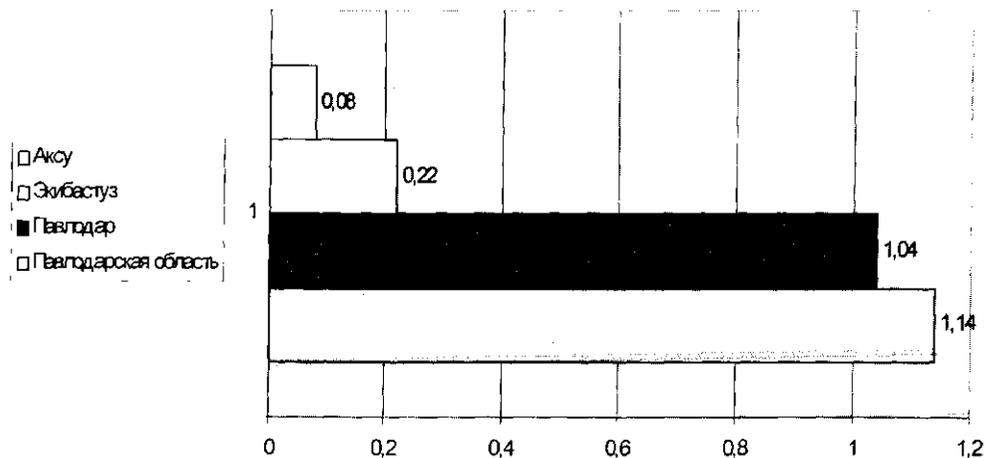
ПРИЛОЖЕНИЕ

Распространение алкогольной зависимости по Павлодарской области

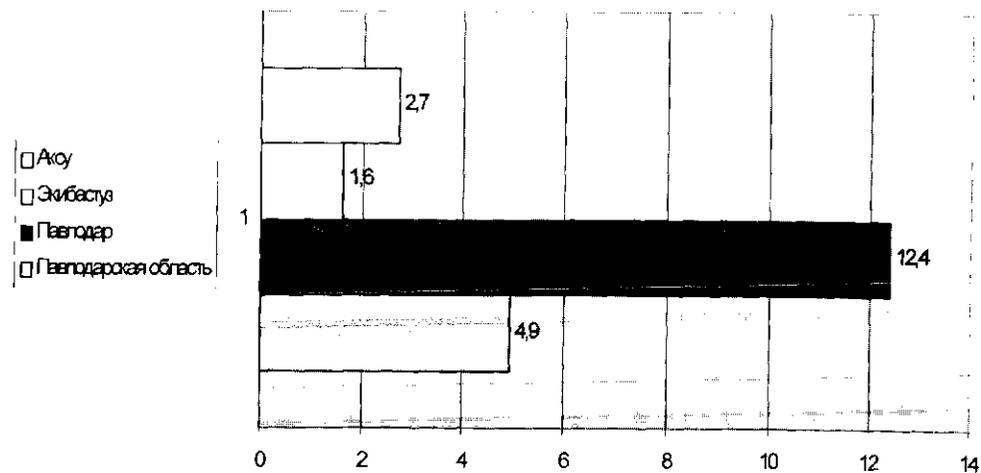


Уровень алкоголизации подростков по Павлодарской области

2003 год

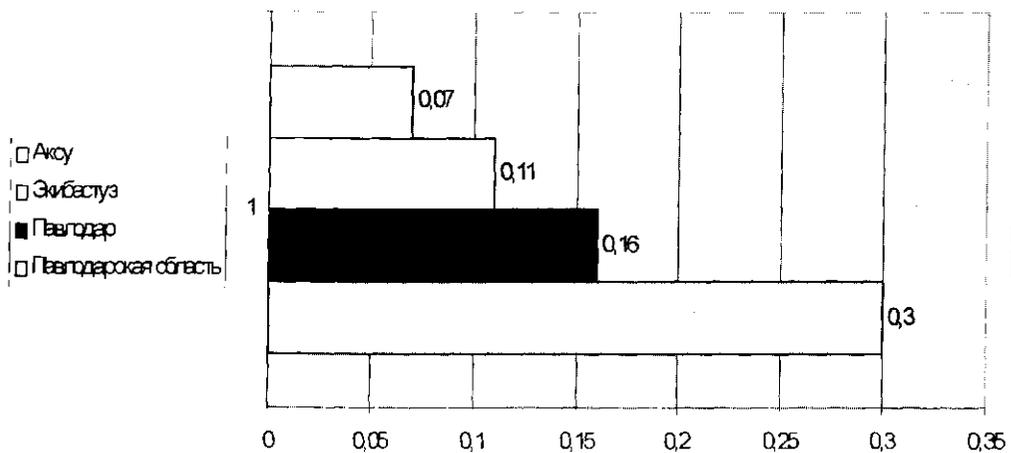


2004 год

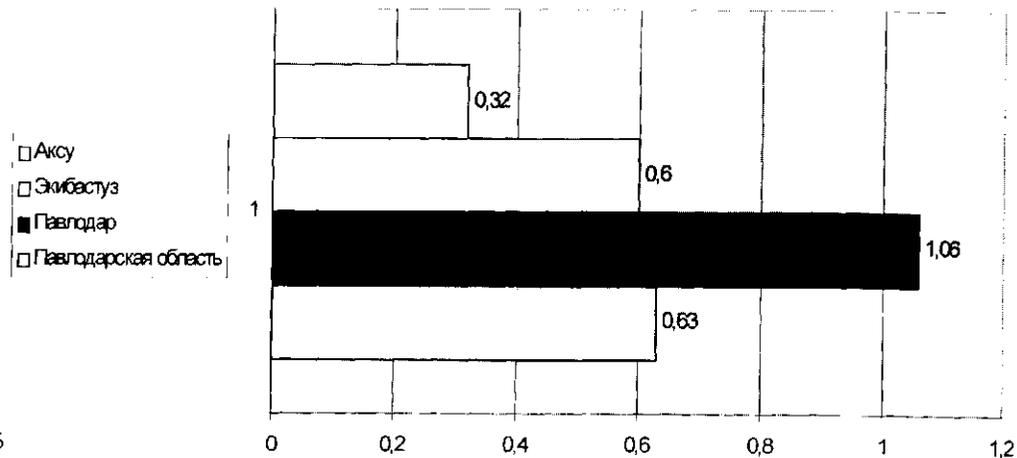


Уровень алкоголизации взрослого населения по Павлодарской области

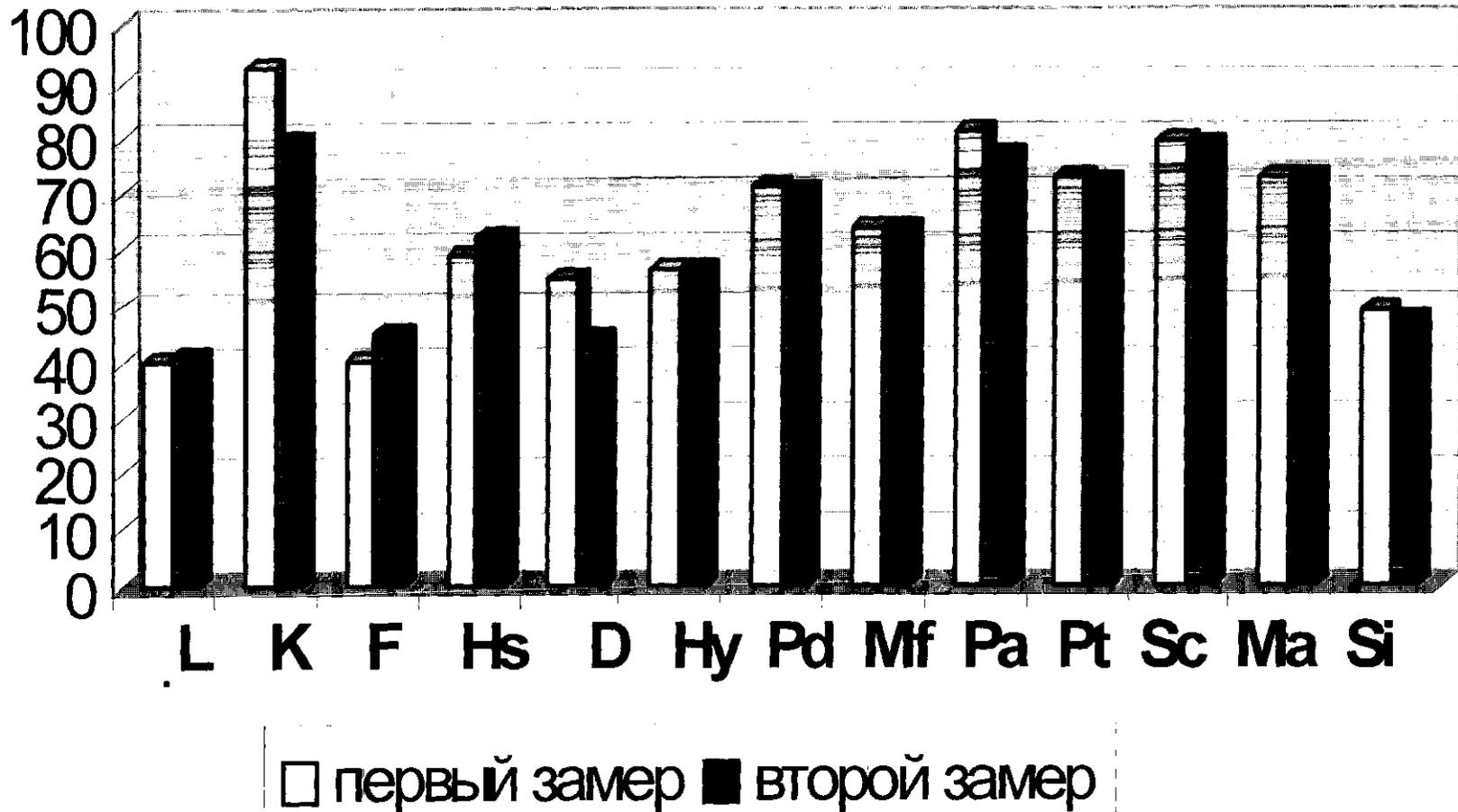
2003 год



2004 год

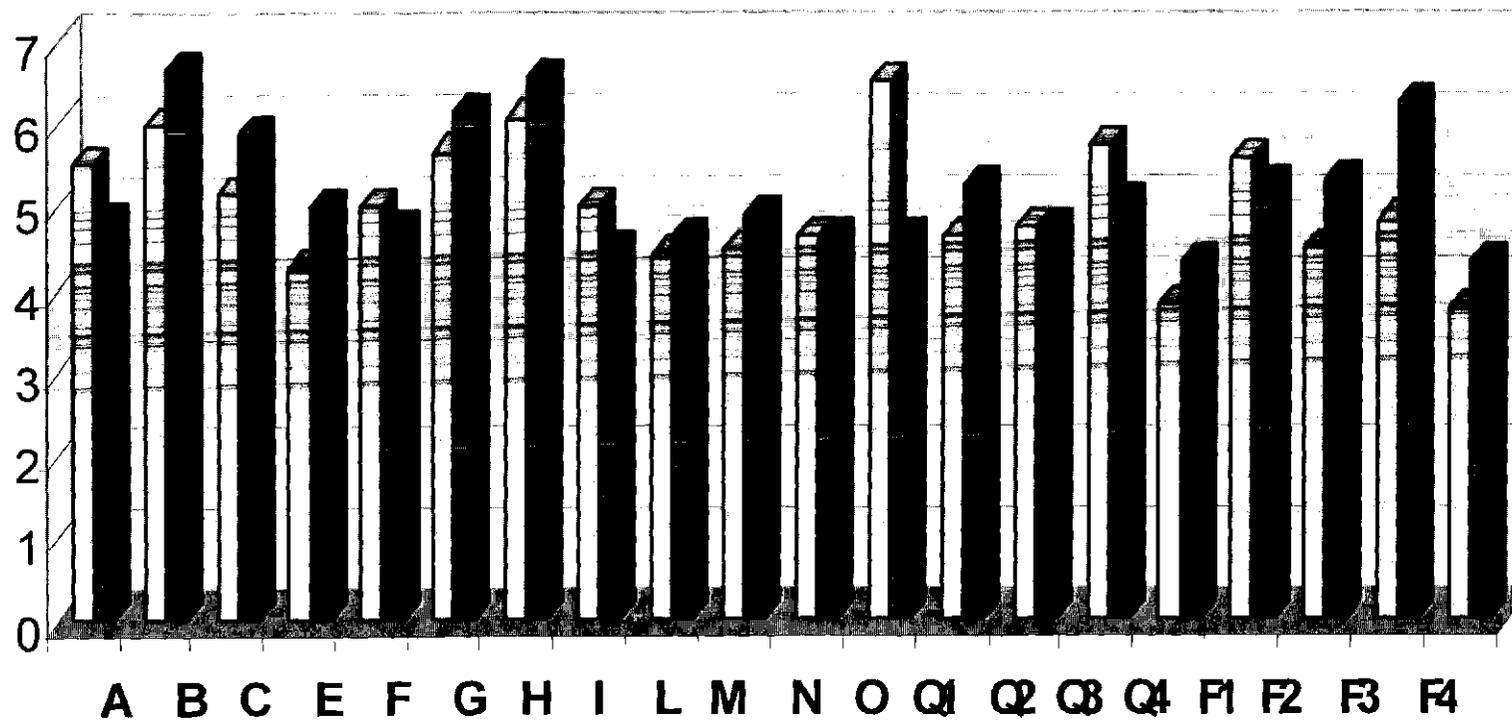


Усредненный профиль по методике MMP1



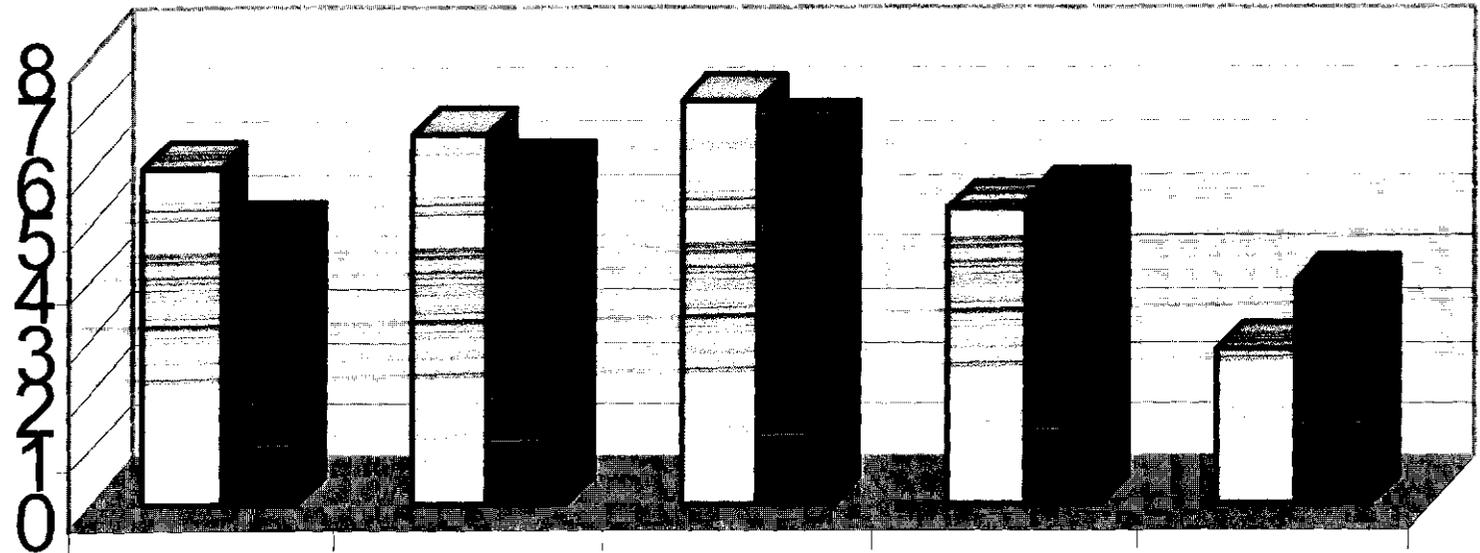
ПРИЛОЖЕНИЕ Г

Усредненные показатели по методике 16 PF Кеттелла



□ первый замер ■ второй замер

Усредненный профиль по методике "САМОЦЕНКА"



ум, здоровье, характер, счастье, алкоголизм

□ первый замер ■ второй замер

ПРИЛОЖЕНИЕ Е

Коррекционная программа реабилитации людей страдающих алкогольной зависимостью

Повышение эффективности реабилитационных программ алкогольнозависимых пациентов в настоящее время является очень важным. Поэтому нами была разработана реабилитационная программа, которая включает в себя такие методы психотерапии как, арт-терапия и телесно-ориентированная терапия.

Основная цель данной программы состоит в сглаживании заостренных личностных черт через развитие способностей самовыражения и самопознания

Задачи рекомендуемой программы:

1. Утилизация дисгармоничного образа собственного тела.
2. Отработка умения сопротивления алкогольной среде.
3. Снижение уровня тревожности и агрессивности.
4. Нормализация эмоционального состояния.
5. Обучение релаксационным техникам, с целью редукции стрессовых состояний.

Рекомендуемое количество пациентов в группе не более 8-12 человек.
Продолжительность сессии 1,5-2,5 часа, курс - 10 дней.

Сессии состоят из трех этапов:

Введение и «разогрев» (10-25 минут)

Этап основной работы (40-50 минут)

Обсуждение и завершение сессии (35-40 минут)

Занятие № 1

Цель: Отражение эмоционального переживания посредством рисунка.

1. Введение: «Знакомство».

«Давайте будем по очереди называть свое имя и сразу же не задумываясь, любое слово на начальную букву имени, при этом показывая это слово каким-нибудь жестом. Следующий по кругу, прежде чем назвать свое имя назовет имена предыдущих, их слова и покажет жесты каждого»

Далее участники садятся по кругу.

«Продолжаем наше знакомство. Представьте себе, что сложилась такая ситуация, что вам необходимо перевоплотиться в какой-либо объект материального мира, животное или растение. Подумайте и скажите, какой объект, какое животное или растение вы выбрали».

2. Тема занятия: «Несуществующее животное».

«Придумайте и нарисуйте несуществующее животное и назовите его несуществующим именем».

3. Обсуждение и обратная связь.

Занятие № 2

Цель: Снятие мышечного напряжения

1 Разогрев

Представим, что мы атомы. Мы все будем быстро двигаться по комнате. Когда я скажу какую-нибудь цифру атомы, должны будут, объединиться в молекулы с таким же числом атомов.

2. Тема занятия: «Мышечное напряжение».

Дыхательные упражнения:

Участники группы становятся в круг. Расставить ноги примерно на метр и перенести тяжесть тела на переднюю часть стопы. Колени слегка согнуть, тело расслабить, чтобы таз провис. Поместить руку на свой живот у установить визуальный контакт с участником напротив. Синхронно с ним сделать глубокий вдох через рот, вбирая воздух до самого живота. Вместе делать выдох до тех пор, пока не прекратится сопровождающий его звук. Выполнить, таким образом, 16 вдохов, глубоких и медленных. Обращайте внимание на все, что

препятствует вашему дыханию. и на все ощущения, которые возникают у вас, когда воздух проходит до самого живота. Окончив упражнение сделать несколько прыжков на месте, слегка отрываясь от пола, чтобы зарядиться энергией до появления усталости. Потом отдохните, слегка согнув колени, чуть наклонившись вперед и выпрямив спину.

Упражнение на снятие мышечного напряжения:

Участники группы останавливаются на несколько минут и не двигаются. Необходимо закрыть глаза и остаться наедине с собой. Можно лечь на пол. Сконцентрироваться на своем теле и расслабить ту часть тела, в которой будет замечено напряжение.

Упражнение «Растем»

Участники группы встают в круг. Исходное положение – сидя на корточках, голову нагнуть к коленям, обхватив их руками. «Представьте себе, что вы маленький росток, только что показавшийся из под земли. Вы растете, постепенно распрямляясь, раскрываясь и устремляясь в верх. Я буду помогать вам расти, считая до пяти. Постарайтесь равномерно распределить стадии роста.» Усложняя в будущем упражнение, можно увеличить продолжительность роста до 10-20 стадий.

Упражнение «Потянулись – Сломались»

Исходное положение – стоя. руки и все тело устремлены вверх, пятки от пола не отрывать. «Тянемся, тянемся вверх, выше, выше...мысленно отрываем пятки от пола, чтобы стать еще выше, а теперь наши кисти как бы сломались, безвольно повисли. Теперь руки сломались в локтях, в плечах, упали плечи, повисла голова, сломались в талии, подогнулись колени, упали на пол... лежим расслаблено, безвольно, удобно...Прислушайтесь к себе. Осталось ли где напряжение? Сбросили его!»

3. Обсуждение и обратная связь.

Занятие № 3

Цель: Формирование умения управлять выражением своих эмоциональных реакций

1 Разогрев

Упражнение «На что похоже мое настроение»

Участникам предлагается прислушаться к себе и определить на какой цвет похоже сейчас их настроение. Упражнение выполняется в кругу, с мячиком. Варианты: «на какую погоду, музыку, цветок, животное, автомобиль похоже ваше настроение?»

3. Тема занятия: «Эмоциональные реакции».

Упражнение «Живые руки»

Участники рассаживаются в два ряда, друг напротив друга, на расстоянии около 40 см. с закрытыми глазами. Один из участников пытается руками передать какое-нибудь чувство партнеру. Задача партнера – определить, какое чувство он получил.

Упражнение «Бумажные мячики»

Каждый участник берет по большому листу бумаги, как следует его сминает и делает из него хороший достаточно плотный мячик. Затем участники делятся на две команды и каждая выстраивается в линию. На расстоянии примерно четыре метра. По команде каждый участник начинает бросать мячи на сторону противника. По команде перебрасывание мячами прекращается.

3. Обсуждение и обратная связь.

Занятие № 4

Цель: Разряжение агрессии и гнева

1 Разогрев

Упражнение «Изобрази животное»

Каждый из участников по очереди изображает какое-то животное, которое отражает его внутреннее состояние. Вся группа старается, как можно точнее воспроизвести. Затем изображает животное следующий участник.

2. Тема занятия: «Агрессия».

Упражнение № 1

Сядьте на стул, наклонившись вперед и положив руки на колени. Закройте глаза. Держа руки ладонями вверх, легонько похлопывайте ими по коленям. Одновременно издавайте рычащие или утробные звуки. Постепенно усиливайте похлопывание, одновременно издавая все более громкие звуки. Дайте волю своим чувствам. Продолжайте в том же духе, пока не освободитесь от своих чувств или пока не почувствуете усталость.

Упражнение № 2

Сядьте на краешек стула, положив на колени подушку. Подумайте о ком-либо из вашего списка и «поместите» его в подушку. Громко выкрикивайте любые выражения, которые просятся наружу. Дайте полную свободу своим чувствам. Побейте подушку руками и кулаками. При желании топайте ногами.

Упражнение № 3

Встаньте, согнув руки в локтях. Подумайте о ком-либо или о чем-либо из вашего списка. Резко опустите руки и согните одно колено, отрывая ногу от пола, словно пытаетесь сломать палку о колено. Одновременно громко выдохните. Повторяйте эту последовательность до тех пор, пока не почувствуете усталость или пока не избавитесь от своего гнева.

3. Обсуждение и обратная связь.

Занятие № 5

Цель: Обучение навыкам визуализации и расслабления.

1. Разогрев

Займите удобное положение. Представьте, что внутри вашей головы, в верхней ее части, возникает светлый луч, который медленно и последовательно движется сверху вниз и по пути своего движения освещает изнутри все детали лица, шеи, плеч, рук теплым, ровным и расслабляющим светом. По мере движения луча разглаживаются морщины, исчезает напряжение в области затылка, ослабляется складка на лбу, расслабляются брови, «охлаждаются» глаза, ослабляются зажимы в углах губ, опускаются плечи, освобождаются шея и грудь. Внутренний луч как бы формирует новую внешность спокойного и освобожденного от зависимости человека.

2. Тема занятия: «Преодоления стресса посредством визуализации».

«Представьте себе, что к вашим плечам, рукам, кистям рук и макушке прикреплены нити, словно у марионетки, и эти нити медленно, но верно тянут вверх ваши руки, плечи, торс и голову. Ваш позвоночник вытягивается по всей своей длине, нижняя часть спины выгибается, а ноги свободно повисают. Одновременно подбородок задирается вверх и все дальше отходит от шеи, которая отклоняется назад по мере поднятия головы. Однако, как только вы начинаете подниматься с места, на котором вы сидите, нити обрываются, и вы шлепаетесь в кресло, а руки провисают вдоль тела. На некоторое время сосредоточьтесь на возникшем ощущении расслабленности и дайте ему распространиться по всему телу.

Перенесите свое внимание на грудь. Представьте себе, что на ней сидит готовая взлететь бабочка. При каждом вздохе и выдохе вам кажется, что она вот-вот взлетит. Но, тем не менее, насекомое остается на месте. Внимательно рассмотрите бабочку, отдавая себе отчет в мыслях и чувствах, которые возникают при этом.

Обратите на собственную реакцию в тот момент, когда бабочка, наконец, взлетит. Представьте, что вы следуете за ней и оказываетесь в некоей приятной среде, где чувствуете себя спокойно, комфортно, безопасно. Теперь

сосредоточьтесь на всем, что вы видите, на запахах, звуках и других вызываемых этой обстановкой ощущениях, а также на том, как сами себя чувствуете.

Представьте себе мельчайшие детали со всей возможной живостью, дайте себе возможность порадоваться тому, что оказались в столь замечательном месте, и расслабьтесь, насколько можете.

После этого задайте себе несколько вопросов. Какие моменты воображаемой ситуации представляются вам более успокаивающими и расслабляющими? Если это не вполне ясно, сравните возникшую ситуацию с вашей обычной жизнью. Какие выводы о стрессорах, преобладающих в вашей повседневности, вы сможете сделать после такого упражнения?

Ответив на эти вопросы, вспомните. Что воображаемое вами место никогда не расстанется с вами. Вы носите его в собственной голове и можете оказаться там в любой момент, когда пожелаете.

Теперь приготовьтесь открыть глаза и вернуться к действительности. Откройте глаза”.

3. Обсуждение и обратная связь.

Занятие № 6

Цель: Анализ своей жизни

1 Разогрев:

Участники садятся в круг.

«Сейчас каждый по очереди будет, взяв свой стул, входить в круг и, по очереди садясь напротив каждого из оставшихся в кругу, будет задавать ему неожиданный вопрос. Задав вопрос, надо дождаться ответа».

2. Тема занятия: «Прошлое, настоящее и будущее».

«Создайте три рисунка, иллюстрирующее ваше прошлое, настоящее и будущее.

Можно изобразить свою жизнь в виде линии, при этом обратите внимание на направление «линии жизни», ее цель, моменты, связанные с преодолением препятствий. Можно также обозначить словами или символами наиболее значимые события и вехи своей жизни».

3. Обсуждение и обратная связь

Занятие № 7

Цель: Осознание своих мышечных зажимов.

1. Разогрев.

«Давайте сейчас все будем медленно ходить по комнате...А теперь представьте, что комната наполнена жвачкой и вы продираетесь сквозь нее... А теперь комната стала оранжевой – оранжевые стены, пол и потолок, вы чувствуете себя наполненными энергией, веселыми, легкими, как пузырьки в «Фанте»...А теперь пошел дождь, все вокруг стало голубым и серым. Вы идете печально, грустно, усталые...»

2. Тема занятия: Снятие мышечных зажимов.

Упражнение «Арка Лоуэна»

Участники ставят ступни на расстоянии ширины плеч и параллельно друг другу, слегка повернув носки внутрь. Сжатые кулаки ложатся на поясницу, колени слегка сгибаются. Далее тело немного изгибается назад, голова запрокидывается и немного свисает. Линия, наложенная на фигуру, показывает правильную полуарку или изгиб тела. В таком положении находиться 15-20 минут. Затем медленно разогнуться.

Упражнение «Наклон Лоуэна»

Расставить стопы примерно на четверть метра, слегка повернуть носки внутрь и согнуться в пояснице вперед. Колени слегка согнуты, пальцами рук коснуться пола. Свой вес перенести на переднюю часть стоп. Дыхание глубокое через рот. Медленно распрямить ноги, но не до конца. Время нахождения в этом положении до 20 минут. Заканчивая упражнение, медленно сесть на

корточки, затем перекатиться на спину и выпрямить ноги. Полежать в течении 2-3 минут.

Упражнение «Велосипед»

Исходное положение – лежа на спине, руки вдоль туловища, подняв ноги под углом 90 градусов, совершать движения от бедра, будто вы крутите педали велосипеда. Опускать ноги и прекращать движения нельзя. Время выполнения упражнения 15-20 минут. Заканчивать выполнение упражнения постепенно, опустить ноги и полежать 2-3 минуты.

3. Обсуждение и обратная связь.

Занятие № 8

Цель: Повышение способности к самопознанию, тренировка навыка сопротивления алкогольной среде.

1. Разогрев

Упражнение «Да и Нет»

Разминка выполняется в парах. Участники разбиваются на пары и встают друг напротив друга. Определяются кто из них говорит «да», а кто «нет». Один начинает произнося слово «да», второй сразу же отвечает ему: «нет». Тогда первый снова говорит: «да», может быть, чуть громче, а второй опять ему отвечает: «нет», и тоже слегка погромче. Каждый произносит только то слово, которое выбрал с самого начала: или «да» или «нет». Затем меняются позициями.

2. Тема занятия: Умение сказать «нет».

Упражнение. «Просьба - Отказ»

Выбираются по желанию два участника. Один должен просить о чем-либо (например: попросить денег в займы, пойти вместе погулять), а другой – отказывать, но при этом не говорить «нет» и не грубить столько, сколько может продержаться.

Во второй части этого упражнения меняется задание. Нужно предложить или попросить что-то такое, в чем будет трудно отказать, например: предложить закурить, вышить, украсть, второй участник должен отказать словами: «Нет, нет, нет»

Упражнение «Навык как сказать нет»

Шаги:

1. Выслушать просьбу спокойно, доброжелательно.
 2. Попросить разъяснения, если что-то неясно.
 3. Оставаться спокойным и сказать «нет».
 4. Объяснить, почему вы говорите «нет».
 5. Если собеседник настаивает, повторить «нет» без объяснений.
3. Обсуждение и обратная связь.

Что понравилось, что было трудно? Что ты чувствовал, когда просил, отказывал, когда тебе отказывали, когда говорил «нет, нет, нет»? Бывает ли в жизни трудно отказать?

Занятие № 9

Цель: Анализ себя с положительной и отрицательной стороны.

1 Разогрев.

Участники садятся в круг.

«Я раздаю вам карточки с названием животного. Названия повторяются на двух карточках. Прочитайте вашу карточку, затем уберите ее. Задача каждого – найти свою пару. При этом можно пользоваться любыми выразительными средствами, нельзя только ничего говорить и издавать характерные звуки «вашего животного». Когда вы найдете свою пару, вы продолжаете молчать. Когда все пары будут найдены, я задам вопрос: «Кто вы?». После завершения упражнения можно поделиться впечатлениями. Рассказать о том, как вы находили свою пару».

2. Тема занятия: «Хорошее и Плохое»

«Изобразите то, что у вас есть хорошего и плохого, что вам нравится и не нравится, свои достоинства и недостатки».

Варианты:

«Изобразите идеального и реального Я. После изображения положительного и отрицательного Я необходимо сочинить разговор между ними».

Обсуждение и обратная связь.

Занятие № 10

1 Разогрев.

Участники разбиваются на пары. Одному из них завязывают глаза, другой ведет его, удерживая за палец. Оба участника сохраняют молчание. Ведущий обводит партнера вокруг препятствий, стараясь предоставить ему больше опыта прикосновений, ощущений, запахов, звуков. При этом звучит спокойная, приятная музыка. Затем участники меняются местами. По 20 минут на каждого участника пары.

2. Тема занятия «Жизненный опыт».

Музыка продолжает звучать.

«Сейчас мы постараемся сосредоточиться на себе, на своих мыслях, чувствах, переживаниях. Сядьте поудобней, закройте глаза. Обратите внимание на ваше дыхание, ощутите, как воздух проходит через нос, горло, попадает в грудь, наполняет ваши легкие. Ощутите, как с каждым вдохом в ваше тело попадает энергия, а с каждым выдохом уходят ненужные вам сейчас заботы, напряжения... Обратите внимание на ваше тело. Почувствуйте ваше тело: все – от ступней до макушки головы...Вы сидите на стуле, слышите звуки, ощущаете прикосновение воздуха на вашем лице. Может быть, вам захочется изменить позу, сделай это.

А теперь сосредоточьтесь на идее изменчивости мира, в котором мы живем...Наше сложное время характерно быстрыми и резкими

изменениями... Порой они бывают молниеносными... Социальные и технологические изменения, которые в прошлые века тянулись десятки лет, теперь могут произойти в считанные месяцы, или даже недели, и все это действует на каждого из нас. Подумайте об этом.

Подумайте об этом. Какие мысли и вас возникают?.. Как вы чувствуете себя в этом изменчивом мире? Подумайте о том, какие ваши качества, особенности поведения помогают вам жить в этом изменчивом мире, а какие мешают? А теперь вспомните, что вы сидите здесь, в этой комнате, и здесь есть еще другие люди. Вернитесь сюда, в наш круг, и сделайте это в удобном для вас темпе. Вы можете сразу открыть глаза или посидеть еще некоторое время с закрытыми глазами».

После того, как все участники открыли глаза, надо предложить им нарисовать свои переживания и впечатления

3. Обсуждение и обратная связь

При обсуждении можно предложить составить список качеств, которые помогают и которые затрудняют нашу жизнь в изменчивом мире.

Таким образом, применение данной программы позволяет решить задачи второго и третьего этапа: восстановление биологических и социальных навыков и максимально-возможное развитие свойств антиалкогольной устойчивости. Основными мишенями в реабилитационной программе являются патологический личностный статус, патологическое влечение к алкоголю, мотивация на избавление от патологического влечения к алкоголю. Применение данной программы в реабилитации людей страдающих алкогольной зависимостью способствует актуализации «Я телесного», которая является частью нормативного статуса личности, развивая способность к получению естественного удовольствия от самого себя и своего тела; помогает взглянуть на свои проблемы с другого ракурса.