

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКАЯ ДУХОВНАЯ АКАДЕМИЯ
САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ИНСТИТУТ ПСИХОЛОГИИ И
СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

ИОАННО-ПРЕДТЕЧЕНСКОЕ БРАТСТВО «ТРЕЗВЕНИЕ»
РУССКОЙ ПРАВОСЛАВНОЙ ЦЕРКВИ

В. Г. Белов, свящ. Г. Григорьев, В. А. Кулганов, Ю. А. Парфенов

**ПРОФИЛАКТИКА АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ: ОПЫТ МЕДИКО-
ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ И БОГОСЛОВСКИЕ ОСНОВАНИЯ**

Учебное пособие

**Санкт-Петербург
2013**

УДК 615.851
ББК 60.5

*Издается при поддержке конкурса «Православная инициатива – 2012»,
Проект № IX-78-015*

Рецензенты

А.В. Дергунов - доктор медицинских наук, профессор (Военно-медицинская академия им.С.М.Кирова)

В.Ю. Рыбников - заслуженный деятель науки РФ, доктор психологических наук, доктор медицинских наук профессор (Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины имени А.М. Никифорова МЧС России)

И.Ю. Алексашина - доктор педагогических наук, профессор (Санкт-петербургская академия постдипломного педагогического образования)

Белов В.Г., священник Григорьев Г., Кулганов В.А., Парфенов Ю.А. Профилактика аддиктивного поведения. Учебное пособие. - 2013. – 260 с.

Пособие раскрывает основные вопросы теории и практики профилактики аддиктивного поведения. Рассмотрены теоретические вопросы формирования зависимого поведения, базовые понятия и классификация аддикций, факторы риска и факторы защиты зависимого поведения, а также основные направления профилактики данного явления. Особое внимание уделено концептуальным основам церковной профилактики зависимого поведения и методу духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зорка на православной основе. В книге также затронуты вопросы существующего законодательства Российской Федерации в сфере профилактики употребления психоактивных веществ. Приложение содержит программу тренинга по первичной профилактике употребления психоактивных веществ среди молодежи.

Пособие предназначено для студентов, как светских, так и духовных учебных учреждений, а также будет полезно практикующим специалистам государственных, общественных и церковных организаций, осуществляющим профилактику аддиктивного поведения.

Оглавление

Предисловие.....	5
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ.....	6
1.1. История аддиктивного поведения.....	6
1.2. Базовые понятия аддиктологии.....	9
1.3. Концепции формирования зависимости	15
1.4. Воздействие ПАВ на организм человека	24
1.5. Факторы риска и защиты зависимого поведения у подростков	30
ГЛАВА 2. КОМПЛЕКСНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ФАКТОРОВ РИСКА ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ ПАВ	32
2.1. Биологические факторы риска злоупотребления ПАВ.....	32
2.2. Психологические факторы риска злоупотребления ПАВ	36
ГЛАВА 3. КОМПЛЕКСНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ФАКТОРОВ ЗАЩИТЫ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ ПАВ	102
3.1. Биологические факторы защиты.....	104
3.2. Индивидуально-психологические факторы защиты.....	106
3.3. Социальные факторы защиты	114
ГЛАВА 4. ОСНОВЫ КОНЦЕПТУАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ.....	120
4.1. Основные направления и базовые принципы профилактики зависимого поведения	120
4.2. Основные направления работы, осуществляемой в рамках первичной, вторичной и третичной профилактики наркозависимого поведения.....	122
ГЛАВА 5. КОНФЕССИОНАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ.....	141
5.1. Концептуальные основы церковной профилактики наркозависимости.....	141
5.1.1. Наркомания: грех и болезнь.....	141
5.1.2. Отношение Церкви к людям, попавшим в наркотическую зависимость.....	142
5.1.3. Основные принципы церковной реабилитации наркозависимых.....	142
5.1.4. Организация реабилитационного процесса.....	144
5.1.5. Задачи организации церковной реабилитации наркозависимых.....	144
5.1.6. Взаимодействие Церкви с государственными структурами и обществом в деятельности по реабилитации.....	145
5.2. Концептуальные основы церковной профилактики алкоголизма.....	141
5.2.1. Отношение Церкви к трезвости и пьянству.....	141
5.2.2. Причины возникновения алкоголизма в православном понимании	1421

5.2.3. Утверждение трезвости на современном этапе	14253
5.2.4. Взаимодействие с органами государственной власти, местного самоуправления, общественными институтами и средствами массовой информации	14455
5.3. Принципы и сущность метода духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зорока на православной основе.....	1517
ГЛАВА 6. СОВРЕМЕННОЕ РОССИЙСКОЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО	
В СФЕРЕ ПРОФИЛАКТИКИ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПАВ	200
6.1. Проблемы законодательства в сфере профилактики употребления ПАВ	200
6.2. Действующая нормативно-правовая база в сфере профилактики употребления ПАВ....	202
ПРИЛОЖЕНИЯ	232
Приложение 1. Глоссарий.....	232
Приложение 2. Признаки, состояния и последствия при употреблении наркотиков.....	2358
Приложение 3. Тесты для родителей.....	23841
Приложение 4. Тренинг по первичной профилактике употребления ПАВ среди молодежи..	244
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	251

Предисловие

Современная социальная ситуация требует принять на себя ответственность за свое будущее. В то же время совершенно очевидно, что очень многие наши соотечественники, находясь под воздействием интенсивных и непрерывно возрастающих стрессовых ситуаций, не готовы к их преодолению и вследствие этого психоэмоционального напряжения возникают различные формы саморазрушающего поведения, в первую очередь, употребление наркотиков, алкоголя, а также других видов психоактивных веществ.

Отсутствие специальных знаний и навыков здорового образа жизни, а также современных социально адаптивных стратегий поведения у взрослой части населения — родителей, педагогов — не позволяет им оказывать результативное воспитательное воздействие, психологическую и социальную поддержку молодежи, которая оказывается психологически беспомощной без необходимой поддержки, а ее связи со старшим поколением утрачены. Профессионалы, работающие с детьми и подростками, должны найти совершенно новые подходы к взаимодействию со своими подопечными. Чтобы обучить молодых людей новым формам поведения, воспитать стрессоустойчивую личность, способную самостоятельно, эффективно и ответственно строить свою жизнь, нужно самому обладать всеми этими качествами и демонстрировать их в процессе профессионального взаимодействия с молодежью, знать способы эффективного преодоления жизненных проблем и развивать стереотипы здорового поведения.

Одним из эффективнейших подходов, предлагаемый авторами учебника, является метод духовно ориентированной стрессовой психотерапии на православной основе. Данный метод лечения, разработанный в Международном институте резервных возможностей человека, реализован при лечении большого (более 125 000) числа больных с патологическими зависимостями в течение 20 лет.

Учебное пособие поможет студентам светских и духовных учебных заведений ориентироваться в вопросах профилактики зависимого поведения, а также сформировать собственный стиль здорового поведения.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ

1.1. История аддиктивного поведения

Исторически зависимое поведение известно с глубокой древности. Формирование его, вероятно, совпадает с возникновением человеческого рода и первоначально связано с приемом психоактивных веществ. Во всех обществах существует обычай употреблять активные вещества, способные изменять психическое состояние человека. С давних времен их принимали внутрь, жевали, вдыхали, а в последнее время еще и вводят шприцем. Средства, вызывающие чувство особого подъема и нарушения сознания, использовались для проведения социальных, религиозных обрядов или мистических ритуалов.

Известно, что многие цивилизации пользовались наркотическими веществами. Майя и ацтеки клали под язык листья коки для поддержания сил в дальнем походе; китайцы тысячелетиями курили опиум для снятия стресса и как снотворное; жители Древней Аравии с теми же целями употребляли гашиш. Воины-измаилиты перед боем также принимали гашиш, вследствие чего становились активными и жестокими. В Древнем Египте, Древней Греции, Древнем Риме были знакомы с лечебными свойствами (подавление боли или недомогания) опия, индийской конопли и других наркотических веществ. Об употреблении древними египтянами каннабиса упоминал Геродот, а Гиппократ использовал опиаты в медицинской практике.

Термин «аддикция» (addiction) известен еще со времен Древнего Рима, тогда он обозначал отношения должника по отношению к кредитору (Азарова Л. А., Сятковский В. А., 2009; Змановская Е. В., 2008; Котляров А. В., 2005; Руководство по аддиктологии, 2007). С середины XVII столетия термин приобретает саморефлективное, сопутствующее значение, описывая следование неистребимой привычке, склонность или пристрастие, симпатию, сочувствие. В течение XIX века термин «аддикция» использовался для описания приверженности, глубокого пристрастия, привязанности, поиска, стремления или склонности, например «увлечения» написанием писем, или ботаникой, или газетами. Только в конце XIX столетия термин стал обозначать зависимость от наркотиков типа морфия, героина, хлорала и кокаина, как одну из многих склонностей и зависимостей.

Со времени Первой мировой войны по предложению William Collins вместо термина «алкоголизм» стали использовать термин «аддикция», что отражало новую теорию, согласно которой алкоголизм был больше «болезнью желания», или проблемой скорее психологической, чем физической. Только тогда «аддикция» начинает выражать патологическое отношение к наркотикам определенно и терять смысл преданности или преследования. Понятие «аддикт» стало использоваться в отношении психологической идентичности, которую никогда не обозначало прежде (Котляров А. В., 2005; Руководство по аддиктологии, 2007).

Область медицины, занимающаяся исследованием и лечением химически зависимых больных за рубежом с этого времени получила название «аддиктология», в то время как в отечественной медицине эта область медицины называется «наркология».

Конечно же, краеугольным камнем аддиктологии являются *представления о сущности и проаддиктивной личности*. Из приведенного определения явствует, что аддиктивное поведение, аддиктивные особенности личности или аддиктивная личность могут иметь место и без потребления ПАВ. Аддиктивное поведение является выражением черт личностной зависимости от внешних условий. Личность несамодостаточна и нуждается в получении

извне какого-то вещества, энергии или информации, одним из проявлений которого является наркологическое заболевание. Аддиктивный характер, или, как это понимают за рубежом, «аддиктивная личность», отражают уже сугубо специфическое преломление черт полезависимости и проявление их в виде химической зависимости. Подобный характер имеет такую специфику, что находит свое выражение не в любой зависимости, а только в зависимости от химических ПАВ, как это понимается за рубежом.

Таким образом, в рамках современной аддиктологии ведущее значение в глазах специалистов приобрели особенности личности больных. *Основой аддиктивной личности может быть не только нормативный тип характера или крайний его вариант, но и совершенно определенный личностный дефицит*. Представление о расстройстве личности больного с химической зависимостью в смысле ее дефекта, который личность пытается смягчить каким-то «добавлением», «дополнением», превращает аддиктологию в своего рода «дефектологию», которой предназначено направлять личность в рациональную сторону при решении личностных проблем.

Определенный личностный дефицит или характерологический дисбаланс больного с химической зависимостью ведет к психосоциальной дезадаптации. Ситуации и условия приобщения к ПАВ подходят к этим личностным особенностям, как ключ к замку, и вызывают еще большую дезадаптацию. Задача аддиктологии состоит в том, чтобы извлечь больного из этой ситуации, способствовать изменению личности, подобрать иные ситуации и условия, также подходящие к личности индивида, как ключ к замку, но уже другого свойства, компенсирующие дефицит и повышающие его адаптацию. Дефект или дефицит по определению подразумевают некую компенсацию, необходимость внешнего дополнения в той области, в которой и наблюдается указанный недостаток.

Введение терминов «аддикция» и «аддиктология» позволяло объединить болезненные состояния безотносительно от употребляемого вещества. Больных объединяла их психофизическая зависимость от химических веществ. Это было перспективное обобщение с расчетом на будущее и учетом выделения все новых и новых веществ. Это прозорливое обобщение оправдало себя с выделением зависимости и к различным действиям, не связанным с употреблением химических веществ.

Далее происходило не изменение термина и не привлечение нового понятия, а расширение содержания существующего. С этого момента можно сказать, что аддикция вышла за рамки современной наркологии, как ее понимают в отечественной медицине. В частности, в последние годы произошло внесение в рамки аддиктологии азартных игр и других действий, вызывающих психофизическую зависимость, хотя азартные игры до сих пор включены в другую рубрику. Согласно критериям, установленным в МКБ-10, заболевание под названием «Патологическое влечение к азартным играм» (F63.0) категоризируется как «Расстройство привычек и влечений» (F63)» (Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В., 2001; Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В., 2006; Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В., 2009; Курек К. С., 2001; Личко А. Е., Битенский В. С., 1991; Руководство по аддиктологии, 2007).

Однако нельзя сказать, что сам термин не изменился в связи с указанными изменениями ситуации в практической области. В термин «аддикция» вкладывается не только новое расширенное содержание, но иная лингвистическая трактовка. Как уже говорилось выше, слово «аддикт», кроме того, имеет сопутствующий смысл — «добавление, обязательное присоединение, без чего не может жить человек». Аддиктом преследуется цель достижения определенного психофизического состояния, введения себя в определенное духовное состояние. При этом наблюдается избыточное использование окружающих объектов, лиц или привычных действий.

Исследователи исходят из возможности развития зависимости (аддикции) не только от

вводимых в организм веществ, но и от производимых субъектом действий и сопровождающих их эмоций (Лисицын Ю. П., Сидоров П. И., 1990; Максимова Н. Ю., 2000; Руководство по аддиктологии, 2007). Можно встретить термин «болезнь зависимого поведения», который объединяет различные виды аддикции, развивающиеся по стереотипу большого наркоманического синдрома (Егоров А. Ю., 2000; Егоров А. Ю., Игумнов С. А., 2005; Личко А. Е., Битенский В. С., 1991; Маршак В. В., 2006; Руководство по аддиктологии, 2007). Согласно этой концепции, *болезнь зависимого поведения* — хроническое психогенное непсихотическое психическое расстройство, заключающееся в этапном патологическом развитии личности, которое приводит к возникновению, закреплению и трансформации патологической потребности в совершении повторных трудно- или неконтролируемых поведенческих актов (эпизоды непреодолимой тяги) (Егоров А. Ю., 2000; Егоров А. Ю., Игумнов С. А., 2005; Руководство по аддиктологии, 2007).

С нашей точки зрения, аддикцию можно определить как систематическое повторение действий, лишенное целесообразности и реального приспособительного значения, возникающее у дефицитарных личностей как свидетельство психологической декомпенсации и ведущее к снижению социальной адаптации или дезадаптации. Вне указанных действий возникает состояние психофизического дискомфорта, актуализации психологической декомпенсации и личностного дефицита, а также их углубление вследствие возникновения нервно-психических расстройств. Общий признак аддиктивных нарушений состоит в том, что они связаны с двоякими состояниями: сначала сопряжены с удовольствием, а потом — с негативными переживаниями в случае лишения. Лишение какого-нибудь из этих занятий вызывает психофизический дискомфорт или абстиненцию. Подобное двуединство подразумевается самим аддиктом, одинаково привлекает аддикта, что получило название «дистрессомания» (Котляров А. В., 2005; Москаленко В. Д., 2002; Психология зависимости, 2005).

Исходя из сказанного, можно очертить *сферы деятельности, которые предполагают, что они могут быть включены в аддиктологию*.

- особенности психологического проявления зависимой, проаддиктивной личности, ее психологические свойства;
- болезненные формы поведения в виде зависимостей: химической, игровой, сексуальной, от еды, трудовголизм и др.;
- клиника и лечение, психотерапия, социотерапия и реабилитация лиц с указанными расстройствами;
- социальные вопросы, проблемы стоящие перед другими членами общества, связанные с этими личностями.

Согласно К. Шнайдер (1999), *лица с расстройством личности и распределяют себя на страдающих от своей ненормальности и заставляющих страдать от нее общество*. Практически важно то, что первая группа состоит из людей, которые сами идут к врачам и ищут их помощи, а вторая попадает под врачебное наблюдение по желанию окружающих (Шнайдер К., 1999). Последующая после такого предположения реальная практика оказания медицинской помощи этому разделению соответствовала. Различное отношение к своему психическому состоянию и заболеванию и соответствующее различие в поведении стало практическим основанием для разделения больных. В результате такого деления больные попали в ведение различных психиатрических служб.

Психиатрия разделена на две области: первая — помогающая лицам, страдающим от своего психического состояния и самостоятельно обращающимся к врачам за всесторонней помощью: медикаментозной, и психотерапевтической, и социальной. Лица, страдающие от собственных психических особенностей, отличающиеся обеспокоенностью за свое здоровье,

получали помощь от специалистов в пограничной психиатрии. Другие больные — это те, кто не признавал себя больным и получал психиатрическое освидетельствование и лечение по принуждению в той или иной степени. Некоторые из них оказывались под наблюдением пенитенциарной системы, если к тому же вступали в противоречие с законом (Анохина И. П., 2002; Ковалев В. В., 1979; Личко А. Е., 1985). Другая часть составила контингент наркологической службы. В результате произошло *негласное противодействие наркологической помощи и пограничной психиатрии*. Аддиктология в таком случае становится отдельной областью практической работы с проблемными личностями.

Становится понятно, *кто будет практически заниматься аддиктивными личностями*, у которых еще не сформировались признаки наркологических заболеваний. Работа с аддиктивными личностями по определению адресована медицинским психологам, социальным работникам и психиатрам, занятым в области пограничной психиатрии. В то же время наркологическая помощь представляется как часть аддиктологии и направлена на лиц со сформировавшимися признаками химической и иной зависимости. Все указанные специалисты призваны заниматься аддиктивными личностями, но на разных этапах формирования аддиктивного поведения. Наркология наконец обретает возможность разделить ответственность за профилактику зависимых расстройств со специалистами в области аддиктологии и сосредоточиться на медико-биологических аспектах устранения уже развившихся болезненных состояний.

1.2. Базовые понятия аддиктологии

Классификация аддикций.

Если обратиться к МКБ-10, то речь идет не только о разделе (F1) «Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с (вызванные) употреблением психоактивных веществ», или, короче, «химическая зависимость». К области аддикции относится и необычное поведение, не связанное с какими-либо психическими заболеваниями (F5 и F6): повышенное половое влечение (F52.7); злоупотребление веществами, не вызывающими зависимости (F55); злоупотребление стероидами или гормонами (F55.5); расстройство привычек и влечений (F63); патологическое влечение к поджогам (пиромания) (F63.1); патологическое влечение к воровству (клептомания) (F63.2) и трихотилломания, или патологическое влечение к выдергиванию волос (F63.3).

Причем аддикция подразумевает не только избыточную эксплуатацию внешних условий (повышенное, добавочное поведение), но и недостаток, завышенный отказ (отказ от пищи или аноргазмия). С этой точки зрения к аддикции относятся расстройства половой идентификации (F64 и F66) и фетишизм (F65).

Следует всегда помнить признаки, характеризующие зависимую личность (наличие пяти из них достаточно для того, чтобы диагностировать клиническую зависимость):

- неспособность принимать решения без советов других;
- готовность предоставлять возможность принимать другим важные для него решения;
- готовность соглашаться с другими из страха быть отвергнутым, даже если другие не правы;
- затруднение начать какое-либо дело самостоятельно;
- готовность добровольно идти на выполнение унижительных работ с целью приобрести поддержку и любовь окружающих;
- плохая переносимость одиночества, готовность предпринимать значительные усилия, чтобы его избежать;

- ощущение опустошенности и беспомощности, когда обрывается близкая связь;
- страх быть отвергнутым;
- легкая ранимость, податливость любой критике или неодобрению со стороны.

К факторам, которые могут инициировать возникновение аддиктивного поведения у подростков, относят:

- неблагоприятная атмосфера в семье;
- отношение к данному виду поведения в группе сверстников, к которой принадлежит подросток;
- интеллектуальный уровень подростка;
- наличие/отсутствие личностных качеств, позволяющих противостоять негативному влиянию;
- наследственность;
- низкая информированность о последствиях;
- тип акцентуации характера.

В настоящее время нельзя с полной определенностью очертить круг расстройств поведения, в котором проявляются аддикции. Список объектов зависимости достаточно большой: различные ПАВ, компьютерные игры, источники информации (всемирная сеть Интернет), различного рода эстетические наслаждения, работа, культы, высокие технологии. Некоторые зависимости одобряются обществом, другие с течением времени начинают представлять личностную проблему для индивида, при этом не являясь социально опасными, третьи имеют статус социально опасных (Руководство по аддиктологии, 2007; Шабалина В. В., 2001). Приведенная ниже сводная схема содержит лишь примерный перечень вариантов состояния аддикции, помимо химической зависимости, сгруппированных по ведущему механизму развития.

Варианты состояния аддикции.

- *Эйфоризирующие:*
 - гиперсексуальность (нимфомания, сатириазис);
 - просмотр порнографии (см. электронные формы);
 - ониомания.
- *Психостимулирующие:*
 - экстремальная и спортивная деятельность;
 - просмотр спортивных зрелищ;
 - игровая, зависимость от азартных игр;
 - серийные убийства;
 - клепто-, пиромания;
- *Викарные* (заполняющие психологическую пустоту):
 - симптом «замещающего шума»;
 - «запойное» чтение;
 - созависимость;
 - светские развлечения;
 - накопительство;
 - трудоголизм.
- *Электронные версии предыдущих форм:*
 - компьютерные игры;
 - избыточное пользование Интернетом;
 - избыточное пользование компьютером.
- *Психоделические:*
 - психодизлептики, галлюциногены;

- телевизионная и кинозависимость.
- *Изменения внешности и соматического состояния.*
 - булимия, анорексия;
 - анаболические стероиды.

Есть основания предположить, что *гиперсексуальность* (*нимфомания* и *сатириазис*) как серьезная медицинская проблема изучена недостаточно, хотя бы из-за очевидных признаков игнорирования данной проблемы в современном обществе. Клинические наблюдения за пациентами, обращающимися за медицинской помощью по иным причинам, свидетельствуют, что такая проблема существует и имеет выраженный медицинский аспект. Не останавливаясь подробно на этом вопросе, следует указать по крайней мере на два важных медицинских аспекта. Гиперсексуальность часто сопряжена с психическими нарушениями или психической неуравновешенностью и должна учитываться как одна из терапевтических мишеней при проведении лечения. Гиперсексуальность тем или иным образом связана с гормональными нарушениями, сексуальным здоровьем, длительностью гендерной активности и продолжительностью жизни в целом. По меньшей мере в силу своей периодичности сексуальная активность имеет сходство с особенностями потребления ПАВ и, по-видимому, подчиняется тем же закономерностям (актуализация первичного и вторичного влечения, наличие патологического влечения, изменение толерантности и т. д.).

Просмотр порнографии, также в сочетании с *электронным вариантом*, является суррогатной формой избыточной сексуальной активности, тесно с ней связан и должен рассматриваться вместе с предыдущим болезненным состоянием. Точно так же *серийные убийства* и по факту, и по теоретическим соображениям связаны с явлениями гиперсексуальности.

Ониомания, или *избыточный шопинг*, то есть неоправданно частое хождение по магазинам. Существующее в США «Общество противников вещей» является своеобразным терапевтическим сообществом по преодолению ониомании (Даренский И. Д., 2003).

Необходимо остановиться на коротких пояснениях к приведенной схеме. *Симптом «замещающего шума»* является одним из выраженных клинических проявлений зависимости от ПАВ (Даренский И. Д., 2003).

Стремление к замещающему, отвлекающему внимание шуму, преимущественно музыкальному, проявляется в том, что в отделении, где находятся больные героиновой наркоманией, постоянно звучат музыка и песни. Больные ни минуту не могут обойтись без них. У них в палате постоянно и одновременно включены магнитофоны, радио, компьютерные игры, игровые приставки. Пациенты всегда носят плееры с собой, слушают их, спят днем под этот шум и просыпаются. Если войти к ним и выключить аппарат, то они сопротивляются этому.

Меньшее значение в этом феномене занимает просмотр телевизионных передач больными. Телевизор они смотрят реже и предпочитают ему живое общение с другими пациентами. Из этого можно заключить, что зрительные раздражители должны обладать значительной силой, чтобы привлечь внимание больных, или сопровождаться сильными воздействиями иной модальности. Об этом свидетельствует и выбор телепередач больными. Они предпочитают просмотр музыкальных клипов с яркими зрительными эффектами, частым мельканием изображения и громкой музыкой.

При этом у них отмечается тасикинезия, крайняя неусидчивость, непереносимость неподвижной позы. Состояние отличается преобладанием пассивного внимания, акайрией. Стремление к постоянному общению с окружающими происходит из-за того, что больные не могут быть в изоляции, одиночестве. Они любят беседовать и постоянно общаются. Пациенты часто находятся у ординаторской, процедурного кабинета, в курилке с другими больными. При этом они больше говорят сами, чем слушают. Стремление к постоянному

общению сами больные объясняют тем, что им кажется, что их «родственники бросили», «персонал не уделяет внимание», «им свойственна высокая общительность изначально».

Наблюдается такое состояние, как правило, у героиновых наркоманов в фазе острой абстиненции, а также у больных с иными заболеваниями при гипертермии, болевом синдроме. Очевидно, что стремление к созданию шумового фона является «отвлекающей терапией» и объясняется стремлением заглушить внутренние переживания или физическую боль, недомогание, заполнить психическую пустоту, сенсорный голод, заполнить пустоту, образующуюся после лишения наркотика постоянно звучащей музыкой. При сенсорной депривации, образующейся с исключением видео- и звуковоспроизводящей аппаратуры, пациенты тотчас погружаются в тягостные, трудно переносимые, прежде всего болевые, ощущения. Они начинают настаивать на назначении еще большего количества обезболивающих и седативных средств с требованием ввести их в состояние полного бесчувствия, то есть, по сути дела, в состояние наркоза.

Не исключено значение и других психологических механизмов, например стремления преодолеть сенсорную депривацию из-за нейролептиков или воспроизвести музыкальную аудиомодальность воспоминаний о состоянии наркотического опьянения. Вышеописанный феномен поднимает вопрос о значении экстерорецепции при абстинентном и астеническом синдромах и гиперестезии.

Сходное значение имеют такие менее болезненные действия, как жевание жевательной резинки, щелканье семечек подсолнуха и орехов, что подразумевает некое субъективное удовольствие, состоящее в замещающем движении от моторного бездействия и периодического возобновления приятных вкусовых ощущений.

Чрезмерное стремление к *светским развлечениям* и «запойное» чтение с уделением этому занятию большей части времени известно давно. Личности с аддиктивными наклонностями заполняли время различными светскими развлечениями (визиты, светские рауты), особенно в период, предшествовавший появлению электронных вариантов зависимости.

Избыток очное пользование компьютером состоит в проведении за ним большей части досугового времени, в том числе и ночного, использование цифровых и магнитно-резонансных накопителей, карманных компьютеров для развлечений в пути следования по городу, в метро. Время тратится на пользование компьютером, просмотр видеокассет и телепередач в ущерб учебной, производственной деятельности и состоянию здоровья, из-за чего эти лица, в основном молодого возраста, подвергаются постоянной проверке со стороны родителей в отношении времени, проведенного за компьютером.

Компьютерные игры являются одним из способов «аддиктивной реализации», то есть ухода от реальности. Аддикты — это люди, предпочитающие скрываться от реальных проблем в виртуальном мире. Погружаясь в виртуальную реальность и достигая в ней определенных успехов, человек виртуально реализует имеющиеся потребности. Вместо решения проблем здесь и сейчас человек с головой уходит в «компьютерный мир».

Тех, кто в качестве такого способа ухода от реальных проблем выбирает алкоголь, называют алкоголиками, наркотики — наркоманами, работу — трудоголиками, азартные игры — патологическими гэмблерами, Интернет — интернет-зависимыми, компьютерные игры — кибераддиктами и т. д.

В игре кибераддикт чувствует себя комфортно: он сильный, смелый, вооруженный и успешный. Время, проведенное за игрой, не делает его сильнее и успешнее в реальной жизни. Между тем, возвращаясь из виртуального мира в реальный, человек испытывает дискомфорт, ощущает себя маленьким, слабым и незащищенным в агрессивной среде. Он желает как можно скорее вернуться туда, где он чувствует себя победителем (Бурлаков И. В., 2005; Даренский И. Д., 2003).

По статистике, процент людей, приобретающих зависимость от классических азартных игр, близок к таковому для интернет-зависимости и составляет 1–5%. Основным критерий, отделяющий обычное увлечение компьютерными играми от зависимости, — отсутствие или наличие вреда физическому и психическому здоровью, социальной жизни (Бухановский А. О., 2001; Руководство по аддиктологии, 2007).

В настоящее время интенсивно обсуждается феномен (или заболевание, или синдром) *наркозависимости и от Интернет а*, или *интернет-аддикции* (Internet Addiction Disorder — IAD). Если для формирования традиционных видов зависимостей требуются годы, то для интернет-зависимости этот срок резко сокращается (Руководство по аддиктологии, 2007; Холмс Д., 2003).

Телевизионная и кинозависимость проявляются в неоправданно длительном просмотре телевизионных передач с постоянным переключением с одного канала на другой в стремлении успеть просмотреть все передачи одновременно. Переключая канал за каналом, аддикт не в состоянии выключить телевизор, чем уподобляется подопытной мыши, надавливающей на рычаг для включения электрической стимуляции зон удовольствия и погибающей от истощения из-за отказа от иной деятельности.

Стремление к изменению внешности и соматического состояния, выходящему за рамки, свойственные индивиду — наращивание мышечной массы, превосходящей естественные для человека размеры или, наоборот, похудение вплоть до истощения или достижение этого состояния с использованием опасных для здоровья средств, — несомненно, относится к болезненному поведению. Булимия и анорексия связаны с нарушением нормативного пищевого поведения и одинаково свидетельствуют о значительных личностных расстройствах.

Нельзя считать правильным отнесение болезненных форм *потребления анаболических стероидов* к злоупотреблению веществами, не вызывающими зависимости. По мнению некоторых авторов, лица, прибегающие к ним, не способны прекратить их потребление, являются ли они законными или незаконными. Так, стероиды *anaspan* и *FDA*, который является комбинацией *anaspan* и *lovastatin*, называют потенциально опасными наркотиками и прогнозируют развитие гипогонадизма (*androgenic anabolic steroid induced hypogonadism — ASIH*), гепатотоксичности и даже смерти от их потребления, что является только вопросом времени (Андреев А. С., Анцыборов А. В., 2004; Даренский И. Д., 2003).

Психоактивные вещества.

Все многообразие подходов к феномену аддикции, развиваемых в рамках научных теорий, не может быть представлено в кратком обзоре. Вследствие этого в настоящей работе будут рассмотрены только принципиальные вопросы, касающиеся связи личностных особенностей человека и вероятности формирования химических видов зависимого поведения, что позволит обозначить границы проблемного поля, освещаемого учебным пособием. Теория и практика профилактики зависимого поведения до настоящего времени находится в стадии становления, хотя в последнее время появляется все больше литературы по этому вопросу. Отсутствие единой терминологии существенно затрудняет систематизацию существующих теоретических и методических разработок. Это требует пояснения некоторых основных понятий.

Психоактивные вещества (ПАВ) — это химические и фармакологические средства, которые при потреблении воздействуют на психические процессы, например когнитивную или аффективную сферы (Руководство по аддиктологии, 2007; Егоров А. Ю., 2000). Употребление ПАВ сопровождается изменением психического и физического состояния человека. Еще одной их важной характеристикой является присущая им способность вызывать у потребителя болезненное пристрастие, привыкание и зависимость.

Понятие «психоактивные вещества» является более широким по сравнению с

понятием «наркотики». Последний термин используется для обозначения запрещенных действующим законодательством наркотических средств. К ПАВ кроме наркотиков относятся алкоголь, никотин, некоторые токсические вещества (средства бытовой химии, лекарственные средства), не внесенные в официальный список запрещенных наркотических веществ.

Неоднократное и неадекватное использование ПАВ, сопровождающееся вредными физическими или психологическими эффектами и наносящее ущерб физическому и психическому состоянию, правоспособности и социальному положению потребителя ПАВ и людей, испытывающих воздействие данного человека, называется злоупотреблением ПАВ (Руководство по аддиктологии, 2007; Егоров А. Ю., 2000).

Следует отметить, что термины «злоупотребление психоактивными веществами» и «наркозависимость» довольно часто в отечественной научно-популярной и методической литературе используются как синонимы. При этом обычно термином «наркозависимость» обозначают не только собственно зависимость от наркотиков, но и широкий спектр нарушений, связанных с зависимостью от различных ПАВ.

В повседневной жизни ПАВ обычно именуется наркотиками. Однако к ПАВ относятся не только наркотики, но и алкоголь, табак (никотин), кофеин. Основные типы ПАВ приведены в табл. 1.1.

Таблица 1.1. Основные типы ПАВ

Тип вещества	Где содержится
Алкоголь	Пиво, вино, крепкие спиртные напитки, некоторые медицинские средства и сиропы, некоторые парфюмерные изделия
Никотин	Табак (трубчатый жевательный, нюхательный), махорка
Марихуана, анаша, гашиш	Дикорастущая конопля (каннабис)
Стимуляторы	Кофе, чай, амфетамины, продукты кокки, эфедрин, синтетические наркотики типа экстази, препараты на основе амилнитрита
Опиоиды	Кодеин, героин, опиум, морфин, метадон
Депрессанты	Успокаивающие средства, снотворные, барбитураты, бензодиазепины
Галлюциногены	ЛСД, мескалин
Летучие ингалянты	Аэрозоли в баллонах, газ бутан, бензин, клей, растворители, разжижители красок
Другие вещества	Кава, орех бетеля и т. д.

Легальные и нелегальные психоактивные вещества.

Психоактивные вещества делятся на легальные и нелегальные. К *легальным психоактивным веществам* относятся вещества, не запрещенные законом к употреблению, хранению и распространению. Однако разрешение их употреблять не зависит от степени вредного влияния на психику и организм человека, скорее это связано с тем, что продажа и употребление таких веществ приносят доход, исторически обусловлены и объявление их вне закона сложно воспринимается обществом. При этом большинство легальных ПАВ оказывают чрезвычайно вредный эффект на организм человека и губят множество жизней.

К ним относятся никотин (табак, сигареты, папиросы, сигары), алкоголь (все напитки, содержащие этиловый спирт), кофеин (крепкий кофе, чай).

Никотин очень вреден для человека, употребление его в любых дозах небезопасно. Тем не менее в разных странах существует индустрия, направленная на изготовление изделий, содержащих никотин, торговлю ими, потому что они имеют спрос у населения. Наиболее развитые страны резко ограничивают торговлю табачными изделиями и запрещают курение во всех общественных местах и на работе, для того чтобы курящий человек, вредя себе (если он того хочет), не вредил другим людям, распространяя табачный дым.

Алкоголь также вреден для организма человека и его психики. У многих людей употребление алкоголя носит ритуальный характер, однако зависимость от него развивается незаметно и достаточно быстро, поэтому наиболее развитые общества стремятся значительно ограничить его потребление.

Кофеин действует на центральную нервную систему возбуждающе. Частое и обильное употребление крепкого чая и кофе, не очищенного от кофеина, наносит вред организму.

Легальные ПАВ употребляются открыто. Люди за это не несут юридической (уголовной) ответственности. Они рекламируются с помощью СМИ. Это делается в целях получения экономической выгоды, а здоровье людей при этом в расчет не принимается. Между тем каждый человек, употребляющий легальные ПАВ, несет за это личную ответственность. Он сам отвечает за свое здоровье и последствия, которые возникают при их употреблении.

К *нелегальным психоактивным веществам* относятся вещества, употребление, распространение и хранение которых является противозаконным: это производные дикорастущей конопли — марихуана, гашиш, анаша; опиоиды (героин, опий, морфий); стимуляторы (экстази, кокаин, эфедрин, эфедрон, винт, первитин); галлюциногены (ЛСД); депрессанты (барбитураты и ряд других препаратов), а также целый ряд других веществ. В каждой стране существует целый список таких веществ, утвержденный правительством. Граждане, занимающиеся их хранением и распространением, склоняющие к их употреблению других людей, а также злостно уклоняющиеся от лечения по поводу зависимости от них, подлежат уголовной ответственности.

Юридическая ответственность за хранение и распространение нелегальных наркотиков — необходимая и важная мера во всех государствах мира. Эти вещества практически парализуют психику человека таким образом, что он не в состоянии мыслить, принимать решения, контролировать свое поведение, работать, иметь семью, то есть жить как все люди. В связи с такой разрушительной силой во всех странах мира они признаны противозаконными. Однако нелегальный, преступный бизнес существует. Наркото торговцам выгодно, чтобы все большее и большее число молодых людей, подростков и даже детей становились жертвами наркомании, так как, став зависимыми от наркотика, они вынуждены приобретать его постоянно.

1.3. Концепции формирования зависимости

Почти любое человеческое увлечение (игры, работа, художественное, научное или техническое творчество, путешествия, спорт, противоположный пол, дегустация пищи или напитков, программирование, коллекционирование, забота о собственном здоровье и т. д.) в своих крайних формах, достигая накала страсти, может приводить к саморазрушающему поведению и угрожать здоровью.

Зависимое поведение — это поведение риска, то есть такое поведение, которое ведет или таит в себе значительную опасность привести к разрушению личности, психическим и соматическим болезням, смерти. В специальной литературе синонимом «зависимого поведения» является «аддиктивное поведение»; в переводе с английского оно означает

«пагубная привычка» (от *лат.* *addictus* — тот, кто приговорен к рабству за долги, то есть человек, который находится в глубокой рабской зависимости от некой непреодолимой власти). Практически всегда та или иная зависимость возникает в ходе определенной активности. Проявляется она наиболее явно также в поведении, характерном для одного из видов зависимости.

Аддиктивное (зависимое) поведение — это одна из форм девиантного (отклоняющегося) поведения с формированием стремления к уходу от реальности путем искусственного изменения своего психического состояния посредством приема некоторых веществ или постоянной фиксации внимания на определенных видах деятельности, что направлено на развитие и поддержание интенсивных эмоций.

К основным видам зависимости относятся: химическая зависимость (алкоголизм, наркотизм, токсикомания, лекарственная зависимость, никотинизм), акцентуированная активность (игромания, интернет-зависимость, трудовголизм, сексомания, телемания (постоянный просмотр телепрограмм), привычка к посещению магазинов и приобретению товаров длительного пользования, беспрестанные разговоры по телефону, увлеченное коллекционирование, исключительная забота о собственном здоровье (следование диетам, изнурение себя физическими упражнениями, избыточная вера в целителей и т. п.), ургентная аддикция (привычка к постоянной нехватке времени) и культовая зависимость. Однако полный перечень зависимостей вряд ли может быть составлен: появляются новые виды зависимости, есть малораспространенные виды зависимости. В последнее время все более отчетливо проявляется тенденция к расширительному пониманию аддикций: наряду с традиционными (так называемыми химическими) все чаще упоминаются поведенческие зависимости.

Элементы аддиктивного поведения свойственны любому человеку, уходящему от реальности путем изменения своего психического состояния. Проблема аддикции начинается тогда, когда стремление ухода от реальности, связанное с изменением психического состояния, начинает доминировать в сознании, становясь центральной идеей, вторгающейся в жизнь, приводя к отрыву от реальности.

Зависимому поведению свойственны следующие признаки:

- синдром измененной восприимчивости организма к действию данного раздражителя (защитные реакции, устойчивость к нему, форма потребления);
- синдром психической зависимости (навязчивое влечение, психический комфорт в период потребления, будь то наркотик, алкоголь или игровой аппарат);
- синдром физической зависимости (компульсивное влечение, потеря контроля над дозой, абстинентный синдром, физический комфорт в интоксикации).

Последний из приведенных признаков более выражен у людей, страдающих зависимостью от каких-либо химических веществ, но в меньшей степени он также может иметь место и у людей с нехимическими зависимостями. В любом случае эти три синдрома отличают человека, страдающего болезнью зависимости, от здорового.

Необходимость физического компонента зависимости в последнее время все упорнее отрицается. Такое отрицание подкрепляется сравнением процессов протекания поведенческих зависимостей с клинической картиной, характерной для традиционных форм зависимости, а также установлением критериев для диагностики поведенческих зависимостей. Так, М. Гриффитс предлагает операциональные критерии, в сумме определяющие зависимость:

- приоритетность (*salience*) — излюбленная деятельность приобрела первостепенное значение и преобладает в мыслях, чувствах и поступках (поведении);
- изменение настроения (*mood modification*) — относится к субъективному опыту

человека и сопутствует состоянию поглощенности деятельностью (примерами могут служить состояние эмоционального подъема либо, наоборот, приобретение спокойствия при переходе к любимому занятию);

- толерантность (tolerance) — для достижения привычного эффекта требуется количественное увеличение параметров деятельности;
- симптомы разрыва (withdrawal symptoms) — возникновение неприятных ощущений или физиологических реакций при потере или внезапном сокращении возможностей заниматься любимой деятельностью;
- конфликт (conflict) — относится ко всем разновидностям конфликтов: интрапсихическим; межличностным (с окружающими людьми); с другими видами деятельности (работа, социальная жизнь, хобби и интересы);
- рецидив (relapse) — возврат к излюбленной ранее деятельности, иногда после многолетнего абстинентного периода.

Этапы развития зависимого поведения:

1-й этап. Появляется «точка кристаллизации» в связи с переживанием интенсивной положительной эмоции (или устранением отрицательной) при определенном действии. Возникает понимание, что существует вещество или способ, вид активности, с помощью которого можно сравнительно легко изменить свое психическое состояние.

2-й этап. Устанавливается зависимый ритм, который выражается в определенной последовательности обращения к средствам зависимости.

3-й этап. Формируется зависимость как составляющая часть личности. В этот период к предмету зависимости прибегают лишь в связи с жизненными затруднениями. Существует внутренняя борьба между естественным и зависимым стилями жизни. Постепенно зависимый стиль вытесняет естественный и становится частью личности, методом выбора при встрече с реальными требованиями жизни; в этом периоде в ситуациях повышенного контроля, особой ответственности возможен контроль над своим пристрастием.

4-й этап. Период полного доминирования зависимого поведения, которое полностью определяет стиль жизни, отношения с окружающими; человек погружается в зависимость, отчуждается от общества.

Зависимое поведение признается многофакторным явлением. Современное состояние науки позволяет говорить о следующих условиях и причинах (факторах) аддиктивного поведения.

К внешне социальным факторам, способствующим формированию зависимого поведения, можно отнести технический прогресс в области пищевой промышленности или фармацевтической индустрии, в результате которого на рынок выбрасываются все новые и новые товары — потенциальные объекты зависимости. Кроме того, по мере урбанизации мы наблюдаем, как ослабевают межличностные связи между людьми.

Для некоторых социальных групп зависимое поведение является проявлением групповой динамики. В данном случае наркотики (в широком смысле) выполняют следующие жизненно важные для подростка функции: поддерживают ощущение взрослости и освобождения от родителей; формируют чувство принадлежности к группе, а также среду неформального общения; дают возможность отыгрывать сексуальные и агрессивные побуждения, не направляя их на людей; помогают регулировать эмоциональное состояние; реализуют креативный потенциал подростков через экспериментирование с различными веществами. Субкультура может выступать в самых разнообразных формах: подростковая группа, неформальное объединение, сексуальное меньшинство или просто мужская компания. В любом случае ее влияние на личность, идентифицирующую себя «со своими», чрезвычайно велико.

Как правило, ведущая роль в происхождении аддиктивного поведения приписывается семье. В ходе многочисленных исследований была выявлена связь между поведением родителей и последующим зависимым поведением детей. Работы А. Фрейд, Д. Винникота, М. Балинта, М. Кляйн, Б. Спока, М. Маллер, Р. Спица убедительно свидетельствуют о том, что развитию ребенка вредит неспособность матери понимать и удовлетворять его базовые потребности.

Ведущая роль в формировании зависимости, по мнению ряда авторов, принадлежит младенческой травме (в форме мучительных переживаний в первые два года жизни). Травма может быть связана с физической болезнью, с утратой матери или ее неспособностью удовлетворять потребности ребенка, с несовместимостью темпераментов матери и ребенка, чрезмерной врожденной возбудимостью малыша, наконец, с какими-то действиями родителей. Родители, как правило, не знают о своем психотравмирующем воздействии на младенца, когда, например, из лучших побуждений или по рекомендациям докторов стараются приучить его к жесткому режиму питания и т. д. Переживая дистресс, в котором малыш не в состоянии помочь себе, он попросту засыпает. Однако, как отмечает Г. Кристалл, повторение тяжелой травмирующей ситуации приводит к нарушению развития и переходу в состояние апатии и отстраненности. Позднее травму можно обнаружить по страху перед любыми аффектами, неспособности их переносить, ощущению «небезопасности» и ожиданию неприятностей. Эта особенность зависимых людей обозначается как низкая аффективная толерантность. Такие люди не умеют заботиться о себе и нуждаются в ком-то (чем-то), кто помог бы им справиться со своими переживаниями. Вместе с тем они испытывают глубокое недоверие к людям. В этом случае неживой объект вполне может заменить человеческие отношения. Таким образом, люди, пережившие психические травмы в раннем детстве, имеют существенно больший риск стать зависимыми.

В целом семья может не дать ребенку необходимой любви и не научить его любить себя, что, в свою очередь, приведет к ощущению плохости, никчемности, бесполезности, отсутствию веры в себя. В соответствии с современными представлениями люди с зависимым поведением испытывают серьезные трудности в поддержании самоуважения. Хорошо известно, например, что в состоянии опьянения человек чувствует себя гораздо раскованнее и увереннее, чем обычно. С другой стороны, для компаний алкоголиков весьма характерны беседы на актуальную тему «Ты меня уважаешь?». Зависимость, таким образом, выступает своеобразным средством регуляции самооценки личности.

Серьезной проблемой семей зависимых личностей могут быть эмоциональные расстройства у самих родителей, которые, как правило, сопровождаются алекситимией — неспособностью родителей выражать в словах свои чувства (понимать их, обозначать и проговаривать). Ребенок не только «заражается» в семье негативными чувствами, он обучается у родителей замалчивать свои переживания, подавлять их и даже отрицать само их существование. Отсутствие границ между поколениями, чрезвычайная психологическая зависимость членов семьи друг от друга, гиперстимуляция — еще один негативный фактор. Для нормального развития ребенка важен процесс сепарации, а также процесс индивидуализации ребенка. В семьях с нарушенными границами аддиктивное поведение может выступать одним из способов влияния на поведение других членов, при этом сама зависимость может давать ощущение независимости от семьи. Одним из доказательств этому является усиление зависимого поведения при усилении семейных проблем.

Семья играет существенную роль не только в происхождении, но и в поддержании зависимого поведения (проблема созависимости). Родственники сами могут иметь различные психологические проблемы, в силу чего они нередко провоцируют «срыв» аддикта, хотя и реально страдают от него. В случае же длительного сохранения аддиктивного поведения у кого-либо из членов семьи у родственников аддикта, в свою очередь, могут появляться

серьезные проблемы и развивается состояние созависимости. Имеются в виду негативные изменения в личности и поведении родственников вследствие зависимого поведения кого-либо из членов семьи.

В рамках индивидуальных различий прежде всего следует отметить половую избирательность зависимого поведения. Например, пищевая аддикция более характерна для женщин, в то время как гемблинг чаще встречается у представителей мужского пола. В ряде случаев можно говорить также о действии возрастного фактора. Так, если наркоманией страдают преимущественно лица от 14 до 25 лет, то алкоголизм в целом характерен для старшего возраста.

Психофизиологические особенности человека определяют индивидуальное своеобразие аддиктивного поведения. Они могут существенно влиять на выбор объекта зависимости, на темпы ее формирования, степени выраженности и возможность преодоления.

Предметом многочисленных дискуссий является вопрос о существовании наследственной предрасположенности к некоторым формам зависимости. Наиболее распространена точка зрения, что дети алкоголиков с большой вероятностью наследуют эту проблему. Однако гипотеза наследственной предрасположенности к зависимому поведению не объясняет ряд фактов. Например, современные подростки употребляют наркотики независимо от склонности их родителей употреблять алкоголь. Зависимое поведение может формироваться в любой семье. На его формирование влияет множество семейных факторов. В связи с этим целесообразно говорить не о наследственной, а о семейной предрасположенности к зависимому поведению. Поэтому наиболее важным фактором риска являются асоциальные семьи с пьянством, делинквентным поведением и жестоким обращением.

Косвенно, склонность к зависимому поведению может определяться типологическими особенностями нервной системы: низкая приспособляемость к новым ситуациям, пониженный фон настроения, повышенная чувствительность и контактность при прочих неблагоприятных условиях влияют на формирование аддиктивного поведения.

Выделяются следующие психологические особенности лиц с аддиктивными формами поведения:

- сниженная переносимость трудностей повседневной жизни, наряду с хорошей переносимостью кризисных ситуаций;
- скрытый комплекс неполноценности, сочетающийся с внешне проявляемым превосходством;
- внешняя социабельность, сочетающаяся со страхом перед стойкими эмоциональными контактами;
- стремление говорить неправду;
- стремление обвинять других, зная, что они невиновны;
- стремление уходить от ответственности в принятии решений;
- стереотипность, повторяемость поведения;
- зависимость;
- тревожность.

В. А. Петровский также добавляет, что аддиктивной личности свойственен феномен «жажды острых ощущений», характеризующийся побуждением к риску, обусловленным опытом преодоления опасности. А. Е. Личко подчеркивал, что важную роль в развитии аддиктивного поведения играют особые типы акцентуаций характера (неустойчивый, конформный, эпилептоидный, гипертимный) (Руководство по аддиктологии, 2007; Личко А. Е., 1985; Личко А. Е., 1999).

Другим важным индивидуальным фактором, влияющим на поведение личности,

может выступать низкая стрессоустойчивость. Предполагается, что аддиктивное поведение возникает при нарушении копинг-функции — механизмов совладания со стрессом. Исследования свидетельствуют о различиях в копинг-поведении здоровых и зависимых людей. Например, наркозависимые подростки демонстрируют такие характерные реакции на стресс, как уход от решения проблем, отрицание, изоляция. Бездуховность, отсутствие смысла жизни, неспособность принять ответственность за свою жизнь на себя — эти и другие сущностные характеристики человека, вернее их деформации, несомненно, также способствуют формированию зависимого поведения и его сохранению.

Говоря о факторах зависимого поведения, следует еще раз подчеркнуть, что в его основе лежат естественные потребности человека. Склонность к зависимости в целом является универсальной особенностью человека. При определенных условиях, однако, некоторые нейтральные объекты превращаются в жизненно важные для личности, а потребность в них усиливается до неконтролируемой.

Особую проблему вызывает зависимости, связанные с употреблением наркотиков. В России за год гибнет от передозировки более 100 тысяч наркоманов, причем все они находятся в возрасте 15–35 лет.

Основные понятия наркологии.

Наркотические средства — вещества синтетического или естественного происхождения, оказывающие оцепеняющее воздействие на психику и вызывающие чувство эйфории, включенные в Перечень наркотических средств, подлежащих контролю в Российской Федерации в соответствии с законодательством Российской Федерации и Единой конвенцией о наркотических средствах 1961 года;

Для определения вещества как наркотического средства используется три критерия:

- медицинский — определяет специфическое воздействие на центральную нервную систему (стимулирующее, седативное, галлюциногенное), ведущее к их повторному немедицинскому применению;
- социальный — определяет потребление вещества в размерах, принимающих социально значимый масштаб, вовлечение больших масс населения, криминогенное;
- юридический — заключается во внесении в Список наркотических веществ соответствующими нормативными актами уполномоченных учреждений. Признание вещества как наркотического средства утверждается Правительством Российской Федерации.

Вещества, признанные наркотическими, подлежат экспорту и импорту только в рамках Единой конвенции о наркотических средствах 1961 года по системе единой информации сторон и единого контролирующего органа Организации Объединенных Наций (ООН).

Токсикоманические вещества и средства — вещества и средства, не отнесенные к наркотическим или психотропным в соответствии с Конвенциями 1961 и 1971 годов, но являющиеся предметом злоупотребления, вызывающие болезненные состояния и изменяющие психику и поведение.

Психоактивные вещества (ПАВ) — собирательное название, включающее большую группу веществ, специфически действующих на центральную нервную систему. При однократном приеме ПАВ способны вызывать эйфорию или другие изменения психических функций, а при систематическом приеме — психическую и физическую зависимость. Для удобства изложения материала мы воспользовались этим термином.

Наркомания — заболевание, вызванное приемом с немедицинскими целями веществ, отнесенных законодательными актами к наркотическим средствам и проявляющееся определенной клинической картиной.

Токсикомания — заболевание, вызванное приемом с немедицинской целью веществ,

не отнесенных законодательными актами к наркотическим средствам.

Всемирная организация здравоохранения определяет наркомании и токсикомании как «состояния хронической прогрессирующей интоксикации натуральными или синтетическими веществами, характеризующиеся повышением толерантности, развитием психической, иногда физической зависимости, компульсивным влечением и нарушением психической, неврологической и соматической сферы, социальной декомпенсацией».

Ряд веществ, используемых с целью искусственно вызывать повышение работоспособности, снятию чувства усталости и созданию благоприятного для выполнения какой-либо задачи психофизического состояния определяются уполномоченными на то органами в установленном порядке как допинг. К допингам могут быть отнесены как наркотические и психотропные вещества, так и ПАВ, не обладающие определенным действием на центральную нервную систему — гормоны и др.

Наркот изм или *периодическая наркот изация* подразумевает эпизодическое или умеренное употребление наркотиков и ПАВ без формирования наркомании или токсикомании.

Злоупот ребление наркот ическими и т оксикоманическим средств ами — неоднократное, эпизодическое и неумеренное потребление спиртных напитков наркотических и токсикоманических средств с немедицинскими целями без клинических признаков заболевания, но с неблагоприятными социальными последствиями и расстройствами здоровья индивидуума. Постановка этого диагноза предполагает профилактическое наблюдение в наркологических учреждениях.

Формально, в соответствии с законом, алкоголизм следует относить к токсикоманиям, но в силу ряда обстоятельств — особая социальная значимость, более полная изученность, выработанная медико-социальная и правовая система реабилитации и др. — алкоголизм предпочтительно рассматривать как самостоятельную нозологическую единицу в систематике болезней патологической зависимости.

Полинаркомания — употребление двух и более наркотических средств одновременно или периодически с формированием зависимости. Полинаркомания подразумевает широкий диапазон совмещений. О распространенности полинаркоманий можно судить по степени их бытовой известности и жаргонным обозначениям: yellow jackets (сочетание пентобарбитала натрия с алкоголем), blue angels (сочетание амитала натрия с алкоголем), red diavils (сочетание секобарбитала натрия с алкоголем). В них содержится и указание на клинические проявления смешанной интоксикации: «голубые ангелы», «красные дьяволы».

Полит оксикомания — токсикомания вследствие употребления одновременно или периодически двух и более ПАВ, не относящихся к наркотикам.

Трансформация одного вида наркомании в другой — случаи, когда больной длительное время применял какой-то определенный наркотик и после этого по ряду причин перешел к применению другого наркотического средства. Этот переход наблюдается в пределах одного типа зависимости (героин, морфин, кодеин), в группах сходных типов зависимости (алкоголь и барбитураты), а также при формировании нового типа зависимости (барбитураты и амфетамины). Трансформация — мера вынужденная, связанная с тем, что ранее употребляемый наркотик стал недоступным, либо отсутствует желаемый эйфорический эффект при его введении.

Ослож ненная наркомания — сочетанное употребление наркотического и ненаркотического ПАВ, вызвавшее развитие патологической зависимости.

Симпт омат ическая наркомания или *т оксикомания* — патологическая зависимость, развившаяся на фоне наличия какой-либо патологии центральной нервной системы (органическое поражение, процессуальное заболевание и др.).

Ят рогенная наркомания или *т оксикомания* — заболевание патологической

зависимости, развившееся вследствие медицинского употребления вещества (наркотические анальгетики, снотворные препараты, транквилизаторы).

Наркогенность — скорость развития заболевания, определяемая фармакологическими свойствами вещества. Как наркотические средства, так и психотропные вещества обладают неодинаковой скоростью формирования зависимости от них.

Больной наркоманией — лицо, которому по результатам медицинского освидетельствования, проведенного в соответствии с Федеральным законом «О наркотических средствах и психотропных веществах» поставлен диагноз «наркомания».

Сравнительный анализ различных форм злоупотребления ПАВ показал, что при всех формах встречаются идентичные симптомы особых «взаимоотношений» ПАВ и организма и их закономерная динамика. Это позволило выделить специфические наркоманические синдромы, которые и составляют сущность наркоманий. И. Н. Пятницкая, Н. Г. Найденова (2002) под *наркоманией* подразумевают состояние, определяемое как:

- синдром измененной реактивности к действию данного наркотика (защитные реакции, толерантность, форма потребления, форма опьянения);
- синдром психической зависимости (обсессивное влечение, психический комфорт в интоксикации);
- синдром физической зависимости (компульсивное влечение, потеря контроля над дозой, абстинентный синдром, физический комфорт в интоксикации).

Эти три синдрома в совокупности с синдромом психосоматического снижения и с синдромом последствий хронической интоксикации составляют *большой наркоманический синдром*, отличающий наркомана от здорового человека.

Модели поведения при зависимостях от ПАВ.

Успокаивающая модель. Употребление ПАВ направлено на снятие напряжения, достижение расслабления; уход от неприглядной действительности, от сложных жизненных обстоятельств. Основным мотивом употребления наркотиков оказывается высокий уровень напряжения, преобладание пониженного настроения, раздражительность, мрачность. Отдельные лица употребляют ПАВ для коррекции эмоционального состояния: снижения уровня тревоги, депрессии, апатии. Употребление ПАВ используется как способ самолечения на начальных этапах развития эмоциональных расстройств.

Коммуникативная модель. Зависимость возникает в связи с неудовлетворенными потребностями в общении, любви, доброжелательности. Прием ПАВ облегчает общение со сверстниками своего и противоположного пола. Преодолевается чувство замкнутости, стеснительности, появляется уверенность в себе. К этому средству чаще всего прибегают замкнутые, тревожно-мнительные, эмоционально-ранимые подростки.

Акт ивирующая модель. Применение ПАВ с целью подъема жизненных сил, бодрости. Таким же образом достигается выход из состояния скуки, душевной пустоты и бездействия.

Гедонистическая модель. Употребление ПАВ используется для получения приятных ощущений, создания психического и физического комфорта. Стремление уйти в фантазийный, галлюцинаторный мир с целью пережить состояние эйфории может привести к формированию болезненного пристрастия.

Конформная модель. «Быть со всеми, быть как все» (характерно для подростков). Стремление подростков подражать, быть принятыми группой, самоутвердиться в группе — все это может быть причиной употребления ПАВ. В большей степени эта модель относится к высококонформным, тревожно-мнительным подросткам, которые слепо подражают своим лидерам, некритически перенимают все правила поведения группы.

Манипулятивная модель. Использование ПАВ для манипулирования другими, демонстрации своей исключительности. Для того чтобы привлечь внимание и завоевать авторитет употребляются наркотики или алкоголь.

Компенсаторная модель. Эта модель поведения определяется необходимостью компенсировать какую-то неполноценность личности, дисгармоничность характера. Жизненные трудности, конфликты в школе, дома могут выступать пусковыми факторами употребления ПАВ.

Представление о природе зависимого поведения развивались параллельно с развитием культуры. Условно могут быть выделены следующие концепции формирования зависимого поведения (Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В., 2001; Руководство по аддиктологии, 2007; Факторы риска и защиты в профилактике злоупотребления психоактивными веществами у несовершеннолетних, 2004):

- *Социально-гигиеническая концепция.* Объясняет природу зависимого поведения условиями жизни и взаимоотношениями людей, характером обычаев социальной микросферы, производственных и экономических отношений.
- *Социально-психологическая концепция.* Трактует зависимое поведение как неспецифический показатель социально-психологической несостоятельности личности, неразвитости ее нравственно-ценностной сферы, как показатель невключенности человека в социально активную жизнь.
- *Генетическая концепция.* На основании клинико-генеалогических и близнецовых методов исследования достаточно убедительно показывает роль наследственной предрасположенности к алкоголизму и наркомании. Молекулярно-биологические исследования показали, что индивидуальная предрасположенность к алкоголизму и наркоманиям генетически детерминирована и определяется особенностями функций «системы подкрепления» мозга, различной организацией деятельности катехоламиновой системы и ее контроля со стороны генетического аппарата.
- *Генетическая концепция.* Пытается объяснить пристрастие к алкоголю и наркотикам наследственно обусловленными нарушениями обмена веществ, в основе которых лежит необычайно высокая потребность в некоторых необходимых для организма пищевых продуктах (витамины группы В, ненасыщенные жирные кислоты, микроэлементы и т. д.).
- *Этаноловая (наркоманическая) концепция.* Главную причину алкоголизма и наркомании усматривает в специфическом действии на организм самого алкоголя или наркотика. Согласно этой концепции, людей разделяют на «алкоголеустойчивых» и «наркоустойчивых», «алкоголенеустойчивых» и «нарконеустойчивых».
- *Адренохромная концепция.* Пристрастие к алкоголю и наркотикам объясняет нарушениями катехоламинового обмена, приводящими к постоянному психическому напряжению. Психическая напряженность зависит от соотношения в организме адреналина и продуктов его распада — адренохрома и адренолутина, а также предшественников, то есть чем больше в организме адреналина и меньше его метаболитов, тем сильнее выражено напряжение.
- *Эндокринопатическая концепция.* Сводится к тому, что у лиц, предрасположенных к алкоголизму или наркомании, имеет место первичная слабость эндокринной системы и для адекватных эмоциональных реакций необходима ее постоянная искусственная стимуляция, особенно в экстремальных условиях. Алкоголь и наркотики, являясь такими стимуляторами и воздействуя на гипофиз, активируют эндокринную систему и, таким образом, облегчают выход личности из ситуации.
- *Психопатологическая концепция.* Подчеркивает роль психических (преимущественно характерологических) особенностей личности в этиологии алкоголизма и наркомании.

- *Биоэнергетическая концепция.* Исходит из того, что алкоголь и токсиканты действуют прежде всего на водно-ионную структуру организма, нарушая ее стабильность. При хронической интоксикации возникает патологическая архитектура водно-ионных систем с резонансной спектральной памятью. Резонансная настройка биоэнергетической системы требует постоянного употребления алкоголя и наркотиков, что приводит к потере устойчивости биоэнергетических структур организма человека и физической зависимости.
- *Системная концепция* механизмов зависимости от различных ПАВ исходит из того, что биологические механизмы синдрома зависимости идентичны, независимо от химической принадлежности веществ, вызывающих его развитие, и связаны со специфическими нарушениями функций дофаминовой нейромедиаторной системы, нарастающими при повторных и регулярных приемах ПАВ.

Приведенные концепции на максимальном уровне обобщения показывают, что социальные факторы наиболее значимы на ранних этапах этиопатогенеза зависимости и нозологически неспецифичны, они обеспечивают предрасположенность и социальную толерантность.

Существующее и увеличивающееся множество гипотез развития алкоголизма и наркомании имеет серьезные методологические причины. В связи с этим И. Н. Пятницкая, Н. Г. Найденова (2002) призывают избегать особенно грубых методологических ошибок: неточности терминологии и исходных понятий, односторонней оценки причинного комплекса, проведения исследований в границах болезни, пренебрежения критерием повторяемости факта. Они считают, что пока мы можем говорить не более чем о предпосылках к заболеванию, условиях, в которых наркомания или алкоголизм возникают с большей частотой. Предпосылки включают социальную, биологическую и психологическую составляющие, где весомость и содержание каждой неравнозначны. Отсутствует параллелизм патогенеза и патокинеза, социогенеза и психогенеза. Возникновение и невозникновение болезни в одинаковых социальных условиях при сходстве личностных черт означает существование или отсутствие неких скрытых от нас решающих этиологических факторов, запускающих болезнь. Либо в каждом нозологическом случае надо оценивать свой уникальный набор условий и факторов предрасположенности, оценивать весовые характеристики запускающих и критических маркеров.

Для медико-социальных недугов, какими являются алкоголизм и наркомания, только традиционная диагностика недостаточна, диагноз должен быть функционален, и помимо стадии и типа течения надо оценивать личность и социальную адаптацию.

Приведенное многообразие взглядов на концепции алкоголизма и наркомании подчеркивает необходимость мультидисциплинарных исследований зависимого поведения.

1.4. Воздействие ПАВ на организм человека

Традиционные ПАВ

Алкоголь.

Воздействие алкоголя на людей может проявляться по-разному. Оно зависит от того, сколько его принято и за какой промежуток времени; от возраста и пола человека, размеров его тела, общего состояния здоровья, веса и режима питания; принимается ли алкоголь до еды или вместе с пищей, до или после тяжелой физической нагрузки. Дети, молодые люди и женщины обычно более подвержены влиянию алкоголя, чем взрослые мужчины.

Немедленное воздействие. Алкоголь вызывает алкогольное опьянение, обычно сопровождающееся эйфорией — благодушным, повышенным настроением. Однако у многих

людей существуют иные формы опьянения: дисфорическая связана с повышенным возбуждением и агрессивностью, дистимическая форма — с повышенной слезливостью, чувством отчаяния. Такие формы опьянения называются патологическими. Обильная алкоголизация может сопровождаться нарушениями физической координации и зрения; речь становится бессвязной; человек не способен к адекватным действиям, у него нарушена память. Чрезмерное употребление алкоголя в течение короткого периода времени может вызывать головную боль, тошноту, рвоту, потерю сознания и смерть.

От срочное воздействие. Регулярное употребление алкоголя в больших количествах в течение продолжительного периода времени может привести к потере аппетита (и, как следствие, к заболеваниям желудочно-кишечного тракта), изменению кожных покровов, нарушению работы печени, головного мозга и других органов, а также к расстройствам в сексуальной сфере. Все это свидетельствует об алкогольной дегенерации тканей организма алкоголика.

В процессе хронической алкоголизации повышается толерантность (устойчивость) человека к алкоголю и быстро формируется зависимость от него.

Никотин.

Никотиновая зависимость наступает очень быстро. Человек, начавший употреблять никотин, скорее всего, будет продолжать употреблять его в течение длительного времени. Общество, снисходительно относящееся к его употреблению, создает условия к увеличению числа табакокурльщиков.

Немедленное воздействие. Сразу же после употребления никотина человек испытывает чувство тревоги, а затем наступает релаксация. Происходит увеличение частоты сердечных сокращений и временное повышение кровяного давления, иногда возникает головокружение, тошнота и понижается аппетит.

От срочное воздействие. Употребление никотина в течение длительного времени может привести к заболеваниям сердца и легких, закупорке артерий (заболевание периферических сосудов), гипертензии, бронхиту, онкологическим заболеваниям легких и полости рта (при курении трубки и жевании табака). У человека повышается толерантность к никотину и быстро формируется зависимость от него.

Дикорастущая конопля (каннабис).

Каннабис произрастает во многих частях мира. Действуя главным образом как депрессант, он вводит пользователя в эйфорическое состояние, а затем в состояние релаксации и покоя. Крупные дозы могут изменить физическое восприятие, подобно галлюциногенам.

Немедленное воздействие. Ощущение благополучия, релаксации, отсутствия запретов, потеря мышечной координации и концентрации внимания. Иногда происходит учащение сердцебиения, покраснение глаз и повышение аппетита. Большие количества могут вызвать галлюцинации, беспокойство и дезориентацию, панические реакции.

От срочное воздействие. Регулярное употребление каннабиса в течение длительного времени повышает вероятность зависимости, приводит к нарушениям психических функций и к углублению существующих психологических проблем.

Стимуляторы.

Практически каждый человек употребляет стимуляторы, к которым относится широкий диапазон средств — от кофеина, содержащегося в чае или кофе, до более сильных, таких как кокаин и амфетамины.

Немедленное воздействие. Стимуляторы повышают активность центральной нервной системы. Сразу после приема стимуляторов человек обычно испытывает краткое интенсивное чувство интоксикации и преувеличенное чувство уверенности в себе. Затем настроение быстро изменяется в худшую сторону, что может стимулировать потребность в

повторении дозы. Усиливается сердцебиение, возникают чувства беспокойства, тревоги, расстройства сердечно-сосудистой, дыхательной и пищеварительной систем.

От срочное воздейст вие. Стимуляторы могут вызвать нарушения сна, раздражительность или, напротив, депрессию, чувства подозрительности и недоверия к другим, а также галлюцинации и другие расстройства. У человека повышается толерантность к стимуляторам и быстро формируется зависимость от них.

Опиоиды.

Обладают способностью облегчать физическую боль и/или действовать в качестве депрессантов. Некоторые из них применяются в качестве медицинских препаратов, а другие считаются незаконными. Они могут синтезироваться искусственно или производиться из опийного мака (опиаты).

Немедленное воздейст вие. Опиоиды вызывают ощущение благополучия и эйфории, сонливость, сокращение зрачков, тошноту, рвоту и запор. Чрезмерная доза приводит к бессознательному состоянию, угнетению дыхания и смерти.

От срочное воздейст вие. ПАВ этой группы быстро приводят к зависимости.

Опиоиды обычно инъецируются в вену. При использовании нестерильных или общих игл могут передаваться ВИЧ, гепатиты В и С. Эти состояния и болезни легко распространяются от одного человека к другому.

Гипнот ики.

Вещества этой группы не существуют в природе и производятся синтетическим путем. Они понижают активность нервной системы и часто применяются в медицине для лечения бессонницы и других вегетативных расстройств, повышенной возбудимости.

Немедленное воздейст вие. Все вещества этой группы оказывают воздействие, сходное с воздействием алкоголя. Они замедляют мыслительные и двигательные процессы человека и понижают способность к концентрации внимания. После прекращения воздействия наступает состояние похмелья, происходит нарушение координации. Небольшие дозы уменьшают чувство беспокойства, тогда как более сильные дозы вызывают сонливость. Алкоголь усиливает их воздействие. Повторные дозы вызывают отравление.

От срочное воздейст вие. Употребление ПАВ этой группы может привести к зависимости. Продолжительное и значительное употребление вызывает нарушение памяти, двигательной координации, неспособность к обучению. После вывода вещества из организма могут появиться конвульсии. Как следствие употребления депрессантов распространены несчастные случаи и самоубийства.

Галлюциногены.

Влияют на настроение человека, изменяют восприятие им окружающей среды, а также своего тела. Они существуют в природе или производятся химическим путем.

Немедленное воздейст вие. Сразу после принятия вещества изменяется восприятие (внешнего вида предметов, запахов, вкуса, звуков), человек может видеть несуществующие предметы, чувствовать их запах, вкус или слышать несуществующие звуки. Может возникнуть также ощущение паники, страха или беспокойства.

От срочное воздейст вие. Многие пользователи сообщают о воздействии вещества спустя несколько дней или даже месяцев после его принятия. Регулярное употребление галлюциногенов может ухудшить память, способность к концентрации внимания и создать проблемы психического здоровья. Среди пользователей распространены несчастные случаи и самоубийства.

Лет учие ингалянт ы.

Включают широкий диапазон распространенных препаратов, таких как аэрозоли, летучие растворители и газы.

Немедленное воздейст вие. Подобно алкоголю ингалянты сначала вызывают у

человека чувство снятия всех запретов, ощущение эйфории, релаксации, сонливости. Затем нарушается координация, речь становится невнятной, появляются раздражительность и беспокойство. Если вдыхание ингалянта продолжается, возникают галлюцинации. Наиболее вероятной опасностью для пользователя является внезапная смерть при вдохе.

От срочное воздействие. Регулярное долгосрочное употребление ингалянтов может привести к носовым кровотечениям, высыпаниям на коже вокруг рта и носа, потере аппетита и отсутствию мотивации к каким-либо действиям. Некоторые растворители токсичны для печени, почек или сердца, а другие могут вызвать нарушения функций головного мозга.

Новые тенденции в употреблении наркотиков.

Ежегодное появление все новых и новых, как правило, более опасных для здоровья препаратов, создаваемых преимущественно путем дальнейшего совершенствования химического синтеза, является характерной тенденцией незаконного распространения наркотиков в конце XX — начале XXI века. Ситуация с контрабандой наркотиков свидетельствует о том, что через западные и северо-западные регионы России (из Нидерландов, Польши и Германии) в нашу страну ввозятся новые, синтетические, наркотики. Вывод о том, что они будут представлять наибольшую опасность в ближайшем будущем обусловлен следующими причинами:

- синтетические наркотики особенно опасны для здоровья, и потенциальный риск их употребления еще не в полной мере осознан;
- высокая фармакологическая активность, относительная дешевизна, возможность производства в различных лекарственных формах, простота введения (вдыхание порошка, глотание капсул, реже инъекция), легкость сокрытия ведут к чрезвычайно интенсивному распространению их среди молодежи, детей и подростков;
- производство синтетических наркотиков может осуществляться во всем мире вблизи мест конечного потребления, в обход таможенных барьеров;
- существуют широкие возможности оперативного синтеза новых модификаций препаратов, имеющих более высокую активность и наркогенный потенциал, что чрезвычайно трудно доказать; вследствие этого они не попадают в сферу национального и международного контроля (проблема «дизайнерских» наркотиков);
- синтетические наркотики могут производиться в огромных количествах и иметь низкую себестоимость за счет применения неиспользуемого промышленного химического оборудования; этому способствует также отсутствие серьезного контроля за производством химических препаратов на предприятиях;
- технологии производства наркотиков амфетаминовой группы активно распространяются через всемирную информационную сеть Интернет.

Имеется ряд факторов, способствующих распространению синтетических наркотиков:

- экономический — получение суперприбылей, низкая себестоимость производства, дешевизна рабочей силы, возможность быстрого синтеза в огромных количествах;
- юридический — несовершенство правовой базы; ослабление у населения сдерживающих факторов по отношению к соблюдению законов и к органам правопорядка; отсутствие должного контроля за работой предприятий химической промышленности и т. п.;
- социальный — нарушение социальных обязательств государства перед гражданами; чрезмерная социальная напряженность в обществе; открытость границ, слабость таможенного контроля, высокий уровень контрабанды;
- личностный — слабая информированность молодежи о действии синтетических наркотиков, подверженность давлению сверстников, феномен подростковой субкультуры, простота употребления.

Рассмотрим синтетические наркотики и их воздействие на организм человека более подробно.

По своему воздействию синтетические наркотики условно могут быть разделены на три категории:

- стимуляторы (экстази, метамфетамин);
- галлюциногены (лсд, кетамин);
- прочие наркотики (жидкий экстази, рогипнол); эта категория включает в себя препараты с разными видами воздействия — подавляющие центральную нервную систему, расслабляющие мышечную ткань, уменьшающие тревогу.

В первую категорию входят препараты, оказывающие стимулирующее действие на функции головного мозга и активирующие психическую и физическую деятельность организма.

Экст ази (MDMA — метилен-диокси-мета-амфетамин, синтетическое вещество, производное амфетамина), на уличном жаргоне — «Х», «чистота», «ясность», «адам», «ХТС». Химическая структура наркотика подобна структуре стимулятора метамфетамина и галлюциногена мескалина, поэтому он оказывает не только стимулирующий, но и галлюциногенный эффект. Используется, как правило, в виде таблеток, а также в виде порошка (вдыхается); от случая к случаю может выкуриваться; изредка принимается в измененном виде путем инъекции. Интенсивное действие препарата продолжается от нескольких минут до одного часа и во многом зависит от дозы, способа введения, степени очищенности от примесей и ситуации, в которой он принимается. Стимулирующий эффект проявляется ощущением быстрого нарастания энергии в организме, прогрессирующим чувством удовольствия и уверенности в себе. Эффект расширяющегося объема сознания и обострившегося восприятия как проявление психоделического действия препарата проявляется чувством «присоединения» к другим, сопереживания им и отсутствия закрытости от окружающих.

Вредное влияние экстази на здоровье подобно действию, переживаемому потребителями амфетамина и кокаина. Психологические эффекты действия экстази могут проявляться замешательством, подавленным настроением, расстройствами сна, тревогой и бредом, продолжающимися иногда в течение нескольких недель после употребления наркотика. Физическое воздействие проявляется напряжением мышц, непроизвольным сжатием зубов, затуманиванием зрения, тошнотой, слабостью, ощущением дурноты, ознобом или потливостью.

Прием экстази приводит к учащению сердцебиения, повышению артериального давления, температуры тела и в итоге к нарушению деятельности сердечно-сосудистой системы и почек. Комбинированный прием экстази и алкоголя вызывает очень опасные, а иногда и смертельные осложнения. Длительное злоупотребление экстази может привести к стойкому токсическому изменению головного мозга и быть причиной хронических нарушений памяти, расстройств сна, настроения, аппетита. Стимулирующий эффект наркотиков в сочетании с пребыванием в жарком и стесненном помещении дискотек может вызвать обезвоживание организма, повышение температуры тела и нарушение работы почек и сердца.

Вредные воздействия этого препарата на организм человека (особенно отдаленные во времени) не являются окончательно установленными; этот вопрос нуждается в дальнейшем интенсивном изучении.

Мет амфет амин, на уличном жаргоне — «мет», «спид», «скорость», «лед», «стекло», «кристалл». Белый кристаллический порошок, не имеющий запаха, с сильным стимулирующим эффектом. Употребляется путем вдыхания через нос, проглатывания, курения или инъекционно. Наркотик вызывает увеличение двигательной активности, снижает

аппетит, оказывает возбуждающий эффект. Из-за своего токсического действия очень опасен для здоровья, вызывает потерю памяти, психозы, агрессию, оказывает вредное действие на сердце.

Препараты второй категории представлены галлюциногенами.

ЛСД (диэтиламид лизергиновой кислоты), на уличном жаргоне — «кислота», «бювар», «сахар», «пятнышки», «Л», «кубики».

Является мощным галлюциногеном, принимаемым в таблетках или в жидкой форме, обычно на куске промокательной бумаги или сахара, которые пропитываются жидким наркотиком. Вызывает глубокую патологию сферы восприятия, включая искажения слуха и зрения, а также эмоциональные эффекты — быстрые колебания настроения («качели») от интенсивного страха до эйфории. Воздействуя на психическую деятельность, наркотик порождает бредовые ассоциации, приводящие к помрачению рассудка и утрате восприятия собственной личности; провоцирует сильные приступы депрессии, тревоги, паники и бреда. Такие состояния иногда продолжаются и после приема наркотика, а в некоторых случаях приводят к затяжным психотическим состояниям.

Кет амин (каллипсол, кеталар, РСР), на уличном жаргоне — «К», «специальный К», «витамин К», «валиум для кошек», «СТР». Средство для наркоза из группы общих анестезирующих препаратов с галлюцинаторным эффектом. Применяется обычно через рот или вдыхается в виде порошка через нос, иногда вводится инъекционно. В жидком виде кетамин пропитывается марихуана или табачные продукты. Кетамин традиционно используется за рубежом как сильное анестезирующее средство в ветеринарной практике. Он оказывает быстрое, но непродолжительное обезболивающее действие, характеризующееся отсутствием чувствительности, угнетением проведения нервных импульсов и повышением порогов всех видов чувствительности без потери сознания. Мощные галлюцинации могут приводить к потере контроля над поведением, что особенно опасно во время вождения автотранспорта. Кетамин вызывает обратную связь с прошлым, тревогу и страх, усиление слюноотделения, повышение артериального давления и учащение сердцебиения, а в больших дозах — психозы, потерю памяти; иногда оказывает необратимое действие на дыхательный центр, тормозя его деятельность. Он часто применяется вместо экстази либо в качестве его заменителя. Его прием в шумном и оживленном месте крайне опасен.

Третья категория представлена препаратами с различными спектрами воздействия.

Жидкий экстази (ГНВ, гаммагидроксибутерат), на уличном жаргоне — «G», «домашний грузинский мальчик». Способ применения — через рот. После приема наркотика возникает тошнота, повышается артериальное давление, нарушается дыхание. Его употребление часто сопровождается передозировками, что приводит к быстрой потере сознания, коме и смерти. В преступных целях может добавляться в спиртные напитки; после их употребления человек становится беспомощным и забывает о произошедшем, что затрудняет обнаружение преступника и проведение следственных действий.

Рогипнол (флунитрозепа), на уличном жаргоне — «забуди меня, «Roche». Является успокаивающим веществом из группы бензодиазепинов и оказывает снотворное и противосудорожное действие. Выпускается в таблетках или ампулах. Наркотик применяется путем приема через рот, может разводиться пивом или вином. Поскольку это вещество не имеет запаха и вкуса, оно может добавляться в напитки лицам, не знающим о его действии, что нередко приводит к случаям изнасилования. Наркотик вызывает нарушение памяти, поэтому жертва не помнит о произошедшем.

1.5. Факторы риска и защиты зависимого поведения у подростков

Учитывая высокую значимость и вместе с тем недостаточную разработанность вопросов, связанных с риском употребления ПАВ, связанного с переживанием свойственной современному обществу ценностного плюрализма и обусловленной им необходимостью для каждого человека разрешать вопросы выбора основ самоопределения, в отдельном параграфе рассматриваются факторы риска, связанные с общечеловеческими духовными проблемами.

Факторы риска — это условия, предрасполагающие к употреблению ПАВ и формированию наркомании.

Совокупность факторов риска злоупотребления ПАВ имеет многоуровневую структуру. Эксперты Всемирной организации здравоохранения разработали обобщенную классификацию факторов риска наркотизации в зависимости от уровня их проявления. Выделяют четыре уровня проявления факторов риска:

- биофизиологический (включая психопатологические факторы риска);
- индивидуально-психологический (включая патопсихологические факторы риска);
- микросоциальный;
- макросоциальный.

Таким образом, риск злоупотребления ПАВ может исходить как изнутри (биофизиологические, индивидуально-психологические факторы риска наркотизации), так и извне (микро- и макросоциальные факторы риска). Вероятность вовлечения ребенка или подростка в наркотизацию определяется всей совокупностью (комплексом) воздействующих условий.

Исходя из потребностей практики, то есть необходимости создания профилактических программ, А. И. Минко (1999) на примере риска развития зависимости от алкоголя предлагает классификацию факторов риска в соответствии со степенью подверженности влиянию профилактического воздействия. Выделяют три группы факторов (Минко А. И. и др., 1999):

- «абсолютно статичные», то есть «некорректируемые факторы, невосприимчивые к профилактическим воздействиям». В соответствии с многоуровневой структурой риска к данной группе факторов относятся в основном биофизиологические особенности потенциальных потребителей ПАВ. Учет и знание этой группы факторов «необходимы для прогноза вероятности развития состояний зависимости и формирования соответствующих групп риска, требующих в дальнейшем повышенного внимания»;
- «относительно статичные», иными словами, ограниченно восприимчивые к профилактическим воздействиям. «В их числе социокультуральные факторы риска: семейные взаимоотношения, травмирующие жизненные события, средовые факторы, культуральная приемлемость употребления, политика страны в отношении алкоголя»;
- «динамические» факторы — достаточно восприимчивые к профилактическим воздействиям. В первую очередь к ним относятся модели поведения, навыки, установки несовершеннолетних, а также некоторые личностные черты, иными словами, условия, относящиеся к индивидуально-психологическому уровню.

Знание конкретных факторов риска наркотизации позволяет выявить детей и подростков группы повышенного риска наркотизации (при определении степени риска особое значение имеют биофизиологические и формирующиеся на их основе индивидуально-психологические факторы). Кроме того, факторы риска наркотизации и защитные факторы определяют цели и задачи антинаркотической работы в образовательном учреждении. Иными

словами, профилактика злоупотребления ПАВ в образовательном учреждении школе направлена на снижение влияния факторов риска наркотизации и укрепление защитных факторов.

В зависимости от того, на каких факторах наркотизации сосредоточено основное внимание, в концепции профилактики злоупотребления ПАВ в образовательной среде выделяют две стратегии профилактики:

- негативно ориентированная профилактика злоупотребления ПАВ, которая предусматривает проведение профилактических мероприятий в рамках проблемно ориентированного подхода. Акцент в негативной профилактике ставится на отрицательных последствиях приема ПАВ. Основные усилия сосредотачиваются на снижении влияния факторов риска вовлечения в наркотизацию;
- позитивная профилактика, цель которой воспитание «лично развитого, способного справиться с собственными психологическими затруднениями и жизненными проблемами, не нуждающегося в приеме ПАВ» (Ананьев В. А., Малыхина Я. В., Васильев М. А., 2003; Березин С. В., Лисецкий К. С., 2005; Руководство по аддиктологии, 2007; Профилактика аддиктивного поведения школьников, 2006; Prescott С. А., 2002). Основное внимание в программах, разработанных в рамках этой стратегии, сосредоточено на усилении защитных факторов по отношению к возможности вовлечения в наркотизацию.

Защитные факторы — это условия, препятствующие злоупотреблению ПАВ.

Следует отметить, что выделение защитных от наркотизации факторов гораздо труднее, чем факторов риска и их перечень с точки зрения социального, биологического и психологического аспектов жизнедеятельности человека не может быть определен так четко и однозначно, как перечень факторов риска. В то же время именно усиление защитных факторов является основным содержанием профилактической деятельности.

ГЛАВА 2. КОМПЛЕКСНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ФАКТОРОВ РИСКА ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ ПАВ

2.1. Биологические факторы риска злоупотребления ПАВ

Биологические факторы риска — это «внутренние» факторы организма, врожденные или приобретенные, обусловленные генетическими, биологическими, нейрофизиологическими, нейрохимическими механизмами, соматическими или психопатологическими особенностями, обуславливающими предрасположенность к возникновению и формированию зависимости от ПАВ. В работах исследователей эти факторы называются по-разному: биологические факторы, биофизиологические факторы, медико-биологические и др.

Подверженность болезненной зависимости от ПАВ в значительной степени определяется медико-биологическими факторами риска. Характер соотношения биологических и средовых детерминант в развитии заболеваний наркологического профиля может быть представлен с позиций выделения двух компонентов риска: «риска начать» и «риска стать» (Анохина И. П., 2002; Анохина И. П., Москаленко В. Д., 2002; Арзуманов Ю. Л., Дудко Т. Н. и др., 1999; Иванец Н. Н., 1997; Miller W., 1984; Steinglass P., Bennet L., 1987). Риск начать употреблять ПАВ обусловлен в основном социально-психологическими факторами. Риск стать зараженным заболеванием наркологического профиля определяется преимущественно факторами медико-биологическими.

К медико-биологическим факторам риска различные исследователи относят генетические или наследственные факторы, врожденные или приобретенные нейрофизиологические, нейрохимические, энзимные, морфологические особенности организма, соматические, психопатологические расстройства и собственно наркотенные свойства ПАВ.

В целом общие биологические факторы риска злоупотребления ПАВ представлены в табл. 2.1.

Таблица 2.1. Основные биологические факторы риска злоупотребления ПАВ

Сфера	Фактор риска
Генетическая предрасположенность	<ul style="list-style-type: none"> • наличие у несовершеннолетнего отца, матери, брата или сестры, больных алкоголизмом или наркоманией; • наличие алкоголизма и наркомании у более отдаленных родственников
Нейрофизиологические и нейрохимические особенности	<ul style="list-style-type: none"> • выраженная межполушарная асимметрия с подавлением активности правого полушария головного мозга; • снижение или полное отсутствие волны P300 коркового вызванного потенциала; • истощенность нейромедиаторных систем; • степень изначальной толерантности
Психопатологические особенности	<ul style="list-style-type: none"> • психические расстройства и заболевания; • депрессивные расстройства; • маниакальные расстройства; • амотивационные расстройства; • патология волевой деятельности — компульсивность;

Генетическая предрасположенность к злоупотреблению ПАВ.

На современном уровне знаний возможность наследования и генетической предрасположенности к злоупотреблению ПАВ достаточно хорошо изучены. Исследования данного вопроса проводятся в основном тремя методами: генеалогическими, близнецовыми и исследованиями приемных детей и их биологическими и приемными родителями (Гончаров М. В., 1994; Котляров А. В., 2005; Москаленко В. Д., 2002; Москаленко В. Д., 2003; Психология зависимости, 2005; Юлдашев В. Л., 1997; Burian W., 1994).

Данные генеалогических исследований позволяют сделать вывод — существенный фактор риска заболеть алкоголизмом или наркоманией заключается в наличии у индивида отца, матери, брата или сестры, больных алкоголизмом или наркоманией. Наличие алкоголизма и наркомании у более отдаленных родственников также повышает риск, но в меньшей степени, чем заболевание родственников первой степени родства. Чем выше плотность алкоголизма и наркомании в семье, то есть чем больше больных этими заболеваниями родственников, тем выше риск для еще не заболевших членов семьи. В исследованиях последних лет было показано, что родственники больных с зависимостью или лиц, злоупотребляющих ПАВ, в восемь раз чаще злоупотребляют ПАВ, чем родственники здоровых в этом отношении индивидов (Анохина И. П., Москаленко В. Д., 2002, Anthony J. C., Helzer J. E., 1995; Steinglass P., Bennet L. 1987).

Надежно разделить генетические и средовые факторы, играющие роль в трансмиссии заболеваний из поколения в поколение, позволяет метод изучения приемных детей. Результаты таких исследований показывают, что дети, биологические родители которых больны алкоголизмом, воспитанные приемными родителями, имеют повышенный риск алкоголизма по сравнению с приемными детьми, рожденными от родителей, не больных алкоголизмом. Наличие биологического родителя, больного алкоголизмом, повышает риск развития алкогольного заболевания в потомстве в 32 раза. При этом обнаружилось, что дочери чаще оказываются больными при наличии алкоголизма у матери, чем в случае, когда болен отец.

Результаты этих исследований убедительно доказывают важную роль генетических факторов, обуславливающих высокую частоту алкоголизма и наркоманий у индивидов, унаследовавших предрасположенность к этим заболеваниям.

Как уже отмечалось, при анализе биологических механизмов зависимости одной из основных предпосылок высокой мотивации потребления ПАВ является выраженная недостаточность активности «системы подкрепления», обусловленная главным образом дефицитом катехоламиновой нейромедиаторной системы, и в частности дефицитом нейромедиатора дофамина. Это особенности нейромедиаторного обмена могут передаваться генетически, обуславливая высокий риск заболевания алкоголизмом и наркоманиями у потомства.

Употребление ПАВ родителями приводит не только к генетической предрасположенности к зависимости от ПАВ у потомства, но может вызвать тяжелые нарушения деятельности организма у их детей, что в свою очередь повышает риск развития у них зависимости в дальнейшем. Это, прежде всего, относится к такому фактору, как употребление матерью алкоголя или наркотиков в период беременности. Употребление алкоголя при беременности приводит к высокому риску формирования у ребенка алкогольного синдрома плода. Если женщина во время беременности принимает наркотики, то чрезвычайно высоким представляется риск рождения ребенка с неонатальным синдромом лишения наркотиков.

Нейрофизиологические и нейрохимические факторы риска злоупотребления

ПАВ.

Современные исследования нейрофизиологических механизмов предрасположенности к формированию зависимости от ПАВ сосредоточены в основном на изучении активности различных участков мозга. Основным инструментом этих исследований является изучение биоэлектрической активности мозга.

С помощью метода вызванных потенциалов при обследовании детей группы риска из семей алкоголиков и наркоманов были получены данные о снижении активности коры головного мозга в целом и более выраженном ухудшении работы правого полушария. Психологическими исследованиями было подтверждено, что это снижение отражало ухудшение способности к концентрации и устойчивости внимания, слабость анализаторных, когнитивных, мнемических функций, что приводило к трудностям адаптации к условиям среды. У таких детей отмечалась слабая мотивация к учебе и плохая успеваемость, обеднение интересов, снижение уровня общения, проявлялись такие личностные особенности, как тревожность, чувство неуверенности.

Другим значимым биологическим маркером предрасположенности к формированию зависимости от ПАВ, связанным с нейрохимическими механизмами, является определение истощенности нейромедиаторных систем, в частности, дефицита нейромедиатора дофамина и его метаболитов (низкая концентрация дофамина в моче, низкая активность дофаминбетагидроксилазы) (Анохина И. П., Арзуманов Ю. Л., Коган Б. М. и др., 1999; Арзуманов Ю. Л., Судаков С. К., 2002; Галактионов О. К., 1996; Москаленко В. Д., 2002; Факторы риска и защиты в профилактике злоупотребления психоактивными веществами у несовершеннолетних, 2004).

Особенности функционирования нейромедиаторных систем обуславливают степень изначальной толерантности к ПАВ. Выделяют индивидуальную непереносимость, низкую и высокую устойчивость (толерантность) по отношению к употреблению ПАВ. На изначальную толерантность оказывает влияние как генетическая предрасположенность, так и природа употребляемого вещества. Разные психоактивные и наркотические вещества имеют разный потенциал формирования зависимости. Для формирования зависимости от некоторых из них достаточно однократного употребления. Зависимость от других формируется постепенно, но при условии ее формирования, патологическое влечение к ПАВ становится не менее сильным и выраженным (это в первую очередь касается так называемых «легальных» наркотиков — алкоголя и табака).

Психопатологические факторы риска злоупотребления ПАВ.

По данным отечественных и зарубежных авторов, психические расстройства и заболевания могут являться факторами риска развития зависимости от ПАВ. Люди с психическими расстройствами чаще обращаются к наркотикам и алкоголю. Особенности реагирования психически больных делают их более восприимчивыми и к токсикоманиям. Нередко они используют наркотики, чтобы восстановить эмоциональный дефицит, компенсировать психосоциальные проблемы или редуцировать актуальные психиатрические синдромы. Так, например, при тревожно-депрессивных нарушениях принимаются опиаты в связи с их седативным компонентом действия, при апатических депрессиях — стимуляторы. Для шизофрении характерны эксперименты с различными наркотиками.

Распространенность психических заболеваний среди употребляющих наркотики статистически значительно выше, чем среди остальной популяции.

Одной из наиболее распространенных точек зрения, объясняющих связь между психическими заболеваниями и наркоманиями, является гипотеза «самолечения» (Гнездилов Г. В., 2006; Горьковая И. А., 1994б; Гурьева В. А., Гиндикин В. Я., 1980; Егоров А. Ю., 2000; Козлов В. А., Рохлина М. Л., 2000). Предполагается, что злоупотребление наркотическими веществами возникает в тех случаях, когда человек пытается сам «лечить» проявления

психического заболевания с целью достижения субъективного эффекта адаптации. Лица с психическими расстройствами находят специфическое наркотическое вещество, которое создает субъективное ощущение улучшения состояния. Повторное употребление данного вещества, как правило, стремительно приводит к зависимости. Первоначальное чувство облегчения, которое обеспечивается употреблением наркотиков, часто превращается впоследствии в чувство несчастья, беспомощности и общего нарушения жизненных функций вследствие развития наркомании.

Депрессивные расстройства наиболее часто приводят к употреблению опиатов. Депрессивные расстройства при эндогенных психических заболеваниях (шизофрения, маниакально-депрессивные психоз и др.) дебютируют главным образом в подростковом возрасте. Так, исследование 233 подростков в возрасте 19 лет, потребляющих героин, показало, что уровень депрессий в этой группе превышал популяционный в три раза (Руководство по аддиктологии, 2007).

В. Д. Менделевич, исследуя наркозависимых, у которых именно депрессивные состояния, провоцировали патологическое влечение к употреблению ПАВ, выделяет шесть вариантов таких депрессий (Руководство по аддиктологии, 2007):

- депрессивные переживания с оттенком понижения настроения и тревожностью;
- депрессивные переживания с оттенком понижения настроения и тоскливостью;
- депрессивные переживания с оттенком понижения настроения и гневливостью;
- депрессивные переживания с оттенком понижения настроения и чувством субъективного внутреннего дискомфорта;
- эмоциональные состояния с оттенком снижения уровня эмоционального реагирования;
- переживания со склонностью к смене (колебаниям) настроения и противоречивости.

Формирование патологического влечения происходило при каждом из перечисленных депрессивных переживаниях, однако наиболее типичным было развитие зависимости на фоне аффективных расстройств с доминированием скуки.

Зависимость от наркотиков может провоцироваться и маниакальными расстройствами. Гипоманиакальные расстройства наблюдаются наиболее часто в подростковом возрасте, в 14-16 лет. В динамике этих состояний обычно выделяется два этапа. Первый из них характеризуется грубыми поведенческими расстройствами и асоциальным поведением. На втором этапе ослабевают делинквентные проявления и усиливаются собственно маниакальные расстройства (Руководство по аддиктологии, 2007).

Психическими нарушениями, приводящими к употреблению наркотиков, могут являться состояния, связанные с астенией, потерей инициативы, безразличием к окружающему, отсутствием побуждений к деятельности, обеднением моторики, значительным оскудением эмоциональной и интеллектуальной сферы. Расстройства подобного типа чаще развиваются при простой форме шизофрении. Первые проявления обычно отмечаются в детском и подростковом возрасте.

Зависимое поведение часто связывают с патологией волевой деятельности — компульсивностью. Под компульсивностью обычно понимается форма нарушенного поведения, при которой действия, поступки возникают в связи с непреодолимыми влечениями, побуждениями и совершаются насильственно, хотя и осознаются как неправильные.

Еще одним из видов психических расстройств, с которым многие авторы связывают формирование зависимости от ПАВ, является синдром нарушения внимания с гиперактивностью (СНВГ) (Лебединская К. С., Райская М. М., Немировская С. В., Мальцына

В. С., 1980; Лебединская К. С., Райская М. М., Немировская С. В., Мальцына В. С., Фишман М. Н., Грибанова Г. В., 1980; Durst R., Rebaudengo-Rosca P. 1997). Проявления СНВГ определяется тремя основными симптомокомплексами: невнимательностью, гиперактивностью, импульсивностью. В дошкольном возрасте основными проявлениями заболевания является так называемая «неуклюжесть». В школе дети с СНВГ, как правило, плохо усваивают, не подчиняются общепринятым правилам поведения, не слушают родителей и учителей. Их поведение отличается от поведения здоровых сверстников: они чрезвычайно легко отвлекаются от решаемых задач, не доводя их до конца, теряют вещи, чрезвычайно неусидчивы, постоянно выкрикивают с места в классе, вовлекаются в буйные и опасные игры в школе и дома. Подростки, страдающие СНВГ, входят в группу высокого риска по развитию зависимости от ПАВ.

Учет факторов биологического уровня в профилактической деятельности по предотвращению приобщения несовершеннолетних к употреблению ПАВ важен для прогноза характера течения возможного заболевания и скорости перехода аддиктивного поведения в зависимое. Он позволяет специалистам наиболее полно оценить ситуацию развития личности с учетом индивидуально-психологических и социальных факторов, а также наметить пути профилактики аддикций.

2.2. Психологические факторы риска злоупотребления ПАВ

При рассмотрении вопроса об индивидуально-психологических факторах риска приобщения к употреблению ПАВ специалисты, работающие в области профилактики, в основу большинства классификации закладывают понятия «предрасположенность» и/или «склонность».

Под *предрасположенностью* понимается возможность проявления тяги к употреблению ПАВ при наличии соответствующих благоприятных условий. Предрасположенность не означает сформированности мотива. Она определяется генетическими, биологическими и психопатологическими факторами. И, как уже отмечалось ранее, наиболее глубоко эта проблема изучается специалистами медицинской сферы.

Склонность же, в свою очередь, есть мотивированное влечение, внутренняя психологическая готовность к употреблению ПАВ, то есть изначальная обусловленность процесса наркотизации различными психологическими и патопсихологическими причинами. Тогда как проблемы данного уровня развития личности находятся в большей мере в рамках деятельности специалистов учреждений образования.

Именно образовательная среда имеет наибольшие возможности влияния на процесс воспитания и развития ребенка. Соответственно, в рамках межведомственного взаимодействия работники данной сферы несут основную ответственность за предупреждение приобщения несовершеннолетних к процессу наркотизации и за воспитание здоровой личности в целом. Следовательно, специалисты образовательных учреждений в первую очередь по сравнению с работниками других социальных сфер должны адекватно воспринимать и оценивать индивидуально-психологическое своеобразие каждой развивающейся личности, способствовать ее гармоничному развитию и предупреждать возможное отклонение в поведении, одним из которых может явиться приобщение к злоупотреблению ПАВ. Таким образом, в рамках профилактики употребления ПАВ несовершеннолетними в образовательной среде возникает необходимость тщательного научного рассмотрения именно индивидуально-психологических факторов риска наркотизации.

В многочисленных исследованиях проблемы потребления наркотических веществ

несовершеннолетними (Березин С. В., Лисецкий К. С., Серебрякова М. Е., 2001; Березин С. В., Лисецкий К. С., Мотынга И. А., 2005; Курек К. С., 2001; Личко А. Е., 1985; Пятницкая И. Н., Найденова Н. Г., 2002; Сирота Н. А., Ялтонский В. М., Хажилина И. И., Видерман И. С., 2001; Худик В. А., 1993; Friedel R., 1990; и др.) отмечается, что наиболее часто наркомания формируется у лиц с аномалиями в личностных сферах. При этом в поисках специфичных для зависимой личности черт выделяется бесконечное множество порой противоречивых, преморбидных особенностей. Наркомания молодежи является результатом сложного переплетения и взаимодействия биологических, психологических и социальных факторов, поэтому вряд ли возможен их полный учет. Практически каждое новое исследование по этой проблеме раскрывает всё новые грани механизма наркотизации и процесс углубления в суть данного явления, видимо, бесконечен. Поэтому определенный интерес представляет выделение из всего перечня известных (на данный момент) факторов некоторой их совокупности, играющей, по мнению экспертов, ведущую роль.

В результате индивидуально-психологические факторы определяются аномалиями в различных личностных сферах, таких как:

- поведенческая;
- мотивационно-потребностная;
- эмоциональная;
- характерологическая;
- когнитивная сфера;
- Я-концепция;
- духовная.

Психологические факторы риска злоупотребления ПАВ в младшем школьном возрасте.

Профилактическая деятельность в рамках образовательных учреждений, как правило, направлена на учащихся младшего школьного и подросткового возраста. Однако, в настоящее время, большинство исследований ориентировано на изучение факторов риска приобщения к употреблению ПАВ в основном только в подростковом возрасте. Это обусловлено множеством причин, одной из которых является трудность диагностической работы с детьми младшего школьного возраста и специфика выявления индивидуально-психологических особенностей в данном возрасте. Следовательно, психологические факторы риска в младшем школьном возрасте сводятся зачастую лишь к умозрительному перечислению возможных причин наркотизации, тогда как в подростковом возрасте они подтверждаются конкретными исследованиями.

Итак, по результатам немногочисленных исследований, проведенных отечественными авторами (Айвазова А. Е., 2003; Беличева С. А., 1994; Березин С. В., Лисецкий К. С., Назаров Е. А., 2001; Битенский В. С., Херсонский Б. Г., 1989; Бузина Т. С., 1994; Горьковая И. А., 1994а; Гроф С., 1994) основными индивидуально-психологическими факторами риска наркотизации в младшем школьном возрасте являются:

- негативная Я-концепция ребенка (заниженная самооценка, формирование «комплекса неудачника», преобладание мотивации избегания неудач), сформировавшаяся под влиянием неадекватной оценки взрослыми личности ребенка;
- усвоение наркогенных паттернов поведения в результате подражания негативным моделям;
- несформированность дифференцированных нравственных критериев и норм поведения;
- недостаточная развитость коммуникационных навыков, что затрудняет процесс адаптации в школе и социализации в целом;

- неумение или невозможность, из-за давления со стороны взрослых, проявить инициативу;
- неуспешность в учебной деятельности, школьная дезадаптация.

В настоящее время нет масштабных исследований о влиянии в младшем школьном возрасте перечисленных выше факторов на возможное приобщение ребенка к потреблению наркотических веществ.

Психологические факторы риска злоупотребления ПАВ в подростковом возрасте.

Основные факторы риска приобщения к употреблению ПАВ в различных личностных сферах представлены в табл. 2.2.

Таблица 2.2. Основные индивидуально-психологические факторы риска приобщения к ПАВ в подростковом возрасте

Сфера личности	Фактор риска
Поведенческая	<ul style="list-style-type: none"> • гипертрофированные поведенческие реакции; • недостаток самоконтроля над поведением; • неспособности к межличностному общению; • чрезмерная критичность и агрессивность в отношении окружающих; • неспособность к самостоятельному принятию решений; • склонность к рискованному поведению; • привычка уклоняться от жизненных трудностей; • неадекватные стратегии копинг-поведения; • личный опыт проб ПАВ
Мотивационно-потребностная	<ul style="list-style-type: none"> • неадекватное удовлетворение потребностей подростком; • любопытство; • высокая потребность в поиске ощущений; • расторможенность сферы влечений; • разрыв между сформировавшимся высоким уровнем притязаний и возможностью их реализации
Эмоциональная	<ul style="list-style-type: none"> • стремление к избеганию агрессивных переживаний; • низкая фрустрационная толерантность; • тревожно-мнительные черты характера; • частое и длительное пребывание в депрессивных состояниях; • гедонистическая установка по отношению к ожидаемым эмоциональным переживаниям; • стремление избегать нежелательных эмоциональных состояний и скуки; • несформированность чувства привязанности; • алекситимия
Характерологическая	<ul style="list-style-type: none"> • акцентуации характера (неустойчивый тип, эпилептоидный тип, гипертимный тип и др.)
Когнитивная	<ul style="list-style-type: none"> • проблема интересов; • низкий интеллектуальный уровень; • высокий интеллектуальный уровень
Я-концепция	<ul style="list-style-type: none"> • проблемы с идентификацией; • низкая самооценка;

Духовная	<ul style="list-style-type: none"> • отсутствие самоуважения; • комплекс неполноценности • проблемы самоопределения личности
----------	---

По исследованиям различных авторов можно провести анализ особенностей индивидуально-психологических факторов риска наркотизации в подростковом возрасте в соответствии с их выраженностью в различных личностных сферах.

Факторы риска в поведенческой сфере личности.

Изучением особенностей поведенческой сферы провоцирующих приобщение несовершеннолетних к употреблению ПАВ в настоящее время занимаются многие отечественные и зарубежные исследователи.

А. Е. Личко (1985) к ним относил: реакции оппозиции, имитации, отрицательной имитации, компенсации, гиперкомпенсации, эмансипации, группирования и реакция увлечения. Рассмотрим подробнее каждую из них.

Реакция оппозиции вызывается завышенными претензиями к деятельности и поведению подростка, излишними ограничениями, невниманием к его интересам окружающих взрослых. Реакция оппозиции может быть вызвана для него учебной или какой-либо другой нагрузкой, конфликтами в семье, школьной неуспеваемостью, несправедливостью. В зависимости от характерологических и эмоциональных особенностей подростка, протест иногда проявляется активно — в виде грубости, агрессивности, жестокости, демонстративных попыток самоубийства и иных форм аутоагрессивного поведения, в том числе и наркотизации, или пассивно — в виде отказа от еды, прогулов занятий и побегов из дома.

Реакция имитации проявляется в подражании определенному лицу, образцу. В детстве имитируется поведение родителей, близких родственников, воспитателей и т. п. Иногда образцом может стать и антисоциальный герой. Известно, какое влияние оказывает на подростковую преступность возвеличивание преступника — супермена. Пропаганда уголовного романтизма, распространившегося в последнее время, может оказать отрицательное косвенное влияние на самосознание подростка.

Реакция отрицательной имитации — поведение, нарочито противопоставленное навязываемой модели. Если модель отрицательна, то эта реакция является положительной и наоборот.

Реакция компенсации — восполнение неудач в одной области подчеркнутым успехом в другой области. Например, неудачи в учебе могут компенсироваться «смелым» поведением.

Реакция гиперкомпенсации — неустойчивое стремление к успеху в наиболее трудной для себя области деятельности. Присущая подростку робость может побудить его к отчаянному поведению, к вызывающему поступку. Крайне чувствительный и застенчивый подросток выбирает мужественный вид спорта: бокс, карате и т. п.

Реакция эмансипации — стремление освободиться от навязчивой опеки старших, самоутвердиться. Крайнее проявление — отрицание стандартов, общепринятых ценностей, норм закона, бродяжничество.

Реакция группирования — объединение в группы сверстников. Важно отметить, что подростковые группы отличаются одноплановостью, однородной направленностью, территориальной общностью, борьбой за господство на своей территории (во дворе, на своей улице), примитивной символикой. Реакция группирования в значительной степени объясняет то, что подавляющее большинство подростков приобщаются к ПАВ в группе сверстников. Именно реакция группирования со сверстниками, учитывая «тенденцию расхождения статусов» — чем выше статус подростка стихийной группы, тем ниже он в официальном

коллективе, — дает возможность подростку для достижения и выражения своего авторитета (Кон И. С., 1980; Кон И. С., 1989).

Реакции, обусловленные формированием сексуальных влечений, бурно представлены «юношеской гиперсексуальностью» в старшем подростковом возрасте: онанизм, ранняя половая жизнь, петтинг (соприкосновение гениталий вплоть до оргазма). Реакция увлечения проявляется в самых разнообразных подростковых увлечениях: поп-музыка, стиль одежды, стремление к получению легкой информации, не требующей больших размышлений и используемой для самого процесса общения (пустые многочасовые разговоры у подъезда), увлечения, связанные с чувством азарта; увлечения, обеспечивающие всеобщий успех, внимание (артист, гитарист, чемпион, модница и т. п.); увлечения, связанные с физическим самоутверждением, овладением престижными навыками (водить машину, мотоцикл).

Перечисленные реакции формируют «закон подростковой моды» всех времен, обязательными элементами которой являются:

- униформа (одинаковые джинсы, прическа, кольца, браслеты, привычки и т. д.);
- язык (вербальный и невербальный);
- места дислокации;
- ритуалы (приема в группу, особенности проведения досуга, контроль за членами группы и т. д.);
- поведение (элементы эпатажности, вызывающие недовольство старшего поколения).

«Мода» на употребление ПАВ является одним из ведущих мотивов знакомства с ними в данном возрастном периоде.

Значительная роль в приобщении к ПАВ, особенно в подростковом возрасте, отводится и недостатку самоконтроля над поведением, которое взаимосвязано с неспособностью контроля над различными поведенческими реакциями. В частности, гипертрофированное проявление реакции группирования, в свою очередь, обуславливает подчинение внешним формам контроля и формирование наиболее частого варианта формирования аддиктивного поведения — употребление ПАВ под влиянием группового давления (Беличева С. А., 1994; Руководство по аддиктологии, 2007). Установлено, что недостаток контроля над своим поведением у сыновей больных алкоголизмом отцов проявляется рано, уже в 5-летнем возрасте и в дальнейшей жизни является медиатором между родительским алкоголизмом и антисоциальным поведением (Lonkas A., Fitzgerald H. E., Zucker R. A., von Eye A., 2001). Отмечается, что группу риска по приобщению к употреблению ПАВ представляют в первую очередь неусидчивые, гиперактивные дети с ослабленными механизмами сдерживания и самоконтроля. У них также часто происходит школьная дезадаптация: возникают проблемы с усвоением материала и успеваемостью, часты нарушения дисциплины и пропуски занятий, конфликты с учителями и т. д., что создает психологическую напряженность и, как следствие, обращение к наркотикам как способу снятия стресса. Важно помнить, что низкий самоконтроль поведения обусловлен в первую очередь недостатком волевых механизмов. Слабость же волевой сферы проявляется и нестойкостью интересов, и неспособностью к организованной, последовательной деятельности. В современных исследованиях волевой компонент поведенческой сферы рассматривается больше не как фактор приобщения к употреблению ПАВ, а как фактор возможного преодоления наркотической зависимости.

На поведенческом уровне «уязвимость» личности подростка по отношению к ПАВ может проявляться также в отсутствии стремления быть в обществе других людей, неспособности к межличностному общению, появлении социофобий и неадекватном восприятии социальной поддержки (Беличева С. А., 1994; Березин С. В., Лисецкий К. С.,

Мотынга И. А., 2005; Генайло С. П., 1990; Гишинский Я. И., 2011). Ш. Бюлер, рассматривая пубертатный период с биологической точки зрения, выявила специфические психические явления, связанные с вызреванием особой биологической потребности в дополнении, которая побуждает к поискам и сближению с существом другого пола. Бюлер отметила основные черты негативной фазы этого процесса: повышенная чувствительность и раздражительность, беспокойное и легко возбудимое состояние; физическое и душевное недомогание (драчливость и капризы); перенос неудовлетворенности собой на окружающий мир. Непослушание, занятие запрещенными делами обладают в этот период особой притягательной силой. Не дают покоя чувства одиночества, чужеродности, непонятности. Снижается работоспособность, растет изоляция от окружающих или открытое проявление враждебности, совершаются разного рода асоциальные поступки.

К особенностям подросткового характера как фактора и предпосылки к употреблению наркотических средств можно отнести порой чрезмерную критичность и агрессивность в отношении окружающих лиц, излишнюю самоуверенность в оценке и непризнании, отвержение каких-либо авторитетов. В переломном возрасте независимо от предыдущего поведения родителей молодой человек стремится ослабить связи с ними и замыкается в себе, время от времени проявляет агрессивность, становится резким в отношениях со взрослыми, противится их воле. Подростка не оставляет чувство вины и недовольства собой, что он скрывает чаще всего под маской равнодушия, иронии и пренебрежения к взрослым. Особенности психики в подростковом возрасте представляют благодатную почву для развития наркомании, если молодой человек откроет для себя, что наркотик смягчает все неприятные ощущения.

По результатам исследований, проведенных отечественными авторами, предрасположенность к наркотизации имеют также дети и подростки с противоположными психологическими чертами — не способные к самостоятельному принятию решений, робкие и, как следствие, внушаемые, конформные, неуверенные в себе, с комплексом неполноценности, часто испытывающие беспокойство, тревогу, стресс, дефицит положительных эмоций. Специалисты объясняют это тем, что у робких и нерешительных детей и подростков часто наблюдается психологическая зависимость от старших и волевых знакомых. В условиях, когда сбыт наркотиков приносит сверхприбыль, несовершеннолетние с выраженными чертами робости и нерешительности нередко под давлением знакомых, вовлеченных в сферу наркобизнеса, начинают потребление наркотиков. Зачастую такие психологические проявления, как робость и нерешительность, обусловлены недостатком знаний и жизненного опыта и связаны с инфантильностью, ошибочностью, а порой и парадоксальностью суждений и умозаключений подростка. Это приводит к тому, что он затрудняется в разграничении истинных и ложных ценностей, а его социальные интересы не развиваются.

В современных исследованиях факторов риска наркотизации в подростковом возрасте все чаще стала рассматриваться высокая склонность к рискованному поведению. Следует отметить, что феномен риска играет важную роль в жизни подростков. Риск проявляется в единстве двух противоположных тенденций. С одной стороны, дает возможность адаптации в социальной среде, продвижения по пути самораскрытия и самосознания, а также расширения сферы деятельности. С другой стороны, постоянное использование и создание ситуаций риска может изменить процесс социализации и адаптации, вплоть до формирования отклоняющегося поведения.

Возвращаясь к общему рассмотрению особенностей поведенческой сферы, следует отметить, что особо благоприятствует возникновению наркотического влечения развившаяся у молодого человека привычка уклоняться от жизненных трудностей, уход в свой внутренний мир, который легко может стать миром наркотических видений. Так, исследователи

отмечают, что одним из факторов, определяющим поведение подростков, склонных к аддиктивным формам поведения, является бегство от «невыносимой» реальности. Подростки часто сталкиваются с такими жизненными проблемами, как переживание стойких неудач в школе, конфликты с родителями, учителями, сверстниками, чувство одиночества, утрата смысла жизни, полная не востребованность в будущем, личная несостоятельность во всех видах деятельности и многими другими. От всего этого хочется убежать, заглушить и изменить свое психическое состояние, пусть временно, но в «лучшую сторону». Личная жизнь, учебная деятельность и окружающая их среда рассматриваются ими чаще всего как «серые», «скучные», «монотонные», «апатичные». Этим детям не удастся найти в реальной действительности какие-либо сферы деятельности, способные привлечь их внимание, увлечь, обрадовать, вызвать эмоциональную реакцию. И только после употребления различных ПАВ они достигают чувства приподнятости без реального улучшения ситуации. Они в группе, они приняты, их поняли. Далее ситуация в микро- и макросреде (семья, школа, одноклассники и пр.) становится еще более непереносимой, конфликтной. Так возникают все большая зависимость и отторжение от реальной действительности.

Раскрывая основные особенности личности со склонностью к аддиктивному поведению, В. Д. Менделевич обращает внимание на рассогласование психологической устойчивости в случаях обыденных отношений и кризисов (Руководство по аддиктологии, 2007). Тогда как в норме, как правило, психически здоровые люди легко («автоматически») приспосабливаются к требованиям обыденной (бытовой) жизни и тяжелее переносят кризисные ситуации. Они в отличие от лиц с разнообразными аддикциями стараются избегать кризисов и волнующих нетрадиционных событий.

В связи с проблемой ухода от реальности актуальным является вопрос, касающийся особенностей преодоления трудностей и эмоционального стресса. Трудности, с которыми сталкиваются подростки, требуют от них определенных стратегий преодоления стресса. Н. А. Сирота и В. М. Ялтонский (1993) предложили рассматривать поведение подростка в рамках теории копинг-поведения.

Личность подростка претерпевает либо поступательное развитие с формированием адаптивного поведения, либо дезадаптацию, саморазрушение. Различные формы поведения подростков представляют собой варианты преодоления стресса. От того, как отвечает подросток на предъявляемые ему требования среды, какие способы и стили преодоления стресса у него проявляются и закрепляются, зависит развитие личности в подростковый период и дальнейшие перспективы.

Вообще, английский термин «копинг» (coping), относительно четко сформулированный к 1980-м годам, определяет процесс конструктивного приспособления, в результате которого данное лицо оказывается в состоянии справиться с предъявленными требованиями таким образом, что трудности преодолеваются и возникает чувство роста собственных возможностей, а это, в свою очередь, ведет к положительной самооценке (Сирота Н. А., Ялтонский В. М., 1996; Ялтонский В. М. 1995). По мнению отечественных исследователей, копинг понимается как деятельность личности по поддержанию или сохранению баланса между требованиями среды и ресурсами, удовлетворяющими этим требованиям, и рассматривают ряд особенностей преодоления эмоционального стресса подростками.

Н. А. Сирота и В. М. Ялтонский (1996) на основе своих исследований копинг-поведения подростков разработали три теоретические модели:

- *Модель активного адаптивного функционального копинг-поведения.* Для этой модели характерно сбалансированное использование соответствующих возрасту копинг-стратегий с преобладанием активных стратегий, направленных на разрешение проблем и поиск социальной поддержки, преобладание мотивации на

достижение успеха над мотивацией избегания неудач, готовность к активному противостоянию среде. Психологический фон для преодоления стресса обеспечивают следующие личностно-средовые копинг-ресурсы: позитивная Я-концепция, развитость восприятия социальной поддержки, интернальный локус контроля над средой, эмпатия и аффилиация, относительно низкая чувствительность к отвержению, наличие эффективной социальной поддержки.

- *Модель псевдоадаптивного дисфункционального копинг-поведения.* Основные признаки данной модели характеризуются сочетанием в использовании как пассивных, так и активных базисных копинг-стратегий, базисной копинг-стратегии поиска социальной поддержки в качестве ведущей; повышенным удельным весом стратегий, не соответствующих возрасту; дефицитом навыков активного использования стратегии разрешения проблем и заменой ее на копинг-стратегию избегания и фармакологический механизм реализации данной стратегии. Наблюдается неустойчивость, флюктуация мотивации, то есть колебания потребностей, то на достижение успеха, то на избегание неудачи. Низкая эффективность блока личностно-средовых копинг-ресурсов: неустойчивая, негативная, искаженная Я-концепция; низкий уровень восприятия социальной поддержки; неустойчивый, низкий уровень интернальности; относительно высокое развитие эмпатии и аффилиации, отсутствие расхождения между реальными и идеальными компонентами самооценки.
- *Модель пассивного, дисфункционального копинг-поведения.* Характеризуется преобладанием пассивных копинг-стратегий над активными, дефицитом социальных навыков разрешения проблем, интенсивным использованием детских копинг-стратегий, не соответствующих возрасту. В качестве ведущей используется копинг-стратегия — избегание. Преобладает мотивация избегания неудачи. Неготовность к активному противостоянию среде, подчиненность ей; негативное отношение к проблеме, оценка ее как угрозы; псевдокомпенсаторный, защитный характер поведения, отсутствие направленности на стрессор как причину психоэмоционального напряжения. Низкая эффективность функционирования блока личностно-средовых ресурсов: негативная, слабосформированная Я-концепция, неразвитость восприятия социальной поддержки, эмпатии, аффилиации, интернального локуса контроля. Относительно высокая чувствительность к отвержению.

Таким образом, преодоление стресса подростками может иметь гетеро- и аутоагрессивную направленность, быть связанным с экстернальной либо интернальной по отношению к среде направленностью контроля, эмпатическими, аффилиативными тенденциями, чувствительностью к отвержению. В подростковом возрасте механизмы преодоления стресса носят динамический и транзитный характер, обеспечивают развитие индивида, способствуют или препятствуют включению биологических и социальных факторов риска развития поведенческих, психосоматических и психических нарушений.

Помимо всего вышесказанного, следует отметить, что особенности поведенческой сферы, рассматриваемые исследователями в качестве предикторов аддиктивного поведения, в целом отражают картину дезадаптации, при этом не раскрывая специфику аддикции к ПАВ по сравнению с другими формами отклоняющегося поведения. Установка к употреблению ПАВ предполагает готовность вести себя определенным образом в ситуациях, связанных с употреблением того или иного ПАВ.

Макеева А. Г., Лысенко И. В. (1999) выделяют в структуре установки к употреблению ПАВ три компонента: информационный, оценочный и поведенческий.

Первый компонент установки, *информационный*, включает несколько

информационных блоков. Первый информационный блок установки содержит данные о видах наркогенных веществ и их физических свойствах. Второй содержит информацию о нормах и образцах наркогенной субкультуры (осведомленность о способах употребления, о смысле символических действий, представление о людях, употребляющих ПАВ). Третий представлен системой нормативных оценок наркотизма (отношением к его различным проявлениям в ближайшем социальном окружении, в обществе, знанием социальных и юридических аспектов наркотизма). Данные морально-этического характера содержит четвертый блок. Также информационный компонент установки может содержать опыт переживания измененного состояния.

Информация способна вносить свой вклад в регуляцию поведения только тогда, когда становится личностно значимой. Это осуществляется в ходе формирования второго компонента установки — *оценочного*. Процесс формирования «личностной значимости» новых объектов А. Г. Макеева, так же как и Э. Е. Бехтель, связывает с характером отношений ребенка к носителю информации о новом объекте (Руководство по аддиктологии, 2007). Так, в пьющих семьях ребенок усваивает положительное отношение к алкоголю, если родитель — потребитель алкоголя является для ребенка объектом любви и уважения.

Третий компонент установки — *поведенческий* («поведенческая готовность»). Этот компонент отражает реальное или предполагаемое поведение в наркогенной ситуации.

Рассматривая вопрос о формировании алкогольных установок, Э. Е. Бехтель (1986) отмечает, что установки как отношение индивида к спиртным напиткам являются результатом усвоения социального опыта, а с другой стороны, установки определяют поведение человека в конкретной ситуации (Бехтель Э. Е., 1986). Автор выделяет два периода в формировании алкогольных установок — до и после начала приема спиртных напитков. Соответственно этапам формирования алкогольные установки можно разделить на первичные и вторичные.

Первый период связан только с усвоением личностью алкогольных обычаев, норм и правил, связанных с употреблением спиртных напитков, действующих в социальном окружении, их преломлением через собственную личность и формированием собственного отношения к алкогольной проблеме. Он исключает влияние личного опыта, поскольку таковой пока отсутствует. Формирование первичных алкогольных установок относится уже к периоду дошкольного детства.

Первичные установки ребенка, по мнению Э. Е. Бехтеля, отличаются нечеткостью, неполнотой, а главное, нестойкостью. Они отражают только общее отношение к проблеме и легко меняются под действием новой информации. Качественный скачок в отношении к спиртным напиткам наблюдается в подростковом возрасте (12-15 лет), когда к семейным впечатлениям начинает добавляться информация от сверстников. Тогда начинается второй период формирования алкогольных установок — изначальные алкогольные установки трансформируются в соответствии с практической деятельностью индивида. Вовлечение в группу и функционирование в ней быстро приводит к усвоению групповых ценностей и стандартов, включая отношение к алкоголю. Влияние обмена «алкогольным опытом» в группе сверстников на употребление подростками спиртных напитков отмечают и другие исследователи.

Алкогольные установки в таком толковании не являются чем-то патологическим. Это процесс нормального формирования личности, усвоения социальных норм во всех их проявлениях. Не существует специального механизма формирования алкогольных установок. Это часть процессов социализации, передачи от поколения к поколению морально-этических и культурных ценностей. Формирование алкогольных установок, как и установок вообще, в значительной мере зависит от отношения индивида к конкретным лицам — носителям определенных ценностных ориентации.

Закономерности формирования алкогольных установок вполне правомерно распространить и на процесс формирования установок в отношении употребления других ПАВ с той только разницей, что информацию о так называемых нелегальных наркотиках большинство детей получает не при непосредственном наблюдении их употребления в ближайшем социальном окружении, а из СМИ.

Рассматривая поведение подростков через призму возможной готовности к употреблению ПАВ, важно учитывать изначальный личный опыт проб ПАВ. Исследования НИИ физиологии детей и подростков показали, что число учащихся, экспериментирующих с алкоголем, табаком, наркотиками и токсическими веществами, растет от среднего школьного возраста к старшему и в 10–11 классах является максимальными. Это означает, что в экспериментирование вовлекается все больше и больше учащихся. Это касается всех без исключения веществ, с которыми экспериментируют учащиеся, и свидетельствует о том, что ранняя алкоголизация, курение, употребление наркотиков и токсических веществ прекрасно «уживаются друг с другом». Исследования ряда ученых показали, что употреблению наркотиков почти всегда предшествует употребление алкоголя и табака (Айвазова А. Е., 2003; Александров А. А., Александрова В. Ю., 1996; Иванец Н. Н., 1997). Это объясняется, видимо, тем, что употребление одних одурманивающих веществ, в частности алкоголя и табака, фактически «снимает запрет» на употребление других

Таким образом, проявления поведенческой сферы, приводящие к аддиктивным формам поведения, достаточно многогранны и неоднозначны и зачастую трудно отделимы от своеобразия протекания пубертатного периода. Однако наличие приведенных выше особенностей поведения у конкретного подростка должно сориентировать специалиста (учителя, педагога-психолога, социального педагога) на работу по предупреждению развития у ребенка дезадаптивных форм поведения и возможного приобщения ребенка к употреблению ПАВ.

Факторы риска в мотивационно-потребностной сфере личности и.

Классификацию представляют четыре основных блока, в которые сгруппированы мотивы, затрагивающие все сферы жизнедеятельности личности:

- Социальные мотивы:
 - желание занять место в группе сверстников и соответствовать принятым в ней нормам;
 - подражание друзьям;
 - подчинение угрозам, давлению со стороны наркодилеров;
 - стремление поддержать субкультурную «традицию».
- Индивидуальные мотивы:
 - любопытство;
 - стремление получить удовольствие (физическое, психологическое);
 - нейтрализация отрицательных эмоций;
 - стремление выйти из состояния скуки, бездействия или усилить эффективность своей деятельности.
- Патологические (болезненные) мотивы:
 - мотивы ухода (назло себе, взрослым); потеря смысла жизни, протест, ощущение себя лишним в жизни;
 - поведение, обусловленное психическими расстройствами;
 - биологическая потребность на стадии физической зависимости от ПАВ (Коробкина З. В., Попова В. А., 2002).
- 4. Ситуационные мотивы.

В результате исследования поведения подростков в экспериментальных ситуациях,

побуждающих к употреблению наркотических веществ, были установлены следующие закономерности. Мотивация подростков, согласившихся в экспериментальной ситуации попробовать наркотик, в большинстве случаев характеризуется импульсивностью, реакцией на побуждение (62,7%). Второй тип положительной мотивации (20,7%) включает использование наличной информации о предпочтительных веществах и способах употребления. И наконец, третий тип ситуационной мотивации отражает наличие элементов оценки и опосредствования решения мышлением (12,1%) при отсутствии критического анализа. Спонтанное решение употребить наркотик объясняется сочетанием влияния прошлого опыта и беспрепятственности, располагающей к злоупотреблению наркотиками. В группе подростков, не имевших опыта употребления наркотиков, но в эксперименте соглашавшихся с предложением его попробовать, значительная часть демонстрирует гедонистические ожидания и представления о том, что с помощью наркотика можно избавиться от негативных переживаний, достигнуть успеха или самоутвердиться, справиться с затруднительным положением и положительно повлиять на будущее. В связи с этим можно утверждать, что мотивация, связанная с конкретными ситуациями, несущими негативные аффективные переживания, играет важнейшую роль в формировании и активизации особого «состояния готовности» к употреблению наркотических веществ. Таким образом, если в контексте профилактических занятий ориентироваться на конкретную группу риска (то есть подростков, не имеющих опыта употребления, но готовых впервые попробовать наркотик), то принятие решения «пробовать — не пробовать», «употреблять — не употреблять» можно сделать более опосредствованным и тем самым способствовать отказу от употребления наркотика. Занятия включали также обучение способам отказа от «соблазнительных» предложений (Ананьев В. А., Малыхина Я. В., Васильев М. А., 2003; Гусева И. А., 2005; Гусева Н. А., Густышкин А. Л., Жданова Т. Н., 2002; Максимова Н. Ю., 2000).

Для гармоничного развития личности важно удовлетворение актуализированных потребностей. Неадекватное удовлетворение потребностей подростком — как раз тот фактор риска, который нельзя не учитывать при построении профилактической программы с несовершеннолетними. Это важно по двум причинам. Во-первых, как известно, наиболее опасный возраст для вхождения в наркогенную среду — подростковый. Именно в этот период происходит первое знакомство с наркотиками. И если человек не пристрастился к наркотикам в 14-18 лет, то, как правило, в последующем молодой человек не начинает употребление наркотических веществ (исключение составляют, пожалуй, те, кто так и не смог адаптироваться в обществе). Во-вторых, первое знакомство с наркотическими веществами находится в прямой связи с подростковыми потребностями. По данным литературы (что подтверждается и собственными исследованиями), подростки называют четыре основные причины употребления наркотиков:

- любопытство;
- желание испытать состояние удовольствия (кайф);
- желание уйти от проблем, переживаний;
- страх быть отвергнутым референтной группой.

В основе этих причин лежат известные всем возрастные потребности, которые и побуждают подростка к определенной активности. И если молодой человек, зная о вреде наркотиков (и в целом адекватно принимая эту информацию), тем не менее прибегает к их использованию, это говорит лишь о том, что в подростковой среде наркотики есть (в отличие от взрослой), а сам подросток не умеет устоять, чтобы их не попробовать. Если же подросток обладает неким «поведенческим инструментарием», он может удовлетворять данные потребности. Любая группа индивидов с высоким уровнем неудовлетворенности значимой для них потребности, закрепленной в фиксированной установке или ценностной ориентации,

представляет группу риска возможной наркотизации. К примеру, заключенные (лишенные многих благ, прежде всего свободы), лица, имеющие какие-то физические дефекты (их несбыточное желание — «быть как все»). Именно этим можно объяснить причину наркотизации людей, которые не смогли реализовать себя, не достигли намеченных самим себе целей или, достигнув этих высот, не смогли удержаться на них, что часто встречается в сфере искусства или спорта

В свою очередь М. Е. Позднякова (2005) в своих исследованиях доказала, что изначальной причиной наркомании является именно неудовлетворенность потребностей и влечений, сочетающаяся с неспособностью удовлетворить их социально приемлемыми средствами. В результате исследований были выявлены потребности, фрустрация которых значимо коррелирует с употреблением наркотиков:

- потребность в достижении, заключающаяся в стремлении улучшить результаты своей деятельности, формируется из двух основных компонентов: стремления к успеху и избеганию неудачи. Такая потребность возникает в результате тревоги, беспокойства, вызываемых страхом неудачи, и поэтому часто компенсируется наркотиком;
- потребность в признании выражается в стремлении добиться высокой оценки со стороны уважаемых людей, референтной группы. Согласно исследованиям, у лиц с высоким уровнем потребности в признании отмечено раннее приобщение к алкоголю и наркотикам (в среднем в возрасте 12–13 лет);
- потребность в общении. Неудовлетворенность этой потребности, особенно в семейном кругу, способствует приобщению к ПАВ. При этом прослеживается связь между выраженностью этой потребности и выбором ПАВ. В исследованиях обнаружено, что у потребителей наркотиков опийной группы стремление к общению значительно ниже, чем у потребителей гашиша или самодельных наркотиков;
- потребность в аффилиации, одним из главных проявлений которой является желание человека уменьшить социальную дистанцию. Исследования показывают, что существует прямая связь аффилиантным поведением и возрастанием тревоги. У подростков с нарушением процесса аффилиации снятие тревожности происходит за счет употребления алкоголя и наркотиков. Таким образом, наркотики и другие ПАВ могут служить средством псевдоудовлетворения разнообразных потребностей.

И все же, по результатам многих исследований, наиболее рельефно на фоне остальных причин наркомании выступает любопытство, оно является одним из ведущих мотивов первых проб ПАВ в подростковом возрасте.

Помимо общего стремления к новой информации фактором риска наркотизации несовершеннолетних нередко является высокая потребность в поиске ощущений. Одним из первых авторов, предложивших методику измерения потребности в поиске впечатлений, побуждающих человека к тому или иному виду деятельности, был американский психолог М. Цукерман. Основой его теории, разработанной в 1960-е годы, явилось положение, что люди различаются по оптимальному уровню стимуляции и возбуждения и эти различия влияют на выбор ими различных форм жизненной активности. В 1979 году М. Цукерман описал общий паттерн поведения, связанный с высокой склонностью к поиску впечатлений, и определил ее как потребность в новых различных впечатлениях и переживаниях и стремлении к физическому и социальному риску ради этих впечатлений. Для измерения отдельных компонентов этой потребности им был предложен тест, который содержит шкалы:

- поиск физического риска, то есть интерес к спорту и другим видам деятельности, связанным с физической опасностью;
- поиск нового опыта, в том числе достигаемого через употребление наркотиков,

бродяжничество и т. п.;

- несоответствие поведения социальным нормам: употребление алкоголя, игра на деньги и т. п.;
- чувствительность к скуке, стремление к новостям, знакомству с новыми людьми, неприятие рутины, скучных занятий.

Исследованиями ряда авторов установлено, что подростки с высокими показателями теста М. Цукермана стремились к экспериментированию с наркотическими веществами с целью повысить уровень возбуждения и получить разнообразные ощущения, которые в момент совершения рискованного поступка ассоциируются ими с чувством нарастающего напряжения, которое в последний момент сменяется разрядкой (Гульдман В. В., Корсун А. М., 1990; Руководство по аддиктологии, 2007; Психология зависимости, 2005; Шипицына Л. М., 2000).

Яркие ощущения — ощущения новизны, удачи и всемогущества — всегда чаще возникают у тех людей, которые склонны к самым разнообразным формам риска. Более того, именно потребность в ярких ощущениях и в новых незнакомых впечатлениях многие психологи считают ведущей потребностью, которая приводит людей к профессиям и увлечениям, связанным с риском для жизни, и авантюрам. Можно сказать, что люди, склонные к риску и азарту, фактически рискуют, чтобы добиться примерно тех же ощущений, которые вызывают у человека искусственные психостимуляторы. Риск, азарт, нахождение на грани жизни и смерти, предельное физическое и психическое напряжение вызывают естественным образом примерно те же химические изменения в деятельности нервного волокна, которые вызывают и кокаин, и амфетамины. Раз это так, значит, потребность в новизне ощущений является достаточно важной и требует особого внимания специалистов, работающих в области профилактики злоупотребления ПАВ.

Рассматривая вопрос об особенностях мотивационной сферы у подростков как одном из факторов наркотизации, нельзя не затронуть проблему расторможенности сферы влечений. Вопрос о собственно расторможенности влечений очень сложен. Однако в профилактической деятельности эта проблема достаточно актуальна, так как при изучении преморбидных особенностей личности несовершеннолетних, больных наркоманиями, исследователями были выделены две основные группы пациентов с упомянутым феноменом:

- расторможение влечений у «гедонических» личностей, то есть у пациентов, основным стимулом поведения у которых в преморбидном периоде было получение «гедонических» переживаний: пищевых, сексуальных и т. п. К прочим наслаждениям такие подростки нередко прибавляют эффект от потребления наркотиков;
- расторможение влечений у пациентов с преморбидно имеющим место психоорганическим синдромом (как правило, резидуального генеза).

В свою очередь А. Ю. Егоров (Егоров А. Ю., Игумнов С. А., 2005) на основе собственного исследования личности наркоманов помимо таких черт, как несформированность высших эмоций, чувства долга, ответственности и сниженного самоконтроля, у лиц со сформированной зависимостью от ПАВ отмечает эмоционально-волевой дисбаланс с расторможенностью влечений, а также гедонистические тенденции, развитие которых она связывает с биологически неполноценной почвой, обусловленной действием перинатальных и постнатальных вредностей.

Для гармоничного «антинаркотического» развития личности важен сформированный уровень мотивации достижений. Одним из наиболее общих алгоритмов наркотизации выступает разрыв между сформировавшимся высоким уровнем притязаний и возможностью их реализации. Чем больше этот разрыв, тем сильнее переживания. Именно желание облегчить свои переживания, хотя бы временно освободиться от них и побуждает к

принятию наркотиков.

В целом же, подводя итоги результатов исследования особенностей мотивационно-потребностной сферы как факторов склонности подростков к употреблению одурманивающих веществ, можно сказать, что основу внутренних побудительных сил составляет действие механизма поиска новых сильных впечатлений на фоне неразвитости сферы потребностей, искажение потребности в саморегуляции внутреннего состояния и блокировка ряда потребностей, направленных на самоактуализацию личности. Следовательно, специалист, взаимодействующий с несовершеннолетними в рамках профилактической деятельности должен учитывать специфику мотивационной сферы и способствовать ее адекватному развитию.

Факторы риска в эмоциональной сфере личности.

Среди психологических особенностей, предрасполагающих к употреблению ПАВ, практически все исследователи независимо от теоретических оснований выделяют нарушения в эмоциональной сфере (Каменская А. И., Радченко А. Ф., 2001; Котляров А. В., 2005; Руководство по аддиктологии, 2007).

Во-первых, это связано с тем, что как первичная реакция организма эмоции обладают высокой чувствительностью к воздействиям окружающей среды, особенно неблагоприятных (например, засилью наркотических пристрастий в окружающем мире), и являются тончайшим индикатором социально-психологического благополучия и дискомфорта (Леонтьев А. Н., 1971). В связи с этим эмоциональная сфера разрушается одной из первых при становлении наркотической зависимости. Во-вторых, существует предположение, что возникновение наркотической зависимости как одной из форм девиантного поведения происходит под влиянием особенностей эмоциональной сферы личности, определяющей в значительной степени поступки и мотивы человека. Так, в частности З. Фрейд утверждал, что вся наша душевная деятельность направлена на то, чтобы получать удовольствие и избегать неудовольствия (Кулаков С. А., 1998; Маршак В. В., 2006). В-третьих, в ряде исследований доказано, что для подростков, употребляющих наркотики, характерны высокий уровень потребности в поисках ощущений и ориентация на узкий спектр переживаний (Гульдман В. В., Корсун А. М., 1990; Руководство по аддиктологии, 2007; Психология зависимости, 2005; Шипицына Л. М., 2000).

Преобладание эмоций обедненной гаммы является одним из наиболее явных факторов риска наркотизации особенно в подростковом возрасте. Как правило, эмоциональные проявления сводятся к архаическим (то есть филогенетически ранним) аффектам. В эмоциональных реакциях преобладают гнев и злоба с двигательным выражением, агрессией или при невозможности последней аутоагрессией (злоупотребление ПАВ является одной из форм аутоагрессивного поведения). У таких подростков очень часто можно заметить следы самопорезов на руках, множественные, поверхностные — на груди. Иногда аффекты выражаются истероидными защитными реакциями. Такие филогенетически ранние аффекты, как страх, тревога, возникают не как проявление расстройства эмоциональной сферы, а реактивно, ситуационно. Примечательна незначительность поводов для провокации этих аффектов.

С другой стороны, некоторые авторы отмечают, что возможная привлекательность наркотических веществ заключается в их антиагрессивном воздействии, то есть наличествует стремление к избеганию агрессивных переживаний. Они пишут о том, что наркоманы, испытавшие в детстве оскорбления и физические наказания, обладают сильным чувством агрессии и садизма по отношению к другим. Употребление наркотиков, в частности опиатов, делают возможным избежание дисфории (злойной тоски), ассоциирующейся с гневом и злостью, позволяя им оставаться спокойными и расслабленными. Однако, уместно, вспомнить, что для организма важны как положительные, так и отрицательные эмоции:

страх, гнев, ярость повышают интенсивность обменных процессов, усиливают сопротивляемость организма перегрузкам, инфекциям и т. д.

Низкая фрустрационная толерантность (однотипный способ реагирования на фрустрации и трудности) также довольно часто отмечается исследователями как особенность, предрасполагающая к злоупотреблению ПАВ (Никишина В. Б., 2006; Личко А. Е., 1985; Ложкин А. И., 2003; Петрова А. Б., 2008).

При значительной выраженности предикторами систематической наркотизации могут стать и тревожно-мнительные черты характера, являющиеся основой так называемой психастении. В данном случае наркотики приобретают коммуникативную и транквилизирующую (вернее, заменяющую ее эйфоризирующую) функции. Чем более выражены тревожно-мнительные черты, тем менее уверенно чувствует себя ребенок (подросток) среди сверстников, тем более он нуждается в психологической поддержке. Не получая ее в должной степени, он нередко прибегает к «химической» поддержке, которую ему охотно предоставляют торговцы наркотиками (Алексеева И. А., Новосельский И. Г., 2006; Шабанов П. Д., Штакельберг О. Ю., 2000; Юлдашев В. Л., 1997).

Депрессии без преувеличения можно назвать самым распространенным в настоящее время психическим расстройством, приводящим к различным нарушениям поведения, в том числе и к употреблению ПАВ. Однако депрессии у подростков и молодых людей реже попадают в поле зрения психиатров в силу их атипичности, стертости клинической картины, маскированности их проявлений поведенческими расстройствами в виде конфликтности, уходов из дома, воровства, употребления ПАВ, ранней беспорядочной сексуальности. N. A. Rosenstock (1985) при проведении психологического анализа 900 подростков, лечившихся в подростковом центре Хьюстона с 1979 по 1982 год, отмечает нарастание депрессий как диагноза с 27,5 до 29,6%, а наркоманий — с 6,8 до 8,8%. Автор перечисляет наиболее частые симптомы депрессий у подростков: подавленность, снижение успеваемости, школьные проблемы, семейные проблемы во взаимоотношениях с родителями, братьями, сестрами, озлобленное разрушительное поведение (умышленная порча предметов, вандализм), побеги излома, суицидальные идеи, прием наркотиков. О коморбидности депрессий и аддиктивного поведения у подростков и юношей писали многие исследователи. Л. М. Шипицына (Факторы риска и защиты в профилактике злоупотребления психоактивными веществами у несовершеннолетних, 2004) выделяет «маски» атипичных юношеских аффективных синдромов в форме патохарактерологических расстройств, таких как расстройства влечений (дипсомания, наркомания, токсикомания), антисоциальное поведение (импульсивность, конфликтность, вспышки агрессии). Е. М. Вроно (1997) упоминает о высокой выраженности при депрессиях в юношеском возрасте психопатоподобных проявлений с конфликтностью, грубостью, оппозиции к родным, злоупотреблению алкоголем и лекарственными препаратами, в формировании которых принимают участие наряду с аффективными и такие кризовые проявления, как стремление к самостоятельности, игнорирование авторитетов, неравномерность и противоречивость созревающих влечений. R. Durst, P. Rebaudendo-Rosca указывают на то, что частое у детей и подростков гиперактивное поведение с дефицитом внимания может быть коморбидно вторичными депрессиями и тенденции к употреблению алкоголя и ПАВ, поскольку создает адаптационные трудности, провоцирует академические неуспехи, которые подростки пытаются преодолеть, прибегая к ПАВ (Durst R., Rebaudendo-Rosca P., 1997). M. C. Mouren-Simeoni, M. P. Bouvard наблюдали депрессивные расстройства у 2% детей и 10% подростков. При этом существуют половые различия в возрасте их возникновения. Мальчики чаще страдают депрессиями в препубертатном, девочки в постпубертатном периоде. Авторы подчеркивают, что депрессии в препубертатном периоде проявляют себя зачастую психомоторным возбуждением, соматическими жалобами и часто являются взаимосвязаны с тревогой и различными страхами. Авторы также выделяют такие

проявления депрессии у подростков, как низкая самооценка, подавленность настроения, колебания веса, наркотизация и алкоголизация, сосуществующие с тревожными и поведенческими расстройствами, суицидальным поведением (Mouren-Simeoni M. C., Bouvard M. P., 1992).

Помимо депрессивных расстройств специалисты в области медицины, физиологии и психологии считают длительное пребывание в стрессовых ситуациях одной из причин многих физических заболеваний и психических расстройств, а также фактором, способствующим употреблению алкоголя и наркотиков. Часто встречается развитие наркозависимости у лиц, находящихся в постоянном стрессовом состоянии (Giancola P. R., Parker A. M., 2001). Постоянное пребывание в стрессовом состоянии приводит к поведенческо-эмоциональным проблемам, проблемам межличностных отношений, академическим задолжностям, нарушениям соматического здоровья, суицидальному поведению, употреблению наркотиков с повышенным риском развития зависимости. Анализ зарубежных статистических данных о распространенности психоневрологических заболеваний и алкоголизма, наркомании в различных этнических группах позволили Н. Ю. Максимовой (2000) сделать вывод о том, что люди, столкнувшись с невозможностью изменить свое отрицательное эмоциональное состояние продуктивным путем и не имеющие эффективных способов психологической защиты, оказываются перед выбором: невроз или употребление психотропных веществ. Аналогичные гипотезы о механизме формирования наркомании приводятся и в других работах. Высказанные предположения подтверждают результаты работ зарубежных исследователей. Интенсивность употребления наркотиков отрицательно коррелировала с психосоциальной компетентностью и позитивно — с наличием проблем. Полученные в работе данные свидетельствуют, что наличие в жизни детей проконтролированных стрессовых ситуаций увеличивает риск потребления ПАВ (Психология зависимости, 2005; Jessor R., Jessor S. L., 1997; Michaux L., Gallot H. M. et al., 1950; Michaux L., Gallot H. M. et al., 1965; Preventing and controlling drug abuse, 1990).

К психологическим факторам риска наркотизации в подростковом возрасте можно отнести и привлекательность возникающих ощущений и переживаний, иными словами, гедонистическая установка по отношению к ожидаемым эмоциональным переживаниям (Беличева С. А., 1994; Руководство по аддиктологии, 2007; Психология зависимости, 2005). Данную функцию можно объяснить «принципом удовольствия» З. Фрейда, который утверждал, что вся наша душевная деятельность направлена на то, чтобы получать удовольствие и избегать неудовольствия. В целом стоит отметить, что многие авторы проводят прямые параллели между эмоциями и гедонизмом, гедонизмом и наркоманией. Так, Д. В. Колесов (1991) говорит о том, что бесспорная ориентация живого в направлении от неприятного к приятному является механизмом его развития. Д. В. Колесов (1991) отмечает, что в эволюционном плане эмоции возникли путем ассоциации гедонистического начала с механизмами памяти и мышления. Причем он проводит параллель между эволюционным происхождением эмоций и развитием зависимости от наркотических веществ.

Также причиной приобщения подростков к наркотическим веществам может стать стремление избегать нежелательных эмоциональных состояний и скуки. Так, Э. Фромм, называя скуку «страшной мукой», отмечал, что многие люди умудряются найти ей компенсацию, сознательно стремясь в суете сует утопить свою тоску. Восемь часов в сутки они заняты тем, чтобы заработать себе на жизнь. Когда же после окончания работы возникает угроза осознания своей скуки, они находят десятки способов, чтобы этого не допустить: это алкоголь, телеэкран, автомобиль, вечеринки, секс и даже наркотики. Рассуждая по поводу смысла жизни, Э. Фромм говорит о том, что сегодня одна из главных целей человека состоит в том, чтобы убежать от собственной скуки путем эмоционального насыщения. Именно подростки при слабо сформированной эмоциональной сфере их личности, больше всех

подвержены переживанию скуки, особенно в настоящее время, когда практически нет мест, куда они могли бы пойти в свободное время и заняться интересным для них и социально полезным делом. Молодым людям просто нечего делать после школы и в первую очередь они нуждаются во внешнем регуляторе. В результате некоторые из них начинают участвовать в рискованных затеях: занимаются «опасным» сексом, иногда с несколькими партнерами, употребляют наркотики, «гоняют» на автомобилях и т. д.

Следующей особенностью эмоциональной сферы, провоцирующей знакомство с ПАВ, является несформированность чувства привязанности, как и нравственных чувств, что приводит к отсутствию эмоционального сосредоточения на конкретном человеке. Нередко это проявляется в непостоянных, без выбора сексуальных связях. Раннее начало половой жизни говорит о слабом чувственном контроле, а незрелости эмоциональной сферы соответствует недостаточная дифференциация сексуальных влечений (нередок гомосексуализм). В этой связи может быть неслучайной потребность в искусственной стимуляции одурманивающими средствами.

В настоящее время многие исследователи эмоциональной сферы личности особое внимание стараются уделить такому явлению, как алекситимия (недостаточность осознания собственных эмоций и неспособность выразить их вербально).

В целом, рассматривая эмоциональную сферу важно помнить, что быстрая смена настроения, вызываемая иногда незначительным внешним фактором, неустойчивость эмоциональной реакции, повышенная чувствительность, преувеличение негативных позиций и минимизация позитивных характерны для большинства детей в подростковом возрасте. Однако специалисту, работающему с подростками, важно следить не столько за модальностью проявляемых эмоциональных реакций, сколько за их интенсивностью и ситуативной уместности.

И вместе с тем важно помнить, что нарушения в эмоциональной сфере подростков являются существенным фактором возможной наркотизации. Поэтому чрезвычайно важна своевременная коррекция дефектов эмоциональной сферы у подростков. К примеру, для коррекции дефицита восприятия эмоций и повышенного уровня экспрессии гнева применяется индивидуальный тренинг эмоционально-импрессивных и эмоционально-экспрессивных навыков: составление и разгадывание психологических портретов близких людей, описание собственного эмоционального состояния в различных эмоциогенных ситуациях, тренинг контроля эмоций с помощью различных когнитивных приемов, релаксации, аутотренинга. А для повышения уровня положительных и снижения отрицательных эмоций нередко используется тренинг, направленный на повышение мотивации достижения уровня притязаний и навыков общения.

Факт оры риска в характ ерологической сфере личност и.

На сегодняшний день ни одна из сфер личности не описана так глубоко и так тщательно, как сфера характера. Исследования А. Е. Личко, В. С. Битенского, П. Б. Ганнушкина, А. Ю. Егорова и др. доказывают, что одним из определяющих факторов риска наркотизации в подростковом возрасте являются акцентуации характера (крайние границы нормы проявления отдельных личностных черт) и психопатии (тотальные изменения личностных свойств), в рамках которых часто возникают обусловленные нарушениями адаптации и социального функционирования депрессивные фазы и реакции. Среди госпитализированных по поводу наркоманий подростков в нашей стране в 1970-х годах в 2/3 случаев была диагностирована психопатия, и лишь оставшаяся 1/3 оценена как акцентуации характера, то есть варианты нормы (Битенский В. С., Херсонский Б. Г., 1989; Битенский В. С., Херсонский Б. Г., Дворяк С. В., Глушков В. А., 1989; Личко А. Е., 1985).

Неуст ойчивый тип акцентуации характера и психопатии оказался наиболее предрасполагающим к аддиктивному поведению. Еще Е. Краепелин (1915) назвал

представителей этого типа «безвольными» из-за неспособности к систематическому труду, к достижениям, требующим настойчивости и упорства. Неустойчивые подростки бегут от учебы и труда как от непосильных для них психологических нагрузок. Только в безделье они чувствуют относительный комфорт. Но, не будучи в силах сами чем-нибудь занять себя, они постоянно нуждаются в определенной стимуляции со стороны, в частности в притоке развлекающей информации. Однако поступающая информация должна быть простой и легкой, не требовать интеллектуального напряжения для восприятия.

Жажда легких развлечений и наслаждения — гедонистическая установка — становится неотъемлемой чертой их характера. Социально приемлемые способы развлечений, которым они поначалу могут отдаваться без удержу, скоро приедаются. Возникает тяготение к новым, необычным, более острым переживаниям. Подходящую «духовную пищу» лучше всего поставляет уличная компания сверстников (территориальные группы). В ней же происходит знакомство с алкоголем и другими дурманящими средствами.

Вслед за неустойчивым типом психопатии и акцентуации характера в отношении риска аддиктивного поведения следуют эпилептоидный, гипертимный и истероидный типы. Но этот риск особенно возрастает, когда все эти типы оказываются смешанными, в частности «амальгамными», то есть когда на соответствующее конституциональное ядро наслаиваются черты неустойчивого типа.

Независимо от типа акцентуации характера или психопатии со склонностью к аддиктивному поведению коррелирует ряд признаков, определяемых с помощью патохарактерологического диагностического опросника (ПДО) для подростков. В числе этих признаков — высокие показатели психологической склонности к делинквентности, реакции эмансипации, а также эпилептоидности, истероидности, эмоциональной лабильности.

В целом, по результатам исследования А. Е. Личко и В. С. Битенского, каждому типу акцентуаций характера и психопатий в подростковом возрасте оказались присущи определенные отличия аддиктивного поведения (Битенский В. С., Херсонский Б. Г., 1989; Битенский В. С., Херсонский Б. Г., Дворяк С. В., Глушков В. А., 1989; Личко А. Е., 1985; Личко А. Е., 1999).

Итак, *неустойчивый тип акцентуации характера и психопатия*, как указывалось выше, отличаются самым высоким риском аддиктивного поведения. Уличные компании (территориальные группы) с детства для них становятся излюбленным местом времяпрепровождения. Еще в младшем подростковом возрасте в этих компаниях они приобщаются к алкоголю и нередко к другим дурманящим средствам, не обнаруживая какой-либо особой предпочтительности. Чаще употребляется просто то, что легче всего раздобыть в данном регионе. Избегают обычно только стимуляторов — высокая активность, возросшая стеничность им не по нутру.

Высокий риск начала злоупотребления вовсе не сочетается у неустойчивых подростков с быстрым формированием зависимости. Ее становление при алкоголизации, например, происходит очень постепенно. Отчетливо прослеживается продолжительный период групповой психической зависимости, прежде чем выявляется индивидуальная. Физическую зависимость удастся видеть лишь после нескольких лет регулярного злоупотребления алкоголем. Зато социальная дезадаптация обычно начинается с самого начала аддиктивного поведения, а нередко ему предшествует.

Гипертимные подростки отличаются слабой устойчивостью к влиянию компаний в отношении соблазна злоупотребления алкоголем, наркотиками и другими дурманящими веществами. Алкоголь вызывает у них выраженную эйфорию. Гашиш бывает привлекателен как средство, способствующее групповой коммуникации, сплочению группы, совместному переживанию необычных ощущений («сигарета по кругу»). Этот же мотив может сделать заманчивым в младшем подростковом возрасте злоупотребление ингалянтами, особенно

содержащими эфир и ацетон (пятновыводители, некоторые сорта клея). К внутривенным вливаниям опиатов гипертимы менее расположены. Опиный «кайф» в бездеятельном одиночестве представляется для них не столь уж соблазнительным. Зато стимуляторы, приводящие к гипоманиакальному состоянию, побуждающие к неустанной и безудержной активности, могут оказаться весьма созвучными гипертимной натуре. Транквилизаторы мало привлекают гипертимов. Расслабленность и сонливость им ни к чему, релаксаций они обычно вовсе не ищут. Главной отличительной чертой подростков гипертимного типа является возможность длительного злоупотребления без развития зависимости (Ганнушкин П. Б., 2007; Леонгард К., 2000; Личко А. Е., 1999). Это относится как к алкоголю, так и другим дурманящим веществам. Возможно, что присущие гипертимам высокий биологический тонус, постоянное стремление к деятельности, живой интерес ко всему, что происходит вокруг, наличие заманчивых планов на будущее препятствуют быстрому развитию индивидуальной психической зависимости (групповая зависимость может возникнуть довольно легко). Зато у представителей гипертимного типа нередко бывает отчетливо выражен «первичный поисковый полинаркотизм» — желание перепробовать на себе действие самых разных веществ.

Циклоидные подростки в гипертимной фазе ведут себя соответственно в отношении и алкогольной, и других интоксикаций. Но когда кончается подобная фаза, то обычно прекращается и злоупотребление. В субдепрессивной фазе может появиться желание поднять настроение. Но попытки сделать это с помощью алкоголя или стимуляторов чаще всего не дают ожидаемого эффекта. Алкогольное опьянение может даже усугублять депрессию. Стимуляторы способны вызвать внутреннее беспокойство и тревогу. Зато транквилизаторы несколько улучшают настроение, вселяют в душу успокоение, позволяют отключиться от случившихся неурядиц, «не переживать». Во время субдепрессивной фазы к какому-либо транквилизатору циклоиды могут даже пристраститься, но когда минует эта фаза, легко прекращают их принимать, особенно если вслед за субдепрессивным состоянием развивается гипертимная фаза.

Лабильный тип акцентуации характера и аффективно-лабильная психопатия сами по себе мало благоприятствуют аддиктивному поведению. Вовлечение в алкоголизацию или одурманивание другими средствами, вероятно, более всего связано с влиянием той компании сверстников, в которой такой подросток ищет эмоциональную поддержку. По нашим данным, чаще всего средством злоупотребления оказываются ингалянты в младшем и среднем подростковом возрасте. Эйфоризирующее действие этих веществ и их способность содействовать фантазированию могут послужить дополнительными факторами, усиливающими привлекательность ингалянтов для эмоционально-лабильных подростков.

Астено-невротический тип акцентуации характера у подростков в обычных условиях не предрасполагает к аддиктивному поведению. Однако в некоторых условиях, например на Крайнем Севере, когда полярная зима с круглосуточной ночью и неизбежным световым голодом сменяется солнечной весной, может обнаруживаться тяготение именно к злоупотреблению транквилизаторами.

Сенситивный и психастенический типы акцентуации характера и психопатии отличаются даже повышенной устойчивостью в отношении соблазна алкоголизации, наркотизации и употребления иных токсических средств. Аддиктивное поведение, как и делинквентность, в подростковом возрасте им не присущи. Сенситивные подростки характеризуются робостью и стеснительностью, что затрудняет контакты со сверстниками, особенно с компаниями. Им присуща также большая впечатлительность. Для них тягостны сильные раздражители, «бьющие по нервам». К тому же они обычно постоянно озабочены тем, как бы не предстать в глазах окружающих в неприглядном виде. Они страшатся вызвать насмешки. В этом отношении они чувствительны к мнению не только сверстников, но и

старших. Видимо, эти особенности удерживают их и от алкоголизации, и от злоупотребления другими дурманящими веществами. Присущий чувствительным подросткам комплекс неполноценности, заниженная самооценка и основывающаяся на них обычно выраженная реакция гиперкомпенсации (желание преуспеть именно в той области, где чувствуют себя не на высоте, а не искать компенсации в какой-либо другой сфере деятельности) не влекут за собой аддиктивного поведения. Это поведение не способно сыграть роль гиперкомпенсирующего фактора в отношении застенчивости, робости, трудности контактов у чувствительных подростков. Попытки «побороть себя» с помощью алкоголя обычно не приводят к желаемому результату, и эти попытки быстро оставляют.

Психастенический тип со свойственной ему тревожной мнительностью в отношении будущего («как бы чего не случилось») может способствовать употреблению транквилизаторов при надвигающихся стрессовых ситуациях, особенно тех, которые становятся психологической нагрузкой на чувство ответственности (например, экзамены, контрольные во время учебы, разного рода конкурсы и соревнования). Может даже возникнуть своеобразная ситуационная зависимость — потребность в транквилизаторе именно в предвкушении подобных ситуаций. Но этим употребление и ограничивается. Настоящей психической зависимости обычно не развивается.

Шизоидная акцентуация характера и психопатия являются фактором риска в отношении некоторых форм аддиктивного поведения. Шизоиды могут обнаружить склонность к препаратам опия и гашишу. Опиный «кайф» с его ленивым покоем, уединением, грезоподобными мечтами, видимо, может оказаться особенно созвучным шизоидному характеру. Если шизоиды начинают злоупотреблять опиумом, то легко соглашаются на внутривенные вливания, и у них сравнительно быстро может формироваться психическая, а затем и физическая зависимость. В младшем подростковом возрасте для стимуляции фантазий, которым шизоиды любят предаваться, могут использоваться ингалянты, но именно те, которые способствуют визуализации представлений и онейроидным переживаниям, то есть содержащие эфир или ацетон пятновыводители и некоторые сорта клея. В старшем подростковом возрасте подростки шизоидного типа нередко тяготеют к группам хиппи, к кружкам и компаниям, увлеченным восточной философией, оккультизмом, парапсихологией и т. п. В этих группировках среди старших по возрасту они могут приобщаться к курению гашиша, а затем продолжать его в одиночку. Во время гашишного опьянения они нередко рисуют, пишут стихи, сочиняют трактаты и т. п. Гашиш на них часто производит впечатление средства, стимулирующего творческие способности. Курение в одиночку обычно приводит к индивидуальной психической зависимости — начинают курить по несколько раз в день. Алкоголь для шизоидных подростков может играть роль коммуникативного допинга (Личко А. Е., 1985). Небольшое количество напитков, чаще крепких, употребляют перед ситуацией, когда возникает необходимость активного общения со сверстниками: перед тем как пойти в компанию, перед выступлениями и т. п. Может даже возникнуть ситуационная психическая зависимость, близкая по механизмам к obsessиям. Без подобного предварительного допинга общение представляется совершенно невозможным.

Эпилептоидная акцентуация характера и психопатия того же типа несколько отличаются друг от друга по аддиктивному поведению. При акцентуациях может встречаться гиперсоциальность. В таких случаях ко всем дурманящим средствам может быть подчеркнуто негативное отношение, достигающее даже воинствующей борьбы со злоупотреблениями. Но оно часто не распространяется на алкоголь, если только подросток не воспитывался в окружении фанатичных трезвенников. К наркотикам относятся же крайне неприязненно, больше всего из опасения повредить здоровью. Однако к дурманящим средствам, о которых в подростковой среде бытует представление, что «от этого наркоманом

не станешь», подобной устойчивости может не быть. Поэтому в младшем подростковом возрасте эпилептоидные подростки проявляют интерес к ингалянтам, особенно к бензину. Эпилептоиды вообще тянутся к тому, что «сильно бьет по мозгам». Спиртные напитки они предпочитают крепкие и в больших дозах. Любят напиваться «до отруба», то есть до состояния, о котором потом ничего вспомнить не могут. При эпилептоидной психопатии, а также в тех случаях эпилептоидной акцентуации, когда подросток воспитывается в асоциальных условиях и на эпилептоидное ядро нередко наслаиваются черты неустойчивости, никаких преград к аддиктивному поведению может не быть. Тогда к алкоголю, наркотикам и другим дурманящим средствам приобщаются легко. В итоге предметом злоупотребления могут стать не только алкоголь, но и опиаты, и гашиш, и транквилизаторы в больших оглушающих дозах, и галлюциногены. Но менее других привлекательными обычно оказываются стимуляторы, возможно, в связи с тем, что они способны провоцировать у эпилептоидов состояния, весьма напоминающие дисфорию и возможность «разрядиться». Если же эпилептоидный подросток начинает чем-то злоупотреблять, то влечение к данному веществу, будь то алкоголь или наркотик, пробуждается быстро и отличается значительной силой. Именно подобные случаи легли в основу представлений о злокачественности подросткового алкоголизма — о стремительно быстром формировании психической и физической зависимости с компульсивным влечением. Эпилептоидному типу свойственны сильные инстинкты и влечения. Возможно, именно поэтому пробудившееся влечение к какому-либо дурманящему средству быстро набирает силу и может становиться компульсивным. К сказанному следует добавить, что эпилептоидные черты могут нередко развиваться как следствие злоупотребления некоторыми дурманящими веществами, например ингалянтами и даже гашишем. Речь здесь идет не об изначальной, конституциональной эпилептоидности, а об экзогенной психопатизации по эпилептоидному типу.

Ист ероидные подрост ки обнаруживают особую склонность к стимуляторам. Вероятно, эти средства помогают им «казаться больше, чем они есть на самом деле». Стимуляторы не просто повышают у них активность, но, видимо, дают те ощущения, которых истероиду подсознательно не хватает: вселяют уверенность в себе, в своих силах и способностях, облегчают вожацкое лидерство среди сверстников, пробуждают самоуверенность и бесстрашие. Достаточно привлекательными для истероидов могут оказаться и алкоголь, и опиаты, и транквилизаторы, и гашиш. Меньшая склонность обнаруживается к галлюциногенам и еще меньшая — к ингалянтам. Причины такого предпочтения не вполне ясны. Возможно, что галлюциногены и ингалянты не открывают больших возможностей покрасоваться среди значимого окружения, пробудить к себе особый интерес. Отличительными чертами истероидов являются, как известно, претенциозность и желание постоянно быть центром внимания окружения. В алкоголизирующей компании истероидный подросток стремится показать свою выносливость к алкоголю, жаждет «всех перепить». В рассказах об употреблении наркотиков они склонны преувеличивать дозы, расписывать свою «наркотическую карьеру», говорят о пробах веществ, о которых только слышали или читали, но явно не могли заполучить (например, ЛСД). Детальный расспрос обычно выявляет поверхностность знаний и отсутствие собственного опыта.

Таким образом, наличие той или иной акцентуации характера в подростковом возрасте повышает риск приобщения к злоупотреблению ПАВ. Однако в настоящее время в зарубежной и отечественной превентивной наркологии и педагогике все большее распространение получает мнение, что «предрасположение к зависимости кроется не в конкретном спектре акцентуаций характера и психопатий, но в отдельных „слабых звеньях“ личностной структуры».

При анализе аддикций у подростков необходимо учитывать акцентуацию личности (в

детском возрасте возможно говорить только о предрасположенности к какому-либо виду акцентуации).

Акцентуация — чрезмерная выраженность отдельных черт характера. Акцентуированные черты не так многочисленны, как вариативные. Можно сказать, что это отдельные выделенные черты характера, находящиеся на грани между нормой и патологией, иначе, черты характера, которые вследствие своей интенсивности уже вышли за пределы нормы, но еще не достигли уровня патологии. Акцентуации, как правило, проявляются в подростковом возрасте и сглаживаются по мере взросления.

В зависимости от степени выраженности возможно выделить скрытые и явные акцентуации. Кроме того, акцентуации могут меняться под воздействием ряда факторов: специфика социального окружения, стиль семейного воспитания, состояние здоровья, профессиональная и учебная деятельность. При попадании индивида в длительные стрессогенные ситуации на базе акцентуаций могут возникать сложные аффективные реакции и психологические расстройства, например неврозы.

Необходимо отличать акцентуации, являющиеся крайними вариантами нормы и не относящиеся к заболеванию, от психопатологии.

Критерии, различающие психопатию от акцентуаций:

- акцентуация ярко проявляется только в подростковом возрасте, психопатия — в течение всей жизни;
- акцентуация проявляется как особенность характера только при определенных обстоятельствах; психопатия проявляется независимо от ситуации;
- при акцентуации редко возникает социальная дезадаптация и даже в случае возникновения вероятен возврат к норме, при психопатии — чаще социальная дезадаптация;
- при акцентуации нарушения поведения декомпенсации возникают как ответ на строго определенный тип психотравмирующей ситуации, при психопатии — при любых ситуациях, а иногда и без видимых причин.

Возможно существование смешанных типов акцентуаций, например: гипертимно-циклоидный, лабильно-сенситивный, астено-истероидный. Личко, например, выделяет 20 вариантов таких смешанных типов.

При каждом типе акцентуации имеются свои, свойственные только данному типу, «слабые места». Рассмотрим их.

Гипертимный тип.

Характерологические проявления. В детстве склонны к озорству, шалостям. Внимание неустойчивое. В школе учатся неровно. В подростковом возрасте склонны к группированию. В группе занимают позицию лидера. Но их часто меняют, вместе с увлечениями. Слабое место — дисциплина. Асоциальны, так как любят риск и удовольствия. Как правило, нет близких друзей, но много приятелей. Более раннее сексуальное созревание по сравнению с другими типами. Много сексуальных связей. Но они непрочны. В случаях дезадаптации легко корректируются, если вовремя обращают внимание. Взрослые легко адаптируются, адекватны. Приятны в общении. Низкая предрасположенность к психическим заболеваниям.

Стрессовые факторы. Все попытки ввести в строго регламентированный режим ограничения активности, вынуждение заниматься неприятным делом.

Проявления. Побег, нарушения поведения.

Взаимодействие. Стиль взаимодействия с ними — мягкий, но настойчивый контроль. В подростковом возрасте рекомендуется вовлечение в социальные группы (предпочтительно спортивные секции). Необходимо формировать умение объективно оценивать свои возможности.

Шизоидный тип.

Характерологические проявления. Как правило, отличаются высоким интеллектом. Никогда не бывает нарушений сознания. Спокойны, скрытны. Эстеты. Легкоранимы, но по отношению к другим отличаются черствостью. Предпочитают индивидуальные занятия. В детстве любят играть одни, групповые игры «не понимают». В подростковом возрасте черты заостряются. Отличаются большой скрытностью, но могут малознакомому человеку рассказать о себе практически все, если знают, что никогда больше его не увидят. Став взрослыми, могут достигать больших социальных высот, если найдут более практичного в земных делах покровителя.

Стрессовые факторы. Ситуации, в которых нарушаются их границы (их личные вещи, дневники, мысли, ставшие достоянием посторонних). Возможны очень бурные реакции, вследствие которых их могут принимать за истериков.

Взаимодействие. Индивидуальные поручения интеллектуального характера, когда они должны отвечать только за самих себя. Вследствие их эстетизма можно привлекать к самодеятельным концертам, театральным постановкам.

Застревающий, ригидный тип.

Характерологические проявления. Основная черта данного типа акцентуации — чрезмерная стойкость душевного волнения, страсти в сочетании со склонностью к формированию сверхценных идей. В подростковом возрасте повышаются характерные для них с детства подозрительность, обидчивость, стойкость к отрицательным переживаниям. Когда достигают взрослости, неприятие чужого мнения и, как следствие, конфликтность могут несколько сглаживаться, но стремление к доминированию над другими остается на всю жизнь. Аккуратны, целеустремленны, самолюбивы, прилагают значительные волевые усилия в достижении поставленных целей, стремятся к авторитету и власти.

Стрессовые факторы. Ситуации, в которых ставятся под сомнение их компетентность и авторитет.

Взаимодействие. Контроль, поощрения, разовые поручения, направленность которых должна меняться (например, нарисовать стенгазету, выступить на концерте), а выполнение строго контролироваться.

Сенситивный тип.

Характерологические проявления. С детства проявляют пугливость, боязливость, особенно боятся некоторых животных. Чрезмерно привязаны к близким. Любят компанию, но боязнь быть обиженными толкает их на дружбу с младшими. В подростковом возрасте проявляют высокое чувство ответственности, требовательности к себе. В морально-этическом плане рано становятся зрелыми личностями. Не склонны к группированию. Реакции эмансипации проявляются во внешней бравате, «жестах» (чаще в отношении близкого круга). Взрослые склонны к неврастению, поскольку ставят себе очень высокую планку, которая часто превышает их реальные возможности.

Стрессовые факторы. Несправедливые обвинения, недоброжелательство окружающих приводят к глубокой депрессии.

Взаимодействие. Создание ситуации прогнозируемости и психологического комфорта.

Педантичный тип.

Характерологические проявления. С детства им свойственны инертность психических процессов, негибкость мышления и поведения. В подростковом возрасте предъявляют высокие требования к себе и окружающим, к качеству работы, способности держать слово. Часто страдают под бременем ответственности. Всегда сомневаются, мнительны, подозрительны, озабочены собственным здоровьем. Обычно неразговорчивы, тихи, легко смущаются и краснеют, долго переживают неудачу. Уважают логику, рационализм,

систематизацию в ущерб интуиции, чувствам. Любят анализировать свои мысли, чувства и поступки, что порой приводит к неадекватному восприятию реальности, мешает устанавливать теплые отношения с противоположным полом. Склонны к ипохондрии (чрезмерному вниманию к своему здоровью, страху перед неизлечимыми болезнями). Характерны подчинение нормам, требованиям, боязнь нового. Моралисты, трудно меняют свои привязанности. Со сменой окружения меняются и их взгляды («быть как все»). Став взрослыми, практически не меняются.

Ст рессовые факт оры. Если попадают в делинквентную среду. Необходимость изменить жизненные стереотипы может привести к депрессивным состояниям.

Взаимодейст вие. Контроль, принадлежность к социально одобряемым группам (кружки, секции). Акцентуацию педантичности «нормализует» занятие искусством, вызывающим эмоциональный отклик и многозначность восприятия.

Астено-невротический тип.

Характ ерологические проявления. Основные черты — склонность к отрицательным эмоциям, страхам, повышенная робость и пугливость, высокий уровень тревожности. Видны с раннего детства: наблюдаются невропатии — капризность, плаксивость, быстрая истощаемость, пугливость, робость, застенчивость, страхи. Возможны энурез и заикание. В подростковом возрасте эти черты заостряются. На первое место выходят повышенный уровень утомляемости, раздражительность, склонность к ипохондрии и формированию страхов, связанных со здоровьем. Возможны состояния аффекта с последующим раскаянием. Не склонны к группированию. Увлечения интеллектуального характера. Более позднее сексуальное созревание. Реакции эмансипации проходят на близких людях. У взрослых остается склонность к невротическим расстройствам с элементами навязчивости. Долго сохраняют молодежавый вид.

Ст рессовые факт оры. Ситуации повышенной ответственности, требования высоких результатов, ожидания близких, воспринимаемые ими как чрезмерные (престижная школа), приводят к развитию ипохондрии, неврозов.

Взаимодейст вие. Интеллектуальные занятия, не вызывающие ситуаций сравнения и жестких требований.

Циклотимический тип.

Характ ерологические проявления. Данным людям соответствует смена гипертимногого и дистимического типов поведения и переживания: чередование фаз хорошего и плохого настроения с различным периодом. В детстве никаких отличительных особенностей не проявляется. В первой, пубертатной, фазе наблюдается снижение настроения, затем прибавляется смена фаз настроения — от повышенной к пониженной. При снижении настроения не жалуются на плохое настроение, но говорят, что им скучно. Нет расстройств сна, но говорят, что не выспались, плохо спали, встали «разбитыми». По утрам более оживлены, чем вечером. К вечеру снижается работоспособность, трудно сосредоточивают внимание. Реакции зависят от состояния фазы: то тянутся в компанию, то уединяются. Склонны к развитию невротических состояний. Очень обидчивы, ранимы. Воспринимают окружающий мир, как правило, в серых тонах. Способны обвинять себя, создавая условия к суициду. У взрослых черты или сглаживаются, способствуя хорошей адаптации, или нарастают, создавая почву для снижения настроения.

Ст рессовые факт оры. Ситуации, воспринимаемые как угроза самоуважению.

Взаимодейст вие. Спортивные секции, особенно плавание. При общении акцент на положительные моменты.

Истероидный тип.

Характ ерологические проявления. Выраженная тенденция к вытеснению из сознания неприятных фактов и событий, собственных ошибок и недостатков, что проявляется в

лживости, фантазировании, притворстве. Характерны также авантюристичность, тщеславие. При неудовлетворенной потребности в признании может происходить «бегство в болезнь». Проявляется в раннем детстве в виде страстного желания быть в центре внимания (участвуют в художественной самодеятельности), хорошо адаптируются. В подростковом возрасте желание быть в центре внимания усиливается, что может найти выражение в асоциальном поведении. Поскольку не умеют занять себя сами, выражено стремление к группированию, но в компаниях не задерживаются. Обеспокоены своим внешним видом и здоровьем. Больше говорят, чем делают. Характерна поверхностность как чувств, так и мышления. Теплых чувств, любви, как правило, не испытывают вследствие крайней эгоистичности своей натуры. Носят яркие одежды, часто меняют увлечения. Сомнения в собственных способностях и своей исключительности могут спровоцировать истерический психоз. Реакции эмансипации всегда публичны. Чаще перед окружающими, а не в семье. У взрослых черты сглаживаются, что способствует социальной адаптации. Но в случаях когда значимая ситуация для них принимает негативный исход, возможно возникновение психозов, «впадение в детство», «уход» в иллюзии и фантазии. На протяжении всей жизни сохраняются низкие морально-этические нормы.

Ст рессовые факт оры. Игнорирование со стороны взрослых и сверстников. Идут на самооговоры, демонстративные побеги из дома. Цель — любой ценой привлечь внимание.

Взаимодейст вие. Театральные кружки, художественная самодеятельность, руководящие «посты» под негласным контролем взрослых. Развитие саморефлексии.

Неустойчивый тип.

Характ ерологические проявления. Таким людям свойственны повышенная импульсивность, ослабление контроля над влечениями и побуждениями. Раздражительны, постоянно избегают трудностей, часто впадают в гнев и ярость. Угрюмы на вид, в разговоре обсуждают только то, что лежит на поверхности, отвечают скупой. Склонны к эпилепсии, которая проявляется в злобно-тоскливом настроении, вязкости мышления, конфликтности. Самый распространенный тип среди различных вариантов людей с асоциальным поведением. Непостоянство всего: увлечений, настроения. Склонность к группированию. Высокий уровень подвижности. В подростковом периоде затягивается процесс социализации. Подростки с данной акцентуацией — основа (масса) всех группировок. Основное увлечение — получение информации, которая не требует осмысления. Собственных убеждений нет, поэтому легко поддаются влиянию. Склонность к бродяжничеству. Стремятся к удовольствиям «здесь и сейчас» и без каких-либо затрат (духовных, эмоциональных, материальных) с их стороны. Употребляют алкоголь и наркотики для получения удовольствия. Рано развивается половая сфера. Взаимоотношения непрочные, неглубокие. Трусливы.

Ст рессовые факт оры. Безнадзорность приводит к бродяжничеству, прогулам.

Взаимодейст вие. Контроль, требовательность, «ежовые рукавицы» ведут к упорядочиванию их жизни.

Дистимический тип.

Характ ерологические проявления. Данный тип противоположен гипертимному, характеризуется пониженным настроением, фиксацией на мрачных сторонах жизни, идеомоторной заторможенностью, склонностью к депрессиям. Проявления депрессии: «уход в себя», склонность к аутоагрессии, в частности суициду, драки. Часто в состоянии сниженного настроения ищут объект, чтобы «разрядиться». С трудом уживаются в детском коллективе. Работу любят выполнять в одиночку. В подростковом возрасте все черты заостряются. Злобны. Истеричны. Плохое настроение может держаться до двух дней. Провоцируют драки, скандалы. Склонность к алкоголю, наркотикам, но поскольку, по сути, ипохондрики, то наркоманами, как правило, не становятся. У взрослых черты смягчаются.

Остаются педантизм, консерватизм, тугоподвижность интеллектуальных процессов.

Ст рессовые факт оры. Необходимость общаться с группой, «быть на виду», все виды деятельности, заставляющие проявлять повышенный уровень активности, смена обстановки, появление в семье второго ребенка, ревность.

Взаимодейст вие. Индивидуальные поручения постоянного характера, не требующие общения с группой.

Аффективно-экзальтированный тип.

Характ ерологические проявления. Людям этого типа свойственен широкий диапазон переживаемых эмоциональных состояний, они легко приходят в восторг от радостных событий и в полное отчаяние от печальных. Любят удовольствия и развлечения. Жизненные наслаждения, чувство долга и высшие ценности вырабатываются с трудом.

Ст рессовые факт оры. Ситуации, в которых требуется проявление ответственности, целенаправленных усилий.

Взаимодейст вие. Нуждаются в твердом, но не жестком контроле, который необходим в течение всей жизни; присутствие внимания, признание со стороны близких, способных сопереживать им и вместе с ними, влияет благотворно и «сглаживает острые углы» их характера.

Выше приведены характеристики «чистых» типов, но значительно чаще встречаются смешанные типы акцентуации характера. Поэтому правильность определения акцентуации во многом зависит от компетентности специалиста.

Таким образом, большое значение для нормального развития подростка имеет то, насколько уважительно сумеют значимые взрослые отнестись к переменам, происходящим с ним на физиологическом, психологическом, социальном уровнях, и изменить как свои требования к нему, так и стиль общения с ним. Согласитесь, и уровень требований, и круг обязанностей, и степень свободы у трехлетнего ребенка, семилетнего ребенка и четырнадцатилетнего подростка должны существенно отличаться. По меньшей мере, странным будет требование родителей, чтобы четырнадцатилетний молодой человек ходил в горшок. Однако на психологическом уровне часто именно это и происходит.

Факт оры риска в когнит ивной сфере личност и.

В настоящее время в научной литературе еще нет достаточно обоснованных исследований когнитивной сферы личности, явно доказывающих влияние различных особенностей познавательной деятельности несовершеннолетних на возможное приобщение к употреблению ПАВ.

При этом представляется возможным перечислить ряд когнитивных искажений, усиливающих дисгармонию личности и повышающих риск приобщения к ПАВ в подростковом возрасте:

- «аффективная логика» — для подростка гораздо более важным становится не установление того или иного факта, а определение собственного отношения к этому факту;
- «долженствование» — отсутствие критической оценки своих желаний и поступков, в силу руководства единственным принципом «Я-должен»;
- «эмоциональные блоки» — познавательные установки по отношению сдерживания своих эмоций, например «мальчики не плачут»;
- «селективная выборка» — построение заключения, основанного на деталях, вырванных из контекста, например «если другие критикуют меня, то я — плохой»;
- «сверхраспространенность» — построение глобального вывода, основанного на одном изолированном факте;
- «абсолютное мышление» — проживание опыта в двух противоположных

категориях: все или ничего;

- «произвольное отражение» — формирование выводов при отсутствии аргументов в его поддержку;
- преувеличение негативных событий и минимизация позитивных, что приводит к еще большему снижению самооценки, непринятию «обратных связей» и способствует закрытости личности.

Однако на фоне перечисленных когнитивных искажений выделяются некоторые особенности познавательной сферы личности, наличие которых может спровоцировать подростка к знакомству с различными ПАВ.

Так, проблема интересов в переходном возрасте нередко считается ключом ко всей проблеме психологического развития подростка. Л. С. Выготским были выделены несколько основных групп наиболее ярких интересов подростков, которые он назвал доминантами: эгоцентрическая (интерес подростка к собственной личности); доминанта дали (установка подростка на большие масштабы, которые для него более субъективно приемлемы, чем текущие, сегодняшние); доминанта усилия (тяга к сопротивлению, преодолению, волевым напряжениям, которые иногда проявляются в упрямстве, хулиганстве, борьбе против воспитательного авторитета, протесте и других негативных проявлениях) и доминанта романтики (стремление к неизвестному, рискованному, к приключениям, героизму). Соответственно, нарушения и асоциальная направленность какой-либо группы доминант усиливает фактор риска наркотизации в подростковом возрасте. В целом же важно отметить, что, по мнению врачей-наркологов, личность с устойчивыми интересами и сформированным мотивом самореализации в наркотиках не нуждается (Бабаян Э. А., Гонопольский М. Х., 1987; Генайло С. П., 1990; Егоров А. Ю., 2000).

Исследования личности также открывают, что подражательность, внушаемость, подчиняемость и зависимость в поведении имеют основаниями низкий интеллектуальный уровень, неразвитость волевой сферы, нравственных, этических представлений. Это сочетание лишает возможности критически оценивать поведение других, определить линию и принципы собственного поведения. Низкий уровень интеллекта проявляется не только в неспособности решать предъявленные задачи на осмысление. Наглядны незаинтересованность в умственных упражнениях, отсутствие любопытства, познавательных интересов. Некоторые испытывают к учебе отвращение, даже когда материал им доступен. Сведения об окружающем ограничены. Молодые люди не ориентируются в сторонах света, не могут назвать более двух-трех книг, четырех-пяти фильмов. Речь скудная, с преобладающим жаргоном. Интересы подчинены моде, нестойки.

Можно также утверждать, что решающими условиями для развития наркомании являются отсутствие специальных знаний у человека и непонимание той огромной опасности, которую несет в себе употребление различных наркотиков, того, что даже кратковременное употребление наркотика из любопытства или в качестве снотворного средства может привести к наркотической зависимости, которая особенно быстро развивается у подростков — психически еще незрелых, неуравновешенных людей, отвергающих общепринятые нравственные нормы жизни и поведения в обществе. Таким образом, данную причину можно определить, как низкий уровень образованности и осведомленности. Становится ясно, что данная функция должна выполняться и осуществляться в стенах общеобразовательных учреждений, которым необходимо активно сотрудничать с семьей, другими учреждениями.

Факт оры риска в сфере Я-концепции личност и.

Важную фазу развития проходит в период взросления установка относительно собственной личности Я-концепция (представление личности о себе). В рамках юношеских кризисов часто становится заметным диссонанс между реальной и идеальной Я-

концепциями. Неблагоприятная Я-концепция складывается из слабой веры в себя, недостаточного самоуважения, низкой самооценки и, возникнув, приводит в дальнейшем к нарушениям поведения, в том числе к употреблению ПАВ (Зорина З. А., 2002; Ремшмидт Х., 1994; Факторы риска и защиты в профилактике злоупотребления психоактивными веществами у несовершеннолетних, 2004).

Изучение особенностей сферы Я-концепции многие исследователи, как правило, связывают с *проблемами с идентификацией* (кризисы идентичности), возникающими в подростковом возрасте. Проблему идентификации наиболее полно в своей эпигенетической теории рассматривал Э. Эриксон. Согласно Эриксону, каждый человек в период взросления переживает несколько критических фаз идентичности (Эриксон Э., 2002). Центральной задачей периода взросления (от 11 до 20 лет) является поиск личностной идентичности, чувства самостождественности, собственной истинности, полноценности, сопричастности миру и другим людям. Концепция идентичности, разработанная Эриксоном на основе психоаналитических представлений, позволяет подойти к пониманию психических проблем взросления. К важнейшим конфликтам этого возраста относятся следующие:

- *диффузия идентичности* — кратковременная или длительная неспособность личности сформировать идентичность. Такие молодые люди не могут выработать свои ценности, цели и идеалы; сталкиваясь с проблемами развития, они не в состоянии завершить психосоциальное самоопределение. Они избегают адекватных и характерных для их возраста требований и возвращаются на более раннюю ступень развития, в известной степени оправдывающую их поведение, и нередко ищут поддержку в употреблении ПАВ;
- *диффузия времени* — нарушение чувства времени, проявляющееся двояким образом: либо возникает ощущение жесточайшего цейтнота, либо человек чувствует себя одновременно молодым и старым. Нередко с диффузией связаны страх или желание смерти. Тогда как наркомания является одной из форм саморазрушающего поведения.
- *застой в работе* — нарушение естественной работоспособности, в большинстве случаев сопровождающееся диффузией идентичности. Подростки либо не способны сосредоточиться на необходимых и соответствующих их возрасту задачах, либо чрезмерно поглощены бесполезными для дальнейшего развития вещами в ущерб всем остальным занятиям. Не справляясь с задачами социализации, подростки нередко ищут компенсацию в различных формах асоциального поведения.
- *отрицательная идентичность* — проявляется прежде всего в отрицании всех свойств и ролей, которые в норме способствуют формированию идентичности (семейные роли и привычки, профессиональные, полоролевые стереотипы и т. д.). Часто дело доходит до ярко выраженного презрения ко всем ценностям и различному нарушению норм поведения.

По сути, в процессе поиска собственной идентичности подросток стремится ощущать себя взрослым. Кроме того, он стремится утверждать свою взрослость любыми доступными ему средствами. Очевидно, что таких средств у еще вчерашнего ребенка мало и при неправильном отношении взрослых они заменяются суррогатами, в том числе наркотиком как символом взрослости, как средством снятия напряжения, как поиском образцов поведения значимых для подростка людей.

Важно, что Я-концепция — это не только констатация, описание черт своей личности, но и вся совокупности их оценочных характеристик и связанных с ним переживаний. Большая часть самооценок обусловлена соответствующими реальными стереотипами, бытующими в той или иной социальной среде. Низкая самооценка является очень важным

фактором для нарушения жизнедеятельности человека любого возраста, а особенно в период пубертата. Дело в том, что подростку свойственна тенденция экстраполировать даже внешнюю дефективность собственного Я (то есть связанную с негативными оценками своей внешности) на свою личность в целом. Если подросток имеет какие-то недостатки (иногда только ему кажущиеся), то он начинает ощущать (или придумывать) негативные реакции окружающих, сопровождающие его при любом взаимодействии с окружающей средой. В этом случае на пути развития позитивной Я-концепции могут возникнуть затруднения.

Для того чтобы подросток смог позитивно преодолеть все критические фазы идентичности ему необходимо сохранять позитивное представление о себе. И напротив, люди с низкой самооценкой так реагируют на ту или иную неудачу, что это может затруднять саму возможность дальнейшего конструктивного развития их собственной Я-концепции. Однако нельзя не сказать и о том, что Факторы риска и защиты в профилактике злоупотребления психоактивными веществами у несовершеннолетних, 2004), Худик В. А. (1993), Ялтонский В. М., Сирота Н. А. (1996) сделали вывод об отсутствии явной корреляции между самооценкой и употреблением наркотиков. Следовательно, нельзя делать однозначного вывода о том, что самооценка является одним из наиболее существенных факторов наркомании.

При этом проблемы самооценки (неустойчивая, зависимая от сиюминутного положения, неаргументированная и поляризованная самооценка, формирование которой восходит к самым ранним этапам развития личности) обуславливают низкое самоуважение личности. На основе индивидуальной психологии А. Адлера была разработана теория самоуважения. Согласно этой теории, самоуважение рассматривается как главный психодинамический механизм, лежащий в основе употребления наркотиков. Теория утверждает, что «все поведение человека пронизано попыткой защитить свою самостоятельность внутри социума». Самоуважение закладывается в первые моменты жизни и развивается в процессе социализации личности. При этом это динамическая характеристика, так как в процессе жизни в зависимости от достижений личности оно может меняться. Низкое самоуважение может быть причиной трудных и недостижимых жизненных целей, которые поставил перед собой человек, не умеющий оценивать реально свои возможности или просто несамостоятельный. Низкое самоуважение может также быть результатом излишней строгости со стороны родителей, особенно матери. Также причиной низкого самоуважения может стать недостаточное внимание к ребенку со стороны родителей. В результате недостаточно развитое самоуважением нуждается в защите путем компенсации (например, путем употребления наркотиков), что приводит к новым проблемам личности, еще большему неприятию со стороны близких, чем обостряет чувство ничтожности, и если компенсация — это наркотики, то человек становится зависимым от их употребления.

Объективно и субъективно плохая переносимость трудностей повседневной жизни, постоянные упреки в неприспособленности и отсутствии жизнелюбия со стороны близких и окружающих формирует у аддиктивных личностей скрытый комплекс неполноценности. Они страдают от того, что отличаются от других, что не способны «жить как люди». Однако такой временно возникающий комплекс неполноценности оборачивается гиперкомпенсаторной реакцией. От заниженной самооценки, навешиваемой окружающими, индивиды переходят сразу к завышенной, минуя адекватную. Появление чувства превосходства над окружающими выполняет защитную психологическую функцию, способствуя поддержанию самоуважения в неблагоприятных микросоциальных условиях, условиях конфронтации личности с семьей или коллективом. Чувство превосходства зиждется на сравнении «серого обывательского болота», в котором находятся все окружающие, и «настоящей, свободной от обязательств жизни» аддиктивного человека. Стремление говорить неправду, обманывать окружающих, а также обвинять других в собственных промахах вытекает из структуры аддиктивной

личности, которая пытается скрыть от окружающих собственный комплекс неполноценности, обусловленный неумением жить в соответствии с устоями и общепринятыми нормами (Руководство по аддиктологии, 2007; Психология зависимости, 2005; Шипицына Л. М., 2007). Рядом авторов было установлено, что токсикоманы оценивают себя более молодыми и подчиняемыми, что может быть одним из признаков комплекса неполноценности и маркером саморазрушающего поведения (Козлов А. А., Рохлина М. Л., 2000; Маршак В. В., 2006).

По существу, адекватное преодоление кризиса идентичности и развитие позитивной самооценки в подростковом возрасте являются условиями полноценного развития и способствуют защите личности от возможной ее вовлеченности в круг наркотизации.

Факт оры риска в духовной сфере личност и.

Глубинное изучение сферы Я-концепции личности приводит, в свою очередь, к необходимости рассмотрения особенностей духовного уровня развития. Рассматривая данную сферу личности, очень трудно выделить конкретные проблемно-образующие факторы, влияющие на возможное приобщение к употреблению ПАВ. Вместе с тем еще сложнее определить возрастные границы в формировании духовной сферы личности. Поэтому представляется возможным описать основные подходы в исследовании особенностей духовной сферы, провоцирующих возможное приобщение к употреблению ПАВ.

В рамках религиозно-ориентированного подхода к профилактике злоупотребления ПАВ причины употребления наркотических веществ «духовного» уровня традиционно связывают с понятием греха. Освобождение от наркотической зависимости и от причин, ее порождающих, невозможно без обретения основы, способной заполнить духовный вакуум.

Для верующего человека обретение такой основы «начинается со встречи с Богом» (Генинг Е., 1999). Представители различных конфессий единодушны в этом положении. Так, организаторы конференции «Ислам против наркомании» формулируют основную идею профилактики и реабилитации наркозависимости следующим образом: «Выход один — помочь человеку обрести душевный покой, и эту проблему решает религия... эффективным средством профилактики наркомании, а также реабилитации наркоманов является возрождение духовности — веры в Бога». Русская православная церковь активно сотрудничает с учреждениями здравоохранения и образования в направлениях организация совместных профилактических мероприятий, создания системы реадaptации и реабилитации наркологических больных в виде «убежищ», «приютов» и других подобных заведений (Резолюция совещания Министерства здравоохранения СССР и Московского Патриархата, 1990). Христианское понимание профилактики и реабилитации предполагает воцерковление человека: «Чувствуя Божественную любовь к себе, человек видит, что он больше не одинок со своими проблемами, потому что Бог всегда рядом с ним. Однако это не значит, что самому наркоману не надо ничего делать, ожидая только помощи Божией. Дальше начинается очень трудная работа, в которой человек переосмысливает всю свою жизнь, раскаиваясь в совершенных им грехах, стараясь всеми силами уже не повторять их. <...> Очень значимой является возможность тщательной подготовки к первой исповеди и сама исповедь, где человек тщательно исследует всю свою жизнь, выявляя духовные причины своей зависимости... Он возмещает причиненный им ущерб другим людям, причем не только материальный, но и моральный. Всячески помогает другим наркоманам избавиться от этой зависимости. Вся эта работа, очевидно, наиболее эффективна в том случае, если человек становится членом Церкви...» (Генинг Е., 1999).

При изучении духовной сферы личности в аспекте проблемы наркомании в рамках научно-ориентированных концепций наиболее ярко выделяется экзистенциально-гуманистическое направление. Внутри экзистенциально-гуманистической парадигмы активно разрабатывалась проблематика самоопределения человека, постулирующей

способность уникальной и неповторимой личности к самосозиданию, осознанию своего назначения в жизни и определению границ субъективной свободы. Под самоопределением понимается сложный процесс, включающий поиск оснований для собственного существования. В то же время употребление ПАВ при этом рассматривается как дисфункциональный или иллюзорный способ разрешения проблем, возникающих на жизненном пути личности.

Учитывая, что история феномена «одурманивания» сравнима с историей существования вида *homo sapiens* и связана с глубинными аспектами человеческого бытия, а также влиянием социокультурных условий на разных этапах развития человечества, современные ученые зачастую сравнивают современное и архаическое общество, изучая проблему самоопределения человека и ее связь с возможным приобщением к ПАВ. Иными словами, знание об экзистенциальных и культурных основаниях употребления наркотиков позволит специалистам, занимающимся профилактической работой с несовершеннолетними, получить более глубокое понимание сути проблемы. При этом важно помнить, что данные о культурологических предпосылках употребления ПАВ могут в некоторых условиях оказать провоцирующее действие на подростков, которые могут «решить проверить описанные эффекты на себе», поэтому в соответствии с принципом «запретной информации» следует с осторожностью подходить к использованию этих данных в практической работе с несовершеннолетними.

Итак, данные исторических и культурологических исследований свидетельствуют, что проблема самоопределения в архаическом обществе (в современном ее понимании) снималась первобытным мировоззрением и наличием в нем так называемой «объединяющей связи с предком, обусловленной кровным родством и вытекающей из него общностью жизненного племени» (Андреев И. Л., 2000). Вместе с тем ПАВ использовались как средство достижения непосредственного ощущения единения, слияния человека с теми силами, принадлежность к которым выступает своеобразным основанием жизни архаического человека, через принадлежность к которым человек и определяет себя «в этом мире». При этом наркотические вещества могли выступать как своеобразный катализатор необходимой трансформации личности в кризисные периоды жизни индивида или общины. Употребление ПАВ было строго регламентировано традицией. Кроме того, следует особо подчеркнуть, что методы, используемые для того, чтобы вызвать такие состояния, имеют очень широкий диапазон и вовсе не ограничиваются употреблением наркотических веществ.

Однако решение проблемы самоопределения первобытным человеком отличается от ситуации в современном обществе. Если первобытный человек отождествлял себя не с самим собой, а с той общностью, к которой принадлежал, то современный человек соотносит самого себя и все, что его окружает, с собой, условием его существования является самоотждественность Я—Я. Для современного человека, жизнь души которого ограничена индивидуальной жизнью (в отличие от непрерывающегося жизненного цикла, связанного со сменой поколений в архаическом обществе), проблема самоопределения является достаточно острой. Современный человек вынужден искать основания собственного существования в себе самом. Иными словами, он становится точкой отсчета и критерием «правильности» в процессе реализации собственной жизни.

С другой стороны, современная ситуация достаточно очевидно характеризуется отказом от абсолютных норм и ценностей, кризисом существовавшей системы ценностей и культурных норм и так называемым ценностным плюрализмом, что не позволяет избежать «экзистенциальной тревоги» (Фромм Э., 1999). Человек вынужден постоянно делать выбор, определяя в том числе и ту систему ценностей, норм, критериев оценки, на которую будет опираться при принятии решения о дальнейших действиях. Это не значит, конечно, что общественные институты или социальные группы не влияют на выработку этих оснований

существования отдельного человека, однако жизнь современного человека не так строго и абсолютно определена традицией, как это было в архаическом обществе.

Анализируя человеческую ситуацию в современном обществе, Эрих Фромм сделал вывод о том, что неотъемлемой чертой человеческого существования в наше время является одиночество, изоляция и отчужденность.

Специалисты, работающие с людьми, имеющими наркотическую зависимость, так же как и сами зависимые, отмечают, что во многих случаях интенсивная и иногда полностью захватывающая человека потребность в наркотиках в действительности является замещенной потребностью в целостности и общности с другими людьми. Многие из тех, кто сумел возвратиться из состояния алкогольной или наркотической зависимости, рассказывали о своем беспокойном поиске, об отсутствии чего-то в их жизни и описывали свое тщетное стремление к наркотическим веществам как попытки исполнить свою неутоляемую потребность. Когда подлинный объект такой сущностной потребности, переживаемый как Высшая Сила, например, или как Настоящая Жизнь (то есть то, что исполняет роль абсолютного основания существования), становится доступным или даже частично реализованным, то необходимость в его внешнем проявлении, которое порождает зависимость, уменьшается (Фромм Э., 1999).

Сходную мысль высказывает К. Г. Юнг: «Потребность в алкоголе эквивалентна — правда, на более низком уровне — духовной жажде по бытию и целостности, хорошо выраженной в средневековом языке... Алкоголь по-латыни „spiritus“; одно и то же самое слово употребляется как для высшего религиозного переживания, так и для более развращающего яда (Факторы риска и защиты в профилактике злоупотребления психоактивными веществами у несовершеннолетних, 2004). И, значит, полезной может быть формула: „Spiritus contra spiritum“». И. Ялом (1999), рассматривая экзистенциальные данности, возникающие как неизбежные темы в жизни каждого человека, также связывает злоупотребление ПАВ с неудачными попытками справиться с тревогой, вызванной осознанием неизбежности смерти, изоляции, отсутствием определенности и смысла существования. Х. Пезешкиан (1993) перечисляет следующие причины употребления наркотиков: проблема одиночества, вопросы смысла жизни, предательство.

Таким образом, наркотические вещества в современном обществе зачастую выступают как иллюзорная и дисфункциональная альтернатива системы убеждений, которая позволяет человеку, сохраняя внутреннюю целостность... [реализовать] ценность самоутверждения... в условиях неопределенности (Пезешкиан Х, 1993; Фромм Э., 1999; Ялом И., 1999).

Возвращаясь к анализу роли ПАВ в процессе самоопределения человека в архаическом обществе, необходимо обратить особое внимание на то, что наркотические вещества выступали как катализатор необходимой трансформации личности в кризисные периоды жизни индивида или общины. Их употребление, равно как и сама трансформация, происходили в рамках установленного культурой ритуала перехода.

В течение жизни человек претерпевает ряд существенных изменений (трансформаций, то есть переход от одной самоидентификации к другой, с целью самоопределения). Однако эти изменения осуществляются человеком в современном обществе на свой страх и риск, в отличие от четко ритуализированной жизни в древнем мире. В то же время исследования процесса внутреннего преобразования позволяют находить значительное сходство в содержательной стороне этих преобразований у архаического и современного человека. При прохождении трансформационного кризиса современный человек сталкивается с теми же экзистенциальными проблемами, но остается в их решении без поддержки со стороны традиции.

Такие ритуалы отсутствуют в современном обществе, однако сам процесс внутреннего

преобразования личности, в том числе и в связи с изменением социального статуса человека, свойственен современному обществу в неменьшей степени, чем архаическому. Во многих психологических теориях уделяется внимание «кризисным» периодам жизни, служащим своеобразными вехами, отмеряющими жизненный путь личности (Л. С. Выготский, Л. И. Божович, Д. Б. Эльконин, Э. Эриксон).

В этой связи стоит вспомнить эпигенетическую теорию Э. Эриксона, описанную в рамках рассмотрения сферы Я-концепции. Как отмечалось ранее, все развитие человека, согласно теории Эриксона, идет по пути становления его идентичности, и в подростковом возрасте процесс обретения личной идентичности наиболее проблематичен. Перед подростком встает задача собрать воедино все имеющиеся к этому времени знания о самих себе и интегрировать эти многочисленные образы в личную идентичность. Неспособность достичь личной идентичности приводит к кризису идентичности или ролевому смешению. И употребление ПАВ в таком случае связывается с чувством недостаточной идентичности. Одновременно с этим эффекты опьянения для молодых людей создают для них некую иллюзию нахождения собственной идентичности и познания возможностей своего Я.

Специалисты, работающие с несовершеннолетними, должны главным образом отдавать себе отчет в том, что полностью зрелых, аутентичных и самодостаточных молодых людей очень мало (Ларионов А. В., 1998). Поэтому большое значение имеет профилактическая работа с несовершеннолетними: «Ведение человека по лабиринтам его души от одного осознанного ответа до другого, от одного выбора до другого, от одного модуса поведения до его осознанного изменения в более гуманистическом, нравственном, духовном и эффективном направлении и есть профилактика, и есть путь к выздоровлению зависимой личности...» (Сирота Н. А., Ялтонский В. М., Хажиллина И. И., Видерман И. С., 2001).

Таким образом, работа с несовершеннолетними по предупреждению приобщения к наркотическим веществам и формирования зависимости от них предполагает учет не только биологической предрасположенности и психологической склонности, обуславливающих формирование групп риск наркотизации, но и общечеловеческих, экзистенциальных факторов, оказывающих влияние на употребление ПАВ и должна затрагивать вопросы, связанные с проблемами самоопределения, смысла жизни, кризисными переживаниями внутренних преобразований.

Подводя итог вышесказанному, важно отметить, что по результатам многочисленных исследований первоначальный прием ПАВ в большинстве случаев носит психологический характер. Многие подростки пытаются освободиться от чувства беспокойства, неудовольствия, усталости, неуверенности и скуки, которые могут возникнуть у любого человека в силу тех или иных жизненных обстоятельств, разными способами, в том числе и изменением сознания за счет ПАВ.

По сути, описанные разными авторами индивидуально-психологические факторы риска приобщения к употреблению ПАВ у несовершеннолетних во многом совпадают. Вероятно, они наиболее существенны и представляют собой своеобразное ядро, которое, в свою очередь, может стать целью психопрофилактического корригирующего воздействия. При этом важно иметь в виду, что фактором риска наркотизации может быть как свойство личности, например неадекватная тревожность, так и совокупность свойств. Например, признаком фактора риска являются нарушенные коммуникации. При этом личность, возможно, обладает такими свойствами, как одиночество, агрессивность, повышенный психотизм и т. д. Одновременно с этим стоит помнить и о том, что ряд личностных характеристик отмечается у большинства детей в подростковом возрасте, особенно если этот период развития протекает с осложнениями, и необязательно может привести к употреблению ПАВ.

Следовательно, специалистам в профилактической работе с несовершеннолетними важно иметь представления о психологических возрастных особенностях, о возможных искажениях в различных личностных сферах, приводящих к употреблению подростками ПАВ, и с учетом знания о факторах риска наркотизации способствовать развитию гармоничной, психологически зрелой личности.

2.3. Социальные факторы риска злоупотребления ПАВ

Обращаясь к изучению факторов риска приобщения несовершеннолетних к употреблению ПАВ, важно понимать, что даже своевременное предотвращение риска наркотизации на биологическом и/или индивидуально-психологическом уровне развития личности недостаточно при невнимании к окружению человека.

Отношения «социум—личность» довольно сложные и неоднозначные. С одной стороны, человек в процессе жизнедеятельности выстраивает и постоянно меняет отношения с окружающими людьми, с другой стороны, изменения в обществе зачастую отражаются на соматическом и психологическом здоровье личности. Однако негативные явления общественной жизни, будь то конфликты с другими людьми или профессиональная неуспешность, зачастую вносят больший резонанс в самочувствие человека, чем позитивные. И при этом несовершеннолетние с еще не устоявшейся психикой и постоянно происходящими изменениями на физиологическом уровне наиболее подвержены различным социальным влияниям. Все это лишний раз указывает на то, что рассмотрение основных причин провоцирующих приобщение к употреблению ПАВ

При рассмотрении социальных факторов необходимо учитывать их проявление на микро- и макросоциальном уровнях жизнедеятельности человека.

Микросоциальный уровень включает в себя в первую очередь отношения внутри семьи как первого социального института, а также отношения человека в образовательном учреждении и в сфере досуга, проявляющиеся не только в иерархических отношениях ребенок—взрослый, но и во взаимоотношениях в группах сверстников, что особенно важно для несовершеннолетних.

В свою очередь, макросоциальный уровень отражает функционирование общества в целом, от жизни малых субкультур до уровня всего мирового сообщества.

Микросоциальные факторы риска.

Семейные факторы риска.

Одним из наиболее значимых факторов риска приобщения детей и подростков к наркотикам является нарушение взаимоотношений в семье, в частности дисфункциональные родительско-детские отношения.

Отдельные специалисты рассматривают само возникновение проблемы зависимости от ПАВ, как следствие определенных нарушений в функционировании семьи (Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В. В., 1999; Максимова Н. Ю., 2000; Березин С. В., Лисецкий К. С., 2001a; Березин С. В., Лисецкий К. С., Мотынга И. А., 2005; Курек Н. С., 2001; и др.). Следовательно, наркозависимость выступает в качестве симптома-показателя наличия проблем в семейных взаимоотношениях. Известно также, что наркотизация одного из членов семьи приводит к изменению в функционировании семьи как в целом, так и отдельных ее членов. Здесь речь идет о таком явлении как созависимость (Иванец Н. Н., 1997; Москаленко В. Д., 2002; Москаленко В. Д., 2003; Назаров Е. А., 2000; Психология зависимости, 2005; и др.). В свою очередь, созависимость выступает фактором риска продолжения наркотизации.

В отечественной и зарубежной психологической литературе исследования семей наркозависимых малочисленны (Айвазова А. Е., 2003; Березин С. В., Лисецкий К. С., Серебрякова М. Е., 2001; Битти М., 1997). Выделяют три основных направления, по которым

ведутся исследования, посвященные данной проблеме.

Первое направление — анализ структуры семьи (число, состав), когда ее нарушения рассматриваются как возможные причины наркотизации подростков. Данные исследований в этой области носят противоречивый характер. Так, например, развод родителей и отсутствие отца ряд специалистов относят к психотравмирующим факторам в формировании наркомании у подростков (Айвазова А. Е., 2003; Березин С. В., Лисецкий К. С., Серебрякова М. Е., 2001; Березин С. В., Лисецкий К. С., Мотынга И. А., 2005; и др.). Другая группа исследователей подчеркивает ведущую роль психологического климата в семье и утверждают, в частности, что полнота состава семьи сама по себе не оказывает влияние на вероятность приобщения к ПАВ.

Второе направление исследований связано с изучением особенностей поведенческих характеристик родителей, близких родственников наркозависимых подростков. Здесь интересен тот факт, что «аддиктивные формы поведения присущи не только пациенту, но и, как правило, одному из родителей (чаще отцу)» (Руководство по аддиктологии, 2007). Оно проявляется в виде: гемблинга (12,9%), алкогольной зависимости (16,1% случаев), религиозного фанатизма (9,7% случаев), сверхценных увлечений, в частности «паранойи здоровья», (22,6% случаев) и даже трудоголизма (38,7% случаев). По мнению В. Д. Менделевича, можно предполагать, что формирование наркотической зависимости у обследованных базировалось на семейном аддиктивном паттерне (Руководство по аддиктологии, 2007;). Сельченков К. В. (Психология зависимости, 2005), Менделевич В. Д. (Руководство по аддиктологии, 2007) обращают внимание на повторение пьющими подростками жизненного сценария родителей. Семейное пьянство оказывает свое влияние не только как негативный пример, но и как фактор неблагоприятной психологической обстановки (Лисицын Ю. П., Сидоров П. И., 1990; Юлдашев В. Л., 1997; и др.).

Третье направление исследований посвящено изучению неправильных стилей воспитания наркозависимых подростков и психологического климата в данной группе семей (Березин С. В., Лисецкий К. С., Назарова Н. А., 2001; Гишинский Я. И., 2011).

Таким образом, семейные факторы риска приобщения несовершеннолетних к ПАВ следует рассматривать, с одной стороны, как нарушение семейных взаимоотношений, повышающее риск первых проб ПАВ; с другой стороны, не следует забывать и о проблеме созависимости, «фиксирующей» наркотизацию.

Нарушения семейных взаимоотношений, повышающие риск первых проб ПАВ. В целом нарушения семейных взаимоотношений, повышающие риск приобщения к употреблению ПАВ несовершеннолетними, представлены в табл. 2.3, составленной на основе анализа работ различных отечественных и зарубежных авторов.

Таблица 2.3. Нарушения семейных взаимоотношений, повышающие риск первых проб ПАВ

Область проявления фактора	Фактор риска
Реализация семейных функций	<ul style="list-style-type: none"> • отсутствие согласованных семейных ценностей и целей, ясных социальных норм и правил; • насилие в семье; • снижение функции социального контроля, а также неадекватные формы ее реализации, в том числе в связи с аддиктивным и антисоциальным поведением родителей; • нарушение эмоциональных отношений, неуважительные, взаимоотновергающие отношения в семье; • невовлеченность членов семьи в жизнь друг друга,

Супружеские взаимоотношения	<p>отсутствие общих интересов, увлечений и т. д.</p> <ul style="list-style-type: none"> • затяжные, стойкие конфликты между родителями; • преодоление родителями разногласий между собой через реализацию различных форм аддиктивного поведения («заключение мира» в процессе совместного распития спиртного, «уход» в работу, гемблинг и т. д.); • втягивание ребенка в супружеские конфликты: использование его в качестве «аргумента» при выяснении отношений и несогласованность родительских позиций
Родительско-детские взаимоотношения	<ul style="list-style-type: none"> • расширение сферы родительских чувств; • предпочтение детских качеств в подростке; • проекция на ребенка нежелаемых качеств; • неразвитость родительских чувств; • гипер- и гипопротекция; • недостаточность требований, предъявляемых к подростку; • неустойчивость и противоречивость стиля воспитания; • конфликтность отношений, отсутствие доверия и сотрудничества в родительско-детских отношениях, директивность и вспыльчивость; • низкий авторитет родителей в глазах подростка; • чрезмерная концентрация родителей на ребенке, либо, напротив, излишнее дистанцирование от него; • недостаточная или патологическая привязанность

Рассмотрим более подробно факторы риска в каждой из трех областей проявления.

Нарушения реализации семейных функций. Несомненно, семья является важнейшим институтом социализации личности, который выполняет ряд функций. Функции семьи — это сферы жизнедеятельности семьи, непосредственно связанные с удовлетворением определенных потребностей ее членов. Э. Г. Эйдемиллер и В. В. Юстицкис (1999) в числе прочих выделяют следующие функции: хозяйственно-бытовая, воспитательная, первичного социального контроля, духовного общения.

Нарушения в функционировании семьи как социального института могут быть связаны с личностными особенностями членов семьи, уровнем культуры, внешними для семьи негативными факторами, возникающими стрессовыми ситуациями, которые угрожают целостности семьи и т. д. Выделение различных семейных функций, реализация которых часто неразрывно связана друг с другом, является условным, но необходимым требованием, для того чтобы отметить возможные «мишени» для профилактической и реабилитационной работы с семьями.

Одной из основных функций семьи нередко называется хозяйственно-бытовая функция, состоящая главным образом в удовлетворении материальных потребностей. В ходе выполнения этой функции обеспечиваются необходимые и приемлемые условия жизнедеятельности семьи. Долгое время было распространено мнение, что наркотизации скорее подвержены дети из малообеспеченных семей. Однако в настоящее время становится очевидным, что это не так. В существующей ситуации родители зачастую тратят большую часть времени на работу и занимаются воспитанием детей как бы между делом, фактически «откупаясь» от детей деньгами, дорогими игрушками и т. д., перекладывая ответственность за развитие ребенка на школу и другие учреждения (Беличева С. А., 1994; Пятницкая И. Н.,

Найденова Н. Г., 2002; Поттер-Эфрон Р. Т., 2012). Кроме того, представления о необходимом материальном минимуме очень варьируются, и недовольство уровнем материального благополучия семьи более или менее объективно, так как связано с уровнем притязаний родителей и ребенка. Следует отметить также, что демонстрируемое недовольство имеющимся достатком может быть как причиной, так и следствием нарушений психологического климата в семье; известно, что нарушения в отношениях между членами семьи могут проявляться и «компенсироваться» стремлением к накоплению.

Другой, не менее важной функцией является воспитательная функция. Данная семейная функция состоит в удовлетворении индивидуальных потребностей в отцовстве и материнстве, воспитании, самореализации в детях. Касаясь признаков риска при реализации данной функции, ниже более подробно будут рассмотрены типы воспитания, различные отклонения в отношениях между детьми и родителями.

Следующая семейная функция — функция первичного социального контроля выражается в обеспечении выполнения социальных норм членами семьи, в особенности теми, кто в зависимости от ряда причин (возраст, наличие заболевания и т. п.) не обладает в достаточной степени способностью самостоятельно строить свое поведение в соответствии с общепринятыми нормами. Снижение или неадекватные формы реализации функции социального контроля могут служить факторами риска приобщения ребенка к ПАВ.

Семью можно условно назвать плацдармом, на котором проигрываются основные, базовые модели поведения, которые затем реализуются человеком в обществе. Процесс научения поведению и взаимодействию с окружающим миром, принятия определенных правил и законов в семье осуществляется как через целенаправленное, так и через опосредованное воздействие родителей и других членов семьи (особенности социального взаимодействия между другими членами семьи). Среди нарушений данной функции, которые могут выступать в качестве факторов риска наркотизации, наибольшее внимание традиционно уделяется следующим (Андреева Т. И., 1999; Барсукова О. В., 2000; Кондратьева О. Ю., 1999; Сирота Н. А., Ялтонский В. М., 1993; Целуйко В. М., 2003):

- *Низкий социальный статус родителей и семьи в целом.* Зависимость от социально-экономического положения родительской семьи еще велика и в значительной степени определяет возможности социальной мобильности, карьеры и ее успешности, а следовательно, больших или меньших возможностей для удовлетворения своих потребностей. Низкий социальный статус родителей, по мнению ряда специалистов, может влиять на иерархию и выбор способов удовлетворения подростком своих потребностей, а в случае негативных условий стать фактором риска формирования девиантного поведения. Данные других исследований, напротив, свидетельствуют о том, что потребление ПАВ подростками не связано с социальным положением родителей, их профессией и благосостоянием; ригидные или размытые общесемейные ценности, нормы, родительские табу. Система общесемейных ценностей является во многом проявлением традиций и так называемой семейной памяти. Равно как и внутренние, зачастую уже как бы вошедшие в подсознание родителей запреты на определенные формы поведения (например, обусловленные религиозными мотивами), семейные традиции оказывают серьезное влияние на формирование ценностной системы ребенка. Исследования подтверждают, что если ребенок воспитывался в семье, где употребление ПАВ считалось не просто неприемлемым, но почти смертным грехом, спиртное не выставлялось на стол даже по праздникам, ребенку будет сложнее переступить внутренний барьер и попробовать какой-либо наркотик. Однако к факторам риска следует отнести как излишне лояльное, попустительское отношение в семье к проблеме употребления ребенком алкоголя и ПАВ, так и чрезмерно директивный и

жесткий стиль отношений в семье, который при определенных особенностях развития личности ребенка, может, напротив, спровоцировать желание ребенка «вырваться», пусть и «с помощью» наркотика; нарушение родителями социальных норм и законов. Например, известен факт, что риск формирования аддиктивного поведения значительно возрастает у детей, родители которых употребляют алкоголь или наркотики. Кроме того, на практике специалисты часто сталкиваются с противоречием между декларируемыми нормами и реальным поведением родителей. Так, мать-алкоголичка может на словах очень негативно относиться к тому, что ее ребенок пьет пиво, демонстрируя, однако, своим поведением совершенно другое отношение к проблеме.

- *Неадекватный уровень контроля и опеки.* Выбор оптимального уровня контроля и опеки родителей невозможен без учета возрастных и личностных особенностей ребенка. Как чрезмерный, так и недостаточный контроль со стороны родителей в равной степени являются факторами риска. Таким образом, проблема состоит в выборе оптимального уровня опеки и контроля, а также средств и методов воспитания, с помощью которых он осуществляется.
- *Неадекватный уровень требований и запретов, предъявляемых родителями.* Оказывает серьезное влияние на формирование ценностно-мотивационной сферы ребенка. Предъявление родителями к ребенку требований, неадекватных его возрасту, полу, личностным и другим особенностям, а также установление не обоснованных для ребенка запретов также можно отнести к факторам риска. Важно, чтобы семья не становилась подавляющим институтом, а помогала ребенку развить свои способности и в конце концов вырасти самостоятельным, жизнеспособным и ответственным человеком. Необходимо также, чтобы предъявляемые требования и запреты были адекватны и обоснованы для ребенка. Зачастую родителям кажется ненужным объяснять ребенку, почему от него требуют выполнения тех или иных правил. Непонимание причин установленных запретов и требований неминуемо приводит к конфликтным ситуациям. Кроме того, необходим выбор адекватной формы предъявления требований к ребенку. Так, учитывая возрастные особенности формирования личности, пытаясь с директивных позиций приказывать подростку что-либо делать или, напротив, не делать, родители зачастую добиваются совершенно противоположного эффекта. Известно, что для того, чтобы правила были приняты, они должны обсуждаться и приниматься обеими сторонами как разумные, целесообразные.
- *Неадекватность требований родителей к зрелости личности ребенка, к сформированности его ценностных установок, самостоятельности и ответственности.* Связана с незнанием и непониманием родителями возрастных и личностных особенностей ребенка, представлений о целях и задачах воспитания. Кроме того, направленность родительских воспитательных воздействий либо на ускоренное развитие личности ребенка, либо, напротив, на поощрение детских качеств, инфантильной личности, может быть тесно связана с такими психологическими причинами, как решение родителями своих проблем за счет ребенка (примером может служить вовлечение ребенка в супружеские конфликты) и попытка реализации родителями в детях своих амбиций. В последнем случае речь идет о том, что родители зачастую воспринимают ребенка как продолжение себя и стремятся сделать все, чтобы ребенок добился того, что им самим так и не удалось, далеко не всегда считаясь с желаниями и возможностями самого ребенка.
- *Несбалансированная система поощрений и наказаний.* К факторам риска также

относится дисбаланс между количеством и интенсивностью наказаний и поощрений. Необходимо, чтобы наказание по возможности соответствовало проступку, равно как и поощрение было адекватным. В дисфункциональных семьях, имеющих проблемного ребенка, родители зачастую либо заикливаются на проблемах, акцентируясь на негативных качествах личности ребенка и используя для их преодоления в основном «кнут», либо, напротив, прячутся от проблем, не желают их замечать, оправдывают любой проступок ребенка и в основном предпочитают использовать систему поощрений;

- *Противоречивость воспитания.* Непоследовательность мер воспитания, применяемых к подростку, несогласованность позиций и мнений родителей способствуют развитию таких качеств, как тревожность, неуверенность и лживость. Это не значит, что принятые в семье правила должны быть ригидными и жесткими. Речь идет о том, что если родителями и ребенком принимается правило и оговариваются возможные санкции за его невыполнение или соответствующее поощрение, то это должно выполняться и на практике.
- *Недостаточный авторитет родителей в глазах ребенка.* Неспособность родителей оказывать на ребенка влияние, что тесно связано не только с привычными для данной семьи воспитательными мерами, но и низким уровнем родительского авторитета, также относится к факторам риска.

Одним из наиболее значимых с точки зрения влияния на возможность злоупотребления ПАВ оказывается нарушение эмоциональной функции семьи, которая состоит в удовлетворении ее членами потребностей в симпатии, уважении, эмоциональной поддержке, психологической защите. Семья способствует эмоциональной стабилизации ее членов, активно содействует сохранению их психического здоровья. С эмоциональной тесно связана функция духовного (культурного) общения, которая заключается в удовлетворении потребностей в совместном проведении досуга, взаимном духовном обогащении. Семья способствует культурному, духовному и нравственному развитию личности, поддержанию и развитию сферы совместной деятельности, интересов, формированию согласованных целей и ценностей. С нарушением эмоциональной стабильности могут развиваться и укрепиться такие проявления, как повышенная тревожность, страх перед действительностью, потеря чувства безопасности и недоверие к окружающим. В благополучных семьях семейные роли четко очерчены, взаимно дополняют и в случае необходимости заменяют друг друга в атмосфере понимания, доверия, доброжелательности, чувства личной ответственности каждого за жизнь семьи как единого целого.

Кроме нарушений в семейных функциях значительное негативное влияние на личность несовершеннолетнего, в частности, способствующее наркотизации, оказывают нарушения взаимоотношений в семейных подсистемах, в первую очередь в супружеской и родительско-детской.

Отклонения в супружеских взаимоотношениях. При рассмотрении семейных факторов риска наркозависимости детей и подростков особое внимание, как правило, уделяется стилю отношений между родителями и характеру отношений между родителями и детьми. Дети очень чувствительны к эмоциональным отношениям между родителями, а их поведение зачастую воспринимают как некий в той или иной степени осознанный эталон. Посредством интериоризации наблюдаемые в детстве формы поведения в более взрослом возрасте становятся для ребенка его «собственными».

В. Сатир подчеркивала, что супружеские отношения являются стержнем для формирования прочих отношений в семье. Нарушение супружеских отношений порождает дисфункциональные родительские отношения (Бэндлер Р., Гриндер Д., Сатир В., 1993). То, каким образом строятся отношения между родителями, не может не отразиться на ребенке, в

частности на его психическом здоровье. Напротив, теплота, уважение и принятие родителями друг друга служит той базой, на которой у ребенка формируется чувство защищенности, доверие к словам и поступкам окружающих.

В формировании аддиктивных механизмов родительское программирование имеет большое значение. Э. Берн (2005) определяет это прогнозирование понятием «сценарий». Сценарий — это постоянно развертывающийся жизненный план, который формируется... еще в раннем детстве в основном под влиянием родителей. Этот психологический импульс с большой силой толкает человека вперед, навстречу судьбе, и очень часто независимо от его сопротивления или свободного выбора. По сценарию человек наследует не только заболевания, но и способ взаимодействия со средой. Поэтому если родителям свойственно испытывать страх перед реальностью и искать утешения и защиты в ощущениях, достигаемых в контакте с аддиктивными агентами, то и дети унаследуют и этот страх, и способ защиты — уход от реальности. В выборе аддиктивных агентов ребенок может пойти по линии родителей или найти свои средства. В то же время не обязательно, что ребенок не избежит участи родителей. Сильнее может оказаться антисценарий — сын алкоголика выбирает профессию врача-нарколога. Социальные проблемы детей порождаются и другими видами аддиктивного поведения родителей.

И конкурентные, и антагонистические отношения пагубны для семьи в целом. Они сказываются на детях, которые в подобной семье непрерывно сталкиваются с целым рядом препятствующих нормальному формированию личности моментов. Ребенок растет в условиях противоречивых, несогласованных требований матери и отца. Духовная атмосфера семьи лишена покоя, мира, благополучия и стабильности, то есть необходимых условий для полноценного психического развития детей. Вследствие этого у ребенка часто формируются противоречивые чувства к своим родителям, а иногда и враждебное отношение к одному из них. В таких семьях ребенок не усваивает целый ряд нравственных общечеловеческих норм, снижается его способность к адаптации, резко возрастает риск нервно-психических заболеваний детей и злоупотребления ПАВ.

В основе семейных конфликтов лежат неадекватность восприятия, незрелые отношения взаимозависимости — отношения, служащие удовлетворению и поддержанию «невротических» потребностей в соперничестве, доминантности, защите, опеке. В результате длительно существующего конфликта у членов семьи наблюдается снижение социальной и психологической адаптации, отсутствие способности к совместной деятельности (в частности, неспособность к согласованности в вопросах воспитания детей) (Гишинский Я. И., 2002; Горьковская И. А., 1994; Назаров Е. А., 2000; Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В. В., 1999). Уровень психологического напряжения в семье имеет тенденцию к нарастанию, приводя к эмоциональным нарушениям, невротическим реакциям ее членов, возникновению чувства постоянного беспокойства у детей.

Как указывают Эйдемиллер Э. Г. и Юстицкис В. В. (1999), говоря о «семейном климате», необходимо иметь в виду действительные чувства. Ребенок легко чувствует вражду, стоящую между родителями. Ссоры в глазах ребенка приобретают катастрофические размеры. Если ребенок пытается предотвратить их, то он пытается предотвратить трагедию своего мира, так как конфликт между родителями переходит во внутренний конфликт Я (Спиваковская А. С., 1988).

Дисгармоничные родительско-детские взаимоотношения. Нарушения взаимоотношений родителей и ребенка могут быть самой различной этиологии. Значительную роль могут сыграть недостаток педагогической культуры родителей, особенности их личности, ценностные ориентации семьи (Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В. В., 1999).

Среди возможных психологических причин отклонений в воспитании большинство

специалистов в области семейной психотерапии и консультирования, называют:

- расширение сферы родительских чувств;
- предпочтение детских качеств в подростке;
- неразвитость родительских чувств;
- сдвиг в установке родителей по отношению к полу ребенка (предпочтение женских или мужских качеств);
- проекция на ребенка собственных нежелательных качеств;
- вынесение конфликта между супругами в сферу воспитания.

Подобные отношения родителей могут вызвать повышенную протекцию или, наоборот, гипопротекцию, эмоциональное отвержение и жестокое обращение. Возможен и противоречивый тип воспитания. Характерным нарушением родительно-детских взаимоотношений в семьях несовершеннолетних группы риска по наркозависимости также является недостаточный уровень требований, предъявляемых к ребенку. Признаками гармоничных родительских отношений, напротив, являются теплые и заботливые отношения к своему ребенку, эмоционально принятие его, родители понимают возрастные особенности подростка, поддерживают его в трудной ситуации, родители авторитетны для подростка, серьезно воспринимают его интересы и живут с ним в атмосфере сотрудничества.

Многочисленные исследования убедительно демонстрируют тот факт, что чем меньше тепла, ласки, заботы получает ребенок, тем медленнее он формируется как личность. Следствием являются отставание в развитии интеллекта, плохая успеваемость в школе, нарушение психического здоровья, формирование различных нарушений поведения, в том числе аддиктивных (Овчарова Р. В., 1996).

Авторы теории привязанности (Боулби Дж., 2004) утверждают, что на психологическое развитие и функционирование личности влияют привязанности к лицам, опекавшим в раннем возрасте. Недостаточная или патологическая привязанность в детстве обуславливает развитие форм дезадаптивной привязанности во взрослой жизни (Годфруа Ж., 1992). Первоначально под привязанностью понималось инстинктивное поведение ребенка, а также любая форма поведения, результатом которой является приобретение или сохранение близости с «объектом привязанности», которым обычно является человек, оказывающий помощь. Одним из проявлений незащищающей привязанности в детстве, описанным Дж. Боулби, является избегание близких контактов, о которых остались болезненные воспоминания, либо установление связи, называемой компульсивным оказанием помощи, когда человек внимателен к нуждам других, а собственные игнорирует. При первом нарушении взаимодействия высок риск формирования зависимости от наркотика как суррогатной замены привязанности к другим людям, при компульсивном оказании помощи высок риск возникновения созависимости.

В современных исследованиях, выполненных в русле теории привязанности, происходит переориентация с проблемы изучения самосознания ребенка к исследованию его поведения, которое чаще всего описывается в терминах социальной адаптации и компетенции. Привязанность рассматривается уже не как отношение, а как стратегия поведения с родителями (Психология зависимости, 2005; Факторы риска и защиты в профилактике злоупотребления психоактивными веществами у несовершеннолетних, 2004). В исследовании М. В. Быковой показана прямая зависимость стратегии поведения школьников и подростков от качества привязанности к матери (Быкова М. В.). Уже в пренатальном периоде ребенок способен воспринимать изменения эмоционального состояния матери. А. Ю. Егоров, С. А. Игумнов (2005) отмечают, что эмоциональные расстройства матери могут оказывать патогенное влияние на развитие ребенка, степень устойчивости адаптационных процессов к моменту рождения и последующего

взаимодействия с окружающей средой. Если во время первых контактов родители не удовлетворяют потребность ребенка в безопасности, то реальность для него может всегда оставаться фрустрирующим фактором.

Отсутствие доверительных отношений в семье во многом осложняет процесс социализации. Если человек в детстве не научился доверять, ему трудно создать близкие отношения с людьми. Он рискует попасть в заколдованный круг изолированности. Доверие у ребенка укрепляется тогда, когда его проблемы находят отклик у окружающих, когда в трудный момент ребенок обретает поддержку (но не гиперопеку, которая лишает инициативы). Ребенку также важно быть уверенным в том, что он состоятелен для окружающих (в первую очередь для близких людей) как соучастник (в лучшем смысле этого слова) во многих важных событиях.

Для конфликтной (дисфункциональной) семьи типичны «запутанные отношения». Это семья с отцом (отчимом), который находится на периферии семейного поля; семья с разьединенными, конфликтно существующими родителями; семья с хронической неприязнью между отдельными членами семьи, родственниками по материнской и отцовской линиям. В таких семьях часто наблюдаются проблемы с алкоголем; постоянно, особенно у женщин, встречаются психосоматические, то есть связанные с психогенными причинами, нарушения со стороны здоровья, поэтому могут наблюдаться «хронические, трудно излечимые заболевания» (Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В. В., 1999).

Характерными чертами поведения взрослых и детей в дисфункциональной семье, которые способствуют приобщению несовершеннолетних к ПАВ, являются:

- отсутствие заботы, радости от общения;
- доминирование разьединения, неприязни, взаимного перекладывания вины;
- активное нежелание членов семьи обсуждать внутрисемейные проблемы с кем-либо из окружающих, активное избегание семьей поддержки со стороны школы, служб социальной защиты, просто соседей;
- легко возникающее состояние тревоги и паники; часто наблюдается тенденция разрешать возникающие проблемы на эмоциональном уровне;
- несоответствие между словами и действиями, между одними посланиями со стороны родителей типа «Я тебя люблю» и другими, отталкивающими: «Уйди, надоел, не мешайся», что вызывает противоречивость чувств и реакций со стороны ребенка.

Важным является также такая характеристика дисфункциональных семейных взаимоотношений, как монологичный, или «субъект-объектный», стиль. В этом случае партнер по общению рассматривается прежде всего как средство для достижения каких-либо целей и удовлетворения потребностей, не принимается во внимание самооценочность человека и отношений с ним. Гармоничные, здоровые отношения, напротив, обозначаются как «субъект-субъектные», или диалогичные, которые основываются на доверительных, равноправных и открытых взаимоотношениях.

В целом специфика родительско-детских отношений в семьях несовершеннолетних группы риска проявляется в неоднородности и противоречивости нарушений стиля родительского, наличия крайностей в отношении к ребенку: от гиперпротекции до попустительства, от излишней эмоциональной дистанции до чрезмерной концентрации на ребенке. Согласно исследованию М. И. Христофоровой, специалиста Психолого-педагогического центра профилактики наркомании у детей и подростков Института специальной педагогики и психологии, дети и подростки группы риска наркозависимости при этом склонны видеть отношения с родителями враждебными, а их поведение — директивным и непоследовательным.

Созависимость как фактор, «фиксирующий» наркотизацию.

Высокая распространенность наркологических нарушений среди несовершеннолетних приводит к необходимости рассмотрения исследований проблемы созависимости в семьях наркозависимых подростков. Основные факторы «фиксирующие» наркотизацию представлены в табл. 2.4.

Таблица 2.4. Факторы, способствующие продолжению наркотизации

Область проявления	Фактор риска
Супружеские отношения и структура семьи	<ul style="list-style-type: none"> • острый кризис супружеских отношений вплоть до развода; • формирование коалиций внутри семьи; • перевернутая иерархия, перераспределение власти в семье в связи с манипулятивным отношением подростка к родителям; • нарушение внутренних и внешних границ семьи
Родительско-детские взаимоотношения	<ul style="list-style-type: none"> • синдром родительской реакции на наркотизацию ребенка; • отвержение родителями воспитательного стиля друг друга; • максимальная напряженность и конфликтность отношений; • нарушенные стили родительского отношения по типу гиперпротекции или гипоопеки; • деструктивные семейные роли и стратегии созависимого поведения; • наличие «правил»: «не говори», «не чувствуй», «не доверяй», «контролируй свои чувства»

Исследование структуры и динамики реакций родителей подростка, употребляющего наркотики, которое было проведено специалистами Самарского государственного университета, показало, что обнаружение употребления ребенком наркотиков приводит к развитию особого синдрома родительской реакции на наркоманию (СРРН), который проявляется следующим образом: у матерей — фобия утраты ребенка, чувство вины, стыд, воспитательная неуверенность, проекция на ребенка собственных отвергаемых черт; у отцов — эмоциональная и поведенческая неустойчивость, воспитательная неуверенность, отвержение ребенка, отвержение материнского стиля воспитания (Руководство по аддиктологии, 2007; Психология зависимости, 2005)

По мере развития СРРН, как и при любой болезни, родители наркомана приспособляются и начинают «выжимать» максимум выгод из своих невротических симптомов и защит. Симптомы и защиты приобретают социальную функцию, формируются особые внутрисемейные роли, заменяющие отношения близости, приносящие психологические преимущества («позволяя стричь психологические купоны», по выражению Э. Берна), например ощущения типа: «Я за своего ребенка...», «Я все для него сделала», «У меня уже другой заботы нет...», в которых ярко выражено чувство вины за отсутствие искренности и близости с ребенком раньше. Возможно, таким «психологическим купоном» является сочувствие. Однажды добившись чего-либо, люди пытаются добиться того же теми же средствами. Таким образом, приобретаются «вторичные выгоды», которые выступают как мощные детерминанты внутрисемейных отношений, в которых скрыты факторы,

провоцирующие срывы в период реабилитации и прерывающие ремиссию.

По данным С. В. Березина, К. С. Лисецкого (2001б) и др., в родительско-детских отношениях СРРН проявляется в том, что у матерей формируется опекающая (60%) и потворствующая (30%) гиперпротекция, что выступает как положительное подкрепление наркоманического поведения у детей. У отцов формируется неустойчивый стиль родительско-детских отношений, что в поведении часто проявляется как противоречивые воздействия, близкие к ситуации «двойного зажима». Важно, что в отличие от взаимоотношений в семьях несовершеннолетних группы риска, для группы наркозависимых подростков характерно наличие сформировавшихся нарушенных стилей родительского отношения по типу гиперпротекции или гипоопеки. Также для семей наркозависимых несовершеннолетних характерными являются манипулятивный стиль отношения подростка к матери и нарушения эмоциональной дистанции между ними.

Различия в стиле родительско-детских отношений, наличие в структуре СРРН несовместимых элементов, отвержение отцами воспитательного стиля матерей — все это приводит к тому, что отношения в супружеской паре ухудшаются, развивается острый кризис внутри брачной пары. В подавляющем большинстве семей это приводит к тому, что структура семьи стремительно меняется: мать и наркотизирующийся ребенок создают коалицию с жесткими, ригидными внешними границами и обостренными, максимально напряженными эмоциональными отношениями внутри. Брак в этом случае практически разрушается.

Психиатры считают, что в результате совместной жизни с наркоманом его родственники зарабатывают себе настоящую психическую патологию (которая, в свою очередь, вызывает и другие болезни) (Березин С. В., Лисецкий К. С., 2001а; Руководство по аддиктологии, 2007). В настоящее время для описания психического состояния, развивающегося у членов семьи химически зависимого пациента (наркомания, алкоголизм, токсикомания и др.), широко используется термин «созависимость». Понятие «созависимость» используется как для описания психического состояния отдельных членов семьи (созависимый), так и для характеристики внутрисемейных отношений в целом. Однако, несмотря на то что этот термин начинает широко использоваться в психотерапевтической практике с конца 1970-х годов, он, тем не менее, продолжает оставаться «нечетким и размытым», а сам феномен созависимости недостаточно исследованным (Назаров Е. А., 2000).

Созависимость («со-» — приставка, указывающая на совместимость, сочетанность действий, состояний) — это комплекс особых черт характера, появляющийся у родственников и близких наркоманов в результате постоянной психической травмы, попыток приспособиться к ней и мешающих родственникам строить нормальную и счастливую жизнь. Созависимость является не только мучительным состоянием для страдающего ею, но и для членов семьи, принимающих такие правила и формы взаимоотношений, которые поддерживают семью в дисфункциональном состоянии. Созависимость — это фактор риска рецидива химической зависимости у больного, фактор риска возникновения различных нарушений в потомстве, в первую очередь риска химической зависимости, почва для развития психосоматических заболеваний и депрессии. Созависимость родственников препятствует выздоровлению наркозависимого, то есть служит фактором, «подкрепляющим» болезнь (Москаленко В. Д., 2003; Назаров Е. А., 2000).

Исследователи выделяют следующие стратегии созависимых лиц, способствующие развитию аддиктивного поведения (Битти М., 1997; Руководство по аддиктологии, 2007; и др.):

- чувство чрезмерной лояльности к наркоману, желание (искреннее) справиться с трудностями его поведения;

- своеобразное чувство ответственности за то, что у кого-то развилась наркозависимость (на интуитивном уровне созависимые это понимают, и в какой-то степени они правы);
- стремление сохранить положение, впечатление о семье в обществе, респектабельность;
- стремление предотвратить опасные ситуации (угрозу ухудшения социального положения из-за аддикции одного из членов семьи);
- желание сохранить семью;
- желание смягчить агрессию наркомана;
- давление других людей (родственников, знакомых);
- избегание помощи извне (психологической, медицинской и др.);
- отсутствие осознания болезни, характера ситуации;
- подсознательное желание быть незаменимым, необходимым для наркозависимого (это желание может превращаться в желание осуществлять контроль и власть).

По мнению С. В. Березина, К. С. Лисецкого и Е. А. Назарова (2001), созависимость — это защитная компенсаторная реакция на внутриличностный конфликт». Сторонами конфликта при этом выступают крайне противоречивые отношения со значимым человеком и, с другой стороны, индивидуализированная система культурных норм, ценностей, предписаний и т. п. Созависимость «при этом выражается в поведении, направленном на разрушение одной из сторон конфликта. В отягощении семьи наркомана уместно определение «саморазрушающаяся семья» (Березин С. В., Лисецкий К. С., Назаров Е. А., 2001).

Основные характеристики созависимости:

- *Низкая самооценка.* Это основная характеристика созависимых, на которой базируются все остальные. Отсюда вытекает такая особенность созависимых, как направленность вовне. Созависимые полностью зависят от внешних оценок, от взаимоотношений с другими, хотя они слабо представляют, как другие должны к ним относиться. Из-за низкой самооценки созависимые могут постоянно критиковать, но не переносят, когда их критикуют другие. В этом случае они становятся самоуверенными, негодующими, гневливыми. В глубине души созависимые не считают себя достаточно хорошими людьми, они испытывают чувство вины, когда тратят на себя деньги или позволяют себе развлечения. Низкая самооценка движет ими, когда они стремятся помогать другим. Не веря, что могут быть любимыми и нужными, они пытаются заработать любовь и внимание других и стать в семье незаменимыми.
- *Компульсивное желание контролировать жизнь других.* Созависимые жены, матери, сестры больных с зависимостью — это контролирующие близкие. Они верят, что в состоянии контролировать все. Чем хаотичнее ситуация дома, тем больше усилий они прилагают для ее контроля. Думая, что могут сдерживать пьянство близкого, контролировать восприятие других через производимое впечатление, они представляют, что окружающие видят их семью такой, как они ее изображают. Созависимые уверены, что лучше всех в семье знают, как должны развиваться события и как должны себя вести другие члены. Они пытаются не позволять другим быть самими собой и протекать событиям естественным путем. Для контроля над другими созависимые используют разные средства — угрозы, уговоры, принуждение, советы, подчеркивая тем самым беспомощность окружающих («Муж без меня пропадет»). Попытки взять под контроль практически неконтролируемые события часто приводят к депрессиям. Другим исходом контролируемого поведения

созависимых является фрустрация, гнев. Боясь утратить контроль над ситуацией, созависимые сами попадают под контроль событий или своих близких, больных химической зависимостью.

- *Желание заботиться о других, спасать других.* Созависимые любят заботиться о других, часто выбирая профессии врача, медсестры, учителя. Соответствующее поведение вытекает из убежденности созависимых в том, что именно они ответственны за чувства, мысли, действия других, за их выбор, желания и нужды и даже за их судьбу. Спасая больного, созависимые лишь способствуют тому, что он продолжает употреблять алкоголь или наркотики. И тогда созависимые злятся на него. Попытка спасти никогда не удается. Это всего лишь деструктивная форма поведения и для больных, и для созависимых. Последние пытаются спасти других потому, что для них это легче, чем переносить дискомфорт и неловкость, а порой и душевную боль, сталкиваясь с неразрешенными проблемами.
- *Чувства.* Многие поступки созависимых мотивированы страхом, который является основой развития любой зависимости. Страх столкновения с реальностью, страх быть брошенной, страх, что случится самое худшее, страх потери контроля над жизнью. Помимо страха у созависимых могут преобладать в эмоциональной сфере и другие чувства: тревога, стыд, вина, затянувшееся отчаяние, негодование и даже ярость. Еще одной характерной особенностью эмоциональной сферы является обнуление чувств (затуманивание, неясность восприятия) либо полный отказ от чувств. По мере длительности стрессовой ситуации в семье у созависимых растут переносимость эмоциональной боли и толерантность негативных эмоций. Способствует росту толерантности такой механизм эмоционального обезболивания, как отказ чувствовать, потому, что чувствовать слишком больно. Жизнь созависимых протекает так, как будто и не воспринимается всеми чувствами. У них как бы утрачены навыки распознавания и понимания своих чувств. Они слишком поглощены удовлетворением желаний других людей. Одно из определений созависимости гласит: «Созависимость — это отказ от себя». Созависимые даже думают, что не имеют права на свои чувства, они готовы отречься от своего чувственного опыта. Трансформация чувств происходит подсознательно. Гнев занимает большое место в жизни созависимых. Они чувствуют себя уязвленными, обиженными, рассерженными и обычно склонны жить с людьми, которые чувствуют себя точно так же. Они боятся собственного гнева и гнева других людей. Проявление гнева часто используется для того, чтобы держать на расстоянии от себя того, с кем трудно строить взаимоотношения. Созависимые стараются подавить свой гнев, но это не приводит к облегчению, а лишь усугубляет состояние. Вина и стыд — часто присутствуют в их психологическом состоянии. Они стыдятся как собственного поведения, так и поведения своих близких, страдающих химической зависимостью, поскольку у созависимых нет четких границ личности.
- *Отрицание.* Созависимые используют все формы психологической защиты: рационализацию, минимизацию, вытеснение. Они склонны игнорировать проблемы или делать вид, что ничего серьезного не происходит. Порой созависимые постоянно заняты чем-то, чтобы не думать о главной проблеме. Они легко обманывают себя, верят в ложь, верят всему, что им сказали, если сказанное совпадает с желаемым. Отрицание позволяет созависимым жить в мире иллюзий, поскольку правда настолько болезненна, что они не могут ее вынести. Отрицание — это тот механизм, который дает им возможность обманывать себя. Обман себя — деструктивный процесс как для самого индивида, так и для других. Обман — форма духовной деградации. Созависимые отрицают у себя наличие признаков созависимости.

Именно отрицание мешает мотивировать их на преодоление собственных проблем, попросить помощи, затягивает и усугубляет химическую зависимость у близкого, позволяет прогрессировать созависимости и держит всю семью в дисфункциональном состоянии.

- *Болезни, вызванные ст рессом.* Жизнь созависимых сопровождаются телесные недуги (психосоматические нарушения). Они болеют оттого, что пытаются контролировать то, что в принципе не поддается контролю (чью-то жизнь). Созависимые много работают. Они содержат в порядке вещи. Много сил тратят на то, чтобы выжить, из-за чего у них развивается функциональная недостаточность. Появление психосоматических заболеваний свидетельствует о прогрессировании созависимости. Оставленная без внимания созависимость может привести к смерти из-за психосоматического заболевания, невнимания к собственным проблемам.

Чем бы ни являлась созависимость, сравнение этого состояния с зависимостью лишь помогает глубже понять изучаемое явление. Наиболее явно это прослеживается в концепции параллелизма зависимости и созависимости, разработанной В. Д. Москаленко (2003). С точки зрения В. Д. Москаленко, созависимость — зеркальное отражение зависимости. Основными психологическими признаками любой зависимости является триада: обсессивно-компульсивное мышление, когда речь идет о предмете зависимости (об алкоголизме, наркотиках); отрицание как форма психологической защиты; утрата контроля.

Химическая зависимость поражает как индивида, так и его семью физически, психологически, социально. Как видно, указанные выше признаки относятся и к созависимости. Сходство зависимости и созависимости усматриваются в том, что оба состояния:

- представляют собой первичное заболевание, а не симптом иного заболевания;
- приводят к постепенной физической, психической, эмоциональной и духовной деградации;
- при невмешательстве могут привести к преждевременной смерти;
- при выздоровлении требуют системного сдвига как в физическом, так и в психологическом плане.

Пристрастие к алкоголю и наркотикам и созависимость в равной степени отбирают у больного и его близких, совместно с ним проживающих, энергию, здоровье, подчиняют себе их мысли, эмоции (табл. 2.5). В то время как больной навязчиво думает о прошлой или будущей выпивке (потреблении химических веществ), мысли его жены (матери) столь же навязчиво направлены на возможные способы контроля над его поведением.

Таблица 2.5. Параллелизм проявлений зависимости и созависимости

Признак	Зависимость	Созависимость
Охваченность сознания предметом пристрастия	Мысль об алкоголе, наркотике доминирует в сознании	Мысль о больном доминирует в сознании
Утрата контроля	Над количеством алкоголя или наркотика, над ситуацией, над своей жизнью	Над поведением больного и над собственными чувствами, над жизнью
Отрицание, рационализация и другие формы психологической защиты	«Я не алкоголик», «От наркотика мне ничего не будет»	«У меня нет проблем. Проблемы у моего мужа (сына)»

Преобладающие чувства	Душевная боль, вина, стыд, страх	Душевная боль, вина, стыд, ненависть, негодование
Рост толерантности	Увеличивается переносимость все больших доз вещества	Растет выносливость к эмоциональной боли
Синдром похмелья	Для облегчения синдрома требуется новая доза	После развода с зависимым человеком вступает в новые деструктивные взаимоотношения
Опьянение	Часто повторяющееся состояние в результате употребления ПАВ	Невозможность рассудительно, то есть трезво, мыслить как часто повторяющееся состояние
Самооценка	Низкая, допускающая саморазрушающее поведение	Низкая, допускающая саморазрушающее поведение
Физическое здоровье	Болезни печени, сердца, желудка, нервной системы	Гипертензия, головные боли, невроз сердца, язвенная болезнь
Сопутствующие психические нарушения	Депрессия	Депрессия
Перекрестная зависимость от других веществ	Зависимость от алкоголя, наркотиков, и других ПАВ может сочетаться у одного индивида	Помимо зависимости от большого возможна зависимость от транквилизаторов
Отношение к лечению	Отказ от лечения	Отказ от лечения
Условия выздоровления	Воздержание от ПАВ, знание концепции болезни, долгосрочная реабилитация	Отстранение, знание концепции созависимости, долгосрочная реабилитация
Течение	Рецидивирующее	Рецидивирующее

В целом при рассмотрении проблемы созависимости авторы выделяют следующие параметры (Максимова Н. Ю., 2000):

- созависимость связана с нарушением возможности открытого выражения чувств и обсуждения личностных и межличностных проблем, отрицанием проблем, поддержанием иллюзий в отношениях, которые при этом характеризуются высокой конфликтностью; члены семьи при этом поддерживают фасад псевдоблагополучия;
- на поведенческом уровне созависимость проявляется в виде стереотипных форм, в таких семей характерна «замороженность» правил и ролей;
- созависимость связана с выхолащиванием и обеднением эмоциональной сферы личности;
- созависимость выражается в перемещении фокуса ответственности и контроля со своей жизни на жизнь другого человека;
- созависимость — это реактивный процесс, смысл и цель которого заключаются в снятии внутриличностного конфликта способом саморазрушающего поведения;
- созависимость также выражается в абсолютизировании воли и контроля.

Следует также упомянуть и тот факт, что для описания феноменологии состояния созависимости большинство исследователей прибегают к составлению психодиагностических шкал, направленных на выявление созависимости (Кулаков С. А.,

1998; Шорохова О. А., 2002).

Условно выделяют четыре этапа течения созависимости.

1-й этап. Шок при получении информации о том, что один из членов семьи болен болезнью патологической зависимости. Если в семье появляется больной алкоголизмом, то этот этап растягивается во времени и интенсивность переживаний менее выражена. Этот этап неизбежен, несмотря на то что ему часто предшествует период тревожности и озабоченности по поводу учащающихся выпивок, увеличения дозы спиртного при развитии алкоголизма. Мыслей о болезни пока не возникает, или они не допускаются в сознание. Если подобные изменения начинают замечать посторонние люди, то у родных всегда находятся оправдательные аргументы: «Не мог отказать друзьям (начальству)», «Совпало несколько праздников». Наркомания развивается быстрее, чем алкоголизм, но близкие если и замечают изменения в поведении и начинают беспокоиться, то, как правило, объясняют их другими причинами, не связанными с наркотиками, — плохим самочувствием, неприятностями на работе, усталостью. Пытаются выяснять отношения, вводить запретительные меры. В семье нарастает общая тревожность, нервозность и раздражительность, отчужденность. Шок наступает тогда, когда факт болезни становится неоспоримым и очевидным. Он может переживаться остро, как состояние полного краха, трагедии, безысходности, наказания и кары за «грехи», сопровождаться бурными эмоциональными проявлениями, плачем, агрессией в отношении больного или суицидальными мыслями либо оцепенением, «окаменелостью», безразличием.

2-й этап. Пережив состояние шока, все созависимые члены семьи объединяют свои усилия и направляют их на попытки вытащить больного зависимостью из его проблем. Они считают, что если «взять с него слово», заставить «покаяться здоровьем близких», устроить в престижный вуз, купить дорогую вещь, отправить на отдых за границу или посадить под домашний арест, то «все пройдет», «он больше не будет колотиться». Вся жизнь семьи перестраивается и сосредоточивается на больном и его интересах. Все члены ощущают свою ответственность. Больному многое прощается, стоически переносятся житейские неудобства пока он «исправляется». Родные стараются вести себя «идеально». Семья как будто приспособляется к болезни, но нездоровым образом. С одной стороны, жизнь больного начинает строже всего контролироваться, а с другой — подобные старания созависимых только усугубляют развитие болезни. Душевное напряжение в этот период достигает такой интенсивности, что не только больному, но и созависимым требуется медицинская помощь.

3-й этап. Возникает при неудачных попытках лечения больного зависимостью или срыве ремиссии и переживается как состояние краха всех надежд, отчаяния. Подавленное настроение достигает глубины депрессии, иногда с суицидальными мыслями. Подавленное настроение чередуется с приступами раздражения, злобы, стремлением найти виноватых в происходящем среди окружающих. Истощаются и физические, и душевные ресурсы. На этом этапе возможно развитие тяжелых телесных недугов, а также и зависимости (алкоголизма).

4-й этап. Возникает после использования многократных и непродуктивных или малоэффективных способов решить за больного все его социальные, финансовые проблемы, сложности со здоровьем и с преодолением болезненного влечения к наркотику. Формируется патологический симбиоз больного и созависимого в виде одного из типов.

Выделяются следующие типы созависимости:

- «Мученик». Жертвует собой во имя больного члена семьи, им владеет постоянное сильное чувство вины за происходящее, он ждет каких-то шагов от больного.
- «Преследователь». Стремится наказать «виновника» — больного зависимостью, испытывает злость и горечь от неразрешимости ситуации, ищет виноватых и подвергает их наказанию.

- «Соучастник заговора, потакатель». Всегда готов исполнить желание зависимого. Он может купить наркотик или забрать больного наркоманией из больницы, если тот жалуется, что ему там плохо. Он срывает попытки больного выйти из зависимости.
- «Собутыльник». Предпринимает попытки найти контакт с больным зависимостью через совместное употребление ПАВ. Часто в этой роли оказываются жены алкоголиков. Другой мотив приобщения к ПАВ у созависимых — это их прием «назло», чтобы досадить больному алкоголизмом или наркоману за «исковерканную жизнь».
- Апатичный тип созависимых. Смирится со сложившейся в семье ситуацией, «опускает руки» и ничего не предпринимает для решения проблемы.
- Тип созависимости по принципу договора — формирование самообмана. Созависимый делает вид, что с появлением в семье наркомана ничего не произошло. Все идет как обычно. И если наркоман будет выполнять привычные обязанности по дому, созависимый пытается не замечать наличия кричащей проблемы. Этот тип созависимости хрупок и недолговечен. Как только договор нарушается (а больной не может долго выдерживать свою роль), ситуация взрывается и выходит из-под контроля.
- Параллельное существование. Больной и близкие не вмешиваются в проблемы друг друга и делают вид, что каждый живет своей жизнью. Происходят попытки отдельного, автономного проживания на совместной территории. При четком соблюдении условия взаимного невмешательства жизнь происходит по принципу «не выносить сор из избы». Но эта тактика поведения, как правило, не срабатывает. Наркоман не способен жить самостоятельно. Из-за выраженного, зачастую неконтролируемого влечения к наркотику поведение, направленное на поиск и употребление наркотического средства, раньше или позже разрушает кажущееся равновесие.

Как зависимость, так и созависимость являются длительным, хроническим состоянием, приводящим к страданиям, деформации духовной сферы. У созависимых эта деформация выражается в том, что они вместо любви питают к близким ненависть, теряют веру во всех, кроме себя, хотя своим здоровым импульсам тоже не доверяют, испытывают жгучее чувство ревности, зависти и безнадежности. Жизнь у зависимых больных и их созависимых близких проходит в условиях социальной изоляции. Химическую зависимость часто называют болезнью безответственности. Созависимые лишь внешне производят впечатление сверхответственных людей, однако они в равной степени безответственны к своему состоянию, к своим потребностям, к своему здоровью и тоже не могут выполнять родительских обязанностей.

Основатели концепции семейной созависимости отмечают, что основные правила таких семей — «не говори», «не чувствуй», «не доверяй», «контролируй свои чувства», которые не высказываются, а утверждаются невербально — взглядами, мимикой, жестами, интонацией (Коробкина З. В., Попов В. А., 2002; Факторы риска и защиты в профилактике злоупотребления психоактивными веществами у несовершеннолетних, 2004). Браун Дж., Кристенсен Д. (2001) считают, что не только зависимые, но и их дети и даже внуки не способны идентифицировать и выражать свои чувства, просить помощь; для них характерны экстремальное мышление, фокусировка на внешнем окружении, двойные установки, низкая самооценка, самообвинение, тенденция к скрытности, склонность к приступам депрессии и беспокойства, искаженное представление о семье. То же можно отнести и к родителям наркозависимых.

При этом наличие в проблемных и нестабильных семьях хронических родительско-

детских конфликтов, обостренных эмоциональных реакций, обид и оскорблений, а также функционирование механизмов защиты на личностном и межличностном уровнях приводят к тому, что такие семьи имеют крайне низкую мотивацию на участие в профилактической и терапевтической работе (Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В. В., 1999). К сожалению, в подавляющем большинстве случаев члены семьи (родители) начинают проявлять инициативу уже в период открытой наркотизации подростка, когда психологическая зависимость сформировалась и сочетается с мощной физиологической зависимостью, а родители и члены семьи включены в систему «наркоманского» поведения.

Таким образом, одной из актуальных задач является своевременное выявление проблемных семей с целью проведения с ними соответствующей профилактической работы. Приоритетными направлениями в работе с семьями по снижению вероятности формирования наркозависимости у подростков группы риска являются:

- коррекция имеющихся нарушений в сфере детско-родительских взаимоотношений;
- профилактика созависимости, которая выступает в качестве подмены истинно близких отношений между матерью и ребенком;
- информирование членов семьи о причинах и последствиях употребления ПАВ и формирование у них адекватного отношения к проблеме.

Факторы риска, связанные со школой, окружением, сверстниками и сферой досуга.

Основные факторы риска приобщения детей и подростков к ПАВ, относящиеся к социальной сфере, включающей школу, окружение и сверстников, приведены в табл. 2.6.

Таблица 2.6. Основные факторы риска злоупотребления ПАВ, связанные со школой, окружением и сверстниками

Социальный объект	Фактор риска
Школа	<ul style="list-style-type: none"> • употребление ПАВ в образовательном учреждении; • раннее асоциальное поведение в образовательном учреждении; • хроническая академическая неуспеваемость, особенно начавшаяся в начальной школе; • конфликтные отношения с педагогами и сверстниками, недоброжелательный климат в школе; • частая смена школ; • неспособность справиться с общественными задачами, общественная пассивность; • частые пропуски, прогулы занятий; • неопределенная позиция школы в отношении наркотиков и других ПАВ; • неподготовленность школьного персонала в отношении проблемы; • попытка педагогического коллектива проводить профилактическую работу используя модели запугивания и устрашения; • доступность наркотиков и алкоголя в школе
Окружение, сверстники	<ul style="list-style-type: none"> • наличие в ближайшем окружении ребенка или подростка лиц, употребляющих ПАВ, или лиц с девиантным поведением; • одобрение наркотизации в ближайшем окружении

ребенка;

- отчуждение или конфликтные отношения со сверстниками;
- принадлежность к «отвергнутым» или к тем, кто находится в контакте с «отвергнутыми» детьми

Рассмотрим их более подробно.

Школа. Условия, связанные с пребыванием ребенка в образовательном учреждении, приобретают в последнее время все большее значение в отношении возможности приобщения к ПАВ. Школьная (образовательная) среда, являясь одним из основных мест жизни ребенка начиная с 7 лет, служа для него моделью социума, «микромира», зачастую становится фактором, способствующим формированию аддиктивного поведения, а иногда и возникновения зависимости от ПАВ. Ребенок проводит в школе большую часть своей жизни, в ее стенах происходит его переход из одного возрастного периода в другой, формирование личности, самосознания. Особенно велика роль школы в первые годы обучения. Согласно данным выборочных исследований, в начальных классах выявляется 30% детей с проблемами школьной адаптации, выражающимися в нарушениях успеваемости, поведения и межличностных отношений.

По мнению экспертов, школа утрачивает тот потенциал влияния на формирование детей и подростков, которым обладала ранее. Сегодня школа еще в какой-то степени сдерживает наркотизацию молодежи, по крайней мере первая проба у большинства происходит за ее пределами, чаще среди друзей и знакомых по месту жительства. По данным российских социологов, образовательное учреждение стало местом первой пробы наркотика лишь для 17,5% молодежи, тогда как дискотека или иная тусовка — для 19,9 и 30,8% молодежи соответственно. Распространение наркотизации школа предотвратить не может, ибо сама находится в кризисе, вызванном прежде всего двумя обстоятельствами. Во-первых, кризисом системы ценностей, охватившим общество, а во-вторых, ослаблением мотивации молодежи к получению знаний, что значительно снижает в глазах последней авторитет и значимость школы. Пример старшего поколения, а зачастую и собственных родителей, многие из которых получили образование высокого уровня, а сегодня оказавшихся ниже черты бедности, не лучший стимул к напряженному труду по овладению знаниями. Поэтому для многих детей и подростков школа утратила значение места реализации их социальных потребностей, вместе с этим ослабевает также ее контролирующая и профилактическая роль. Сегодня еще сказываются остатки советской системы воспитания, в чем-то консервативной, но препятствовавшей наркотизации детей и подростков. Но и этот фактор исчерпывается, молодежь становится свободнее, раскованнее и легче поддается негативным воздействиям.

К факторам риска, связанным с образовательным учреждением, можно отнести прежде всего употребление ПАВ в образовательном учреждении. Лояльное, попустительское отношение педагогического коллектива и администрации образовательного учреждения к употреблению ПАВ как учениками, так и педагогами в пределах школы создает у учащихся представление о допустимости, социальной одобряемости и даже желательности подобного поведения.

Раннее асоциальное поведение в образовательном учреждении также можно отнести к факторам, имеющим достоверное влияние на отношение подростка к ПАВ в будущем, его асоциальное поведение в более старшем возрасте. Имеются данные (Andrews B., Wilding J. M., 2004; Preventing and controlling drug abuse, 1990), отмечающие особую значимость для возможного приобщения ребенка к ПАВ отклонений в его поведении, таких как агрессивность или наоборот, чрезмерная робость и застенчивость.

Хроническая академическая неуспеваемость, особенно начавшаяся в начальной

школе, положение неуспевающего ученика приводит к появлению у него чувства неполноценности, ущербности. Часто ребенок пытается компенсировать свои неудачи в школе за счет самоутверждения за ее пределами, порой прибегая к асоциальным видам деятельности, в том числе употреблению ПАВ.

Конфликтные отношения с педагогами и сверстниками, недоброжелательный климат в школе можно также считать предрасполагающим фактором развития наркотизации в подростковом возрасте. Отсутствие конструктивных отношений, контактов с учителями и одноклассниками приводит к тому, что образовательное учреждение, вместо того чтобы быть для ребенка местом самореализации и самоактуализации, становится источником постоянного стресса. В этих условиях возможно использование ребенком или подростком дезадаптивных моделей совладания со стрессом, в частности употребление ПАВ.

Частая смена школ, зачастую связанная со сменой местожительства, приводит к тому, что ребенок плохо адаптируется в новом коллективе, не успевает приобрести друзей, не может реализоваться в обществе школьных друзей.

Неспособность справиться с общественными задачами, общественная пассивность, вызванная непониманием учителями психологических особенностей подростка, взваливанием на его плечи общественных нагрузок, вызывающих у него неприятие и дискомфорт, может привести к отстранению ученика от жизни класса, избеганию общественных, чаще просоциальных, мероприятий, заставляет его обращаться за пониманием, общением в уличные и дворовые компании.

Частые пропуски, прогулы занятий, даже по болезни, приводят к тому, что ребенок, во-первых, перестает успевать по школьным предметам, что со временем приводит к формированию хронической неуспеваемости, а во-вторых, выключают ребенка из жизни класса, он стремится реализовывать свои потребности в общении не в школьном коллективе, а в каком-либо неформальном подростковом объединении.

Если позиция школы в отношении наркотиков и других ПАВ не определена, то и учащиеся относятся к ним как к чему-то обыденному, норме жизни. Попустительское отношение учителей к курению на территории школы неизбежно приводит к увеличению числа потребителей ПАВ как среди учащихся, так и среди педагогов.

Школьный персонал, как правило, имеет очень нечеткое, размытое, а иногда и попросту ложное представление о проблемах наркотизации, вопросах приобщения подростков к ПАВ, зависимости от наркотиков, реабилитации зависимых. Учителя не знают юридических аспектов проблемы, прав и обязанностей как своих, так и учащихся. Это приводит к тому, что персонал образовательного учреждения не в состоянии решить уже существующие проблемы, связанные с ПАВ, не может предотвратить возможные. Во многих образовательных учреждениях можно выявить неподготовленность школьного персонала в отношении проблемы. Для педагогов современной школы характерны следующие заблуждения (Руководство по аддиктологии, 2007; Психология зависимости, 2005; Шипицына Л. М., 2000; Шнейдер Л. Б., 2005):

- «У нас в школе этого нет и быть не может»;
- «Если мы начинаем говорить о наркотиках с детьми, то только привлечем внимание к тому, чем они сами могли бы и не заинтересоваться»;
- «Если мы примем для себя специальную программу борьбы с наркотиками, то о нас плохо подумают родители»;
- «Борьба с распространением наркотиков не входит в сферу профессиональных обязанностей педагогов, это функция специалистов».

Попытка педагогического коллектива проводить профилактическую работу, используя модели запугивания и устрашения, даже имея благородную цель, приводит, как правило, к

отрицательному результату. На протяжении достаточно длительного времени в нашей стране применялась лишь тактика запугивания, предоставления негативной информации. На профилактических занятиях, а чаще всего это были уроки ОБЖ, учителя рассказывали о страшных последствиях потребления наркотиков, отделяваясь общими фразами, выдвигая устаревшие лозунги, были не в состоянии ответить ни на один конкретный вопрос. В результате подобная тактика приводила к прямо противоположному результату: вызывала у подростков недоверие как к педагогу, так и к предоставляемой информации, любопытство, желание опровергнуть услышанное собственным опытом. Конечно, полностью отказываться от профилактики негативных явлений нельзя, она должна обязательно присутствовать в программах, но проводиться с учетом возраста учащегося. Невозможно одну и ту же информацию преподносить одинаково подростку и ученику начальной школы, она должна быть строго дозированной и рассчитанной на психологические особенности возраста. Так, элементы запугивания достаточно эффективны в работе с детьми дошкольного и младшего школьного возраста, у которых отсутствует критика в отношении педагогов как источников информации.

Естественно, что в школах, где наркотики более доступны, куда продавцы и распространители алкоголя и наркотиков имеют свободный доступ, существует более высокий показатель потребления ПАВ среди учащихся. Поэтому, доступность наркотиков и алкоголя в школе можно также рассматривать как фактор риска приобщения подростков к ПАВ.

Итак, школа, как мы видим, является той сферой, тем объектом, где должны быть сосредоточены основные усилия специалистов, занимающихся профилактикой приобщения несовершеннолетних к ПАВ. Факторы риска, связанные с образовательным учреждением, описанные выше, должны не просто учитываться при составлении профилактических программ, целевой группой для которых являются дети и подростки, а опираться на них в своей работе. Со школьной средой могут быть также связаны и защитные факторы, препятствующие наркотизации, подробно рассмотренные в соответствующей главе.

Окружение и сверстники. Влияние группы на приобщение молодежи к наркотикам эксперты относят к числу очень значимых факторов. Первая проба, как правило, проходит в среде хороших знакомых и под их влиянием. Групповое влияние, групповое давление часто оказывают решающее воздействие на продолжение экспериментирования с наркотиками и привыкание к ним. На определенном этапе социализации групповое взаимодействие становится одним из ведущих механизмов формирования личности. Этим объясняется тяга подростка к группе, значимость для него принятых в ней норм и правил, способность группы подчинять себе волю и интересы своих членов, диктовать им формы поведения. Уменьшить ее негативное воздействие удастся далеко не всегда. Зависимость ребенка или подростка от группы тем выше, чем меньше количество групп, в жизнедеятельность которых он включен. Исчезновение прежнего многообразия общедоступных кружков, секций, студий, детских и пионерских организаций и лагерей и многого другого, с одной стороны, объективно повысило в глазах подростков значимость оставшихся неформальных, в том числе асоциальных и криминальных, групп и объединений, а с другой — значительно сократило возможность группового взаимодействия на базе социально одобряемых видов деятельности, формировавших позитивную направленность личности.

В силу возрастных психологических особенностей в подростковом возрасте роль сверстников по значимости начинает превосходить и семью, и другое окружение, ранее столь важное для ребенка. В качестве наиболее значимых факторов риска наркотизации на этом уровне исследователи выделяют следующие.

Наличие в ближайшем окружении ребенка или подростка лиц, употребляющих ПАВ, или лиц с девиантным поведением является одним из наиболее важных индикаторов,

указывающих на возможность употребления наркотиков подростком независимо от того, имеют место другие факторы риска или нет. Постоянный контакт с ПАВ, пребывание в среде потребителей ПАВ изменяют отношение подростка к наркотикам, создают представление о них как об обыденных, повседневных явлениях жизни. К тому же подобное окружение может сформировать у ребенка или подростка установку на асоциальное поведение, неприятие здорового образа жизни.

Одобрение наркотизации в ближайшем окружении ребенка, наркотизированный микросоциум зачастую являются фактором, сводящим к нулю все профилактические усилия, предпринимаемые педагогами. Когда алкоголь и наркотики ассоциируются у подростка с хорошо проведенным временем, праздником, когда родственниками и знакомыми культивируется их потребление, вероятность приобщения такого подростка к ПАВ значительно возрастает.

Отчуждение и конфликтные отношения со сверстниками препятствуют реализации потребности в эмоциональном общении, самореализации, самоутверждении, они могут подталкивать подростка к неформальным группировкам, ведущим социально неприемлемый образ жизни, потребляющим ПАВ.

Подросток, не принятый в детском коллективе, принадлежащий к «отвергнутым» или к тем, кто находится в контакте с «отвергнутыми» детьми, ощущает постоянное одиночество, испытывает психологический дискомфорт. Такие дети являются группой риска злоупотребления ПАВ. Социально изолированные или отвергаемые сверстниками дети гораздо чаще бывает психологически неблагополучными. Непопулярность и социальная отверженность ребенка могут быть предвестниками отклоняющегося поведения. Остается неясным, в какой мере отклоняющееся поведение детей связано с их контактами с асоциальными сверстниками. Социолог Сазерленд (Раттер М., 1987) впервые высказал предположение, что нарушения в поведении могут формироваться под влиянием других людей, зависят от частоты и постоянства контактов ребенка с асоциальным окружением.

Досуг. Сфера досуга занимает значительное место в жизни современной молодежи, справедливо относится к основным микросоциальным факторам, влияющим на возможность приобщения к наркотикам (перечень признаков риска, проявляющихся в данной сфере, приведен в табл. 2.4).

Хорошо известно, что структура досуга современных подростков существенно изменилась, их свободное время характеризуется доминированием культурно-потребительского, развлекательного типа поведения. Учреждения культуры и спорта становятся все менее доступными для большинства школьников, при опросах недоступность из-за их дороговизны отмечают от 30 до 40% старшеклассников. Подростки постепенно теряют навыки досугового общения, развитие шоу-бизнеса ведет к преобладанию пассивных форм проведения досуга. По данным социологов, более половины подростков не осознают своих досуговых потребностей.

По данным социологических исследований (Шереги Ф. Э., 2004), 70% подростков и молодежи проводит досуг, встречаясь с друзьями, прослушивая музыку, просматривая кино- и видеофильмы. До 34% посещают дискотеки, читают книги, занимаются спортом, играют или работают на компьютере, занимаются домашним хозяйством. Значительно меньшая доля (до 15%) тех, кто ходит в кино, на выставки, выезжает на природу. Такое же количество (15%) можно назвать социально отчужденными: они не входят в состав неформальных групп, не общаются со сверстниками. В данную категорию входит почти 5 млн человек в возрасте 11–24 лет, и она требует пристального внимания со стороны общества.

Некоторые виды досуговой деятельности становятся актуальными в различные возрастные периоды: интерес к дискотекам проявляется у подростков начиная с 14 лет: 39% этой возрастной группы становится посетителями дискотек. Максимум данный показатель

достигает к 16 годам (49%). После 21 года интерес к данному времяпрепровождению значительно снижается.

Каникулы большинство подростков проводит дома или на даче. Эту ситуацию нельзя назвать благоприятной, поскольку известно, что 62% употребляющих наркотические вещества подростков проводят каникулы именно дома. Подростки, употребляющие ПАВ или только пробовавшие их, редко занимаются спортом, редко ходят в походы, значительно реже, чем их сверстники, читают книги.

В современных социальных условиях потребность подростков и молодежи в полноценном культурном досуге зачастую остается нереализованной. Причиной этому могут служить как внешние условия, такие как коммерциализация этой сферы, низкий материальный уровень, так и внутренние, личностные, например неумение структурировать время, неспособность организовать свой досуг, отсутствие или ограниченность интересов. Согласно данным государственного доклада «О положении детей в Российской Федерации в 2002 году», подготовленного Министерством труда и социального развития РФ, отечественная структура детского отдыха и досуга, особенно в летний период, полностью исчерпала возможности развития. В стране не строится новых детских лагерей, а материально-техническая база существующих оставляет желать лучшего. За последние 10 лет общее число российских санаторно-курортных организаций сократилось практически вдвое.

Одним из наиболее привлекательных для молодежи видов досуговой деятельности является проведение времени за компьютером, особенно популярны Интернет и компьютерные игры. Часто Всемирная паутина становится для молодых людей источником информации о наркотиках, возможности их приобретения и потребления. К сожалению, приходится констатировать, что в Интернете существует множество сайтов, откровенно пропагандирующих наркокультуру, на них подростки, интересующиеся наркотиками или употребляющие их, могут не только пообщаться друг с другом, но и получить квалифицированные советы от «специалистов». Да и сам по себе компьютер может служить источником возникновения зависимости. Сегодня все больше и больше появляется подростков, а точнее их родителей, обращающихся за помощью по поводу игровой (компьютерной) зависимости.

По прогнозам социолога А. В. Маренкова (Шереги Ф. Э., 2004), в XXI веке у российских детей и подростков будет сформирована «новая структура досуговой деятельности, в которой преобладающей станет индивидуальная форма получения удовольствия от различных проективных ситуаций, в которых оказывается личность, общающаяся с виртуальной реальностью».

Еще одна популярная форма досуга — просмотр кино- и телепередач. Телеиндустрия сегодня — мощнейшее средство формирования жизненных ценностей и установок у молодого поколения, поэтому к нему часто прибегают в целях пропаганды, в частности наркотиков. Подавляющее большинство фильмов, демонстрирующихся на наших экранах, — западного производства, причем далеко не лучшего качества. В России сегодня демонстрируются даже те фильмы, которые в западных странах запрещены по морально-этическим соображениям, так как содержат откровенные сцены жестокости, насилия, секса, потребления наркотических веществ. Идет процесс приобщения культурно-досуговой сферы российской молодежи к распространенным в мире модным культуральным течениям, включающим, помимо всего прочего, и потребление наркотиков, что, несомненно, является одним из значимых факторов риска.

Обобщая все вышесказанное, необходимо обратить внимание на то, что социальная сфера жизни современного подростка играет огромнейшую роль в формировании его как личности, она способна провоцировать, обострять уже имеющуюся предрасположенность к потреблению ПАВ, являться фактором риска в случае ее негармоничности и ущербности,

являться барьером для даже самых позитивных, грамотных профилактических влияний.

Макросоциальные факторы риска.

Макросоциальные факторы риска наркотизации — это условия, характеризующие функционирование общества в целом, проявляющиеся на уровне страны и мирового сообщества. К макросоциальным относятся факторы, формирующие на протяжении нескольких поколений ментальность населения, его морально-этические установки и идеалы.

Функционирование социальных систем порождает для индивидов порой больше проблем, чем функционирование собственно психологических систем. Развитие личности в течение жизненного цикла с этой точки зрения подразумевает формирование черт или характеристик, способных обеспечивать здоровье и готовность к преодолению в условиях жизненных изменений (Ялтонский В. М., Сирота Н. А., 1996; Ялтонский В. М., Сирота Н. А., 2009). Поэтому важно учитывать социальные составляющие при рассмотрении возможных факторов наркотизации.

При этом в социальном плане факторы риска наркотизации именно макросоциального уровня являются достаточно значимыми, «поскольку деформации на микросоциальном, а во многом и на индивидуально-психологическом уровнях, связаны с социальными кризисами и другими социальными явлениями в рамках общества» [94]. Основные макросоциальные факторы риска приобщения к употреблению ПАВ несовершеннолетними следующие:

- доступность ПАВ;
- ухудшение социально-экономической ситуации в стране;
- аномия;
- ценностный плюрализм;
- затруднение процесса социализации современных подростков;
- мода на употребление ПАВ;
- несовершенство правовой базы в отношении степени ответственности, грозящей потребителю ПАВ;
- традиции общества, связанные с употреблением ПАВ;
- наркогенная субкультура;
- состояние психологической депривации на макросоциальном уровне;
- нарушение функционирования институтов, связанных с социализацией, воспитанием и обучением индивида;
- рост безнадзорности и беспризорности среди несовершеннолетних
- отсутствие альтернатив употреблению ПАВ для детей и молодежи.

Рассмотрим подробнее наиболее значимые, по мнению исследователей, макросоциальные факторы риска.

В обществе, где потребление наркотиков не является традиционным, девиантное поведение в форме наркотизации возможно лишь при условии достаточной информированности о действии наркотиков и наличии в среде молодых людей носителей наркотического опыта. Соответственно, среди условий, провоцирующих развитие наркомании, одним из факторов риска является *доступность наркотических средств*. Практика показывает, что увеличение числа потребителей наркотиков, а также преступлений, связанных с их незаконным распространением, фиксируются там, где существуют источники растительного наркотического сырья. Вся история борьбы с этим явлением свидетельствует о том, что уничтожение одних источников поступления наркотиков порождает другие.

Однако общество еще в недостаточной мере осознает всю глубину той опасности, которая нависла над ним в результате массового и неконтролируемого оборота наркотиков практически во всех странах мира. Одним из негативных последствий прозрачности границ явилось массовое проникновение наркотических веществ в те страны, в которых

традиционно проблема наркомании не была острой, в том числе в Россию. Доступность ПАВ в совокупности с наличием выраженных факторов риска наркотизации, проявляющихся на биофизиологическом и индивидуально-психологическом уровнях, по мнению ряда авторов (Анохина И. П., Арзуманов Ю. Л., Коган Б. М. и др., 1999) является достаточным условием приобщения к ПАВ и формирования наркозависимости.

Вместе с тем социальная жизнь общества имеет ряд особенностей: быстрые перемены ведут к социальному напряжению независимо от того, что именно и в каком направлении меняется. Любое социальное изменение, будь оно культуральное (нормы, ценности, убеждения) или социоструктурное (социальные позиции и институты), влечет за собой изменение экономической системы. Индивид зависим от экономики и практически не может ее контролировать. Кроме того, только посредством контролирующих инструментов экономики возможно достижение любых индивидуальных целей. Субъективно переживаемый так называемый экономический стресс может происходить и в связи с повседневными финансовыми ограничениями, и в связи с воспринятым неравенством в распределении доходов. Имеющее место углубление социальной дифференциации, как правило, активизирует различные формы социальных отклонений. В результате *ухудшения социально-экономической ситуации в стране* *возможным приобщением общества к ПАВ*, и в первую очередь молодых людей как наиболее подверженных различным социальным влияниям, в том числе негативным.

Примечательно, что люди, постоянно пребывающие в состоянии экономического стресса (к примеру, безденежье), являются менее чувствительными в отношении изменений в экономике (например, к спадам), так как они продолжают выполнять свою роль находящегося в стрессе и не рассматривают себя как склонных к девиантному поведению. Они считают себя такими же неудачниками, что снижает угрозу стигматизации, но не уменьшает риска возникновения аддиктивных составляющих.

Наиболее ярко это просматривается в реалиях российской действительности. Необходимо отметить, что по сравнению с Западом она являет собой более яркий пример повреждающего воздействия стресса социально-экономических изменений на популяцию. Объяснение этому можно искать как в особенностях сложившейся в России социальной ситуации, так и в характеристиках самой российской популяции. При социально-стрессовых расстройствах основной повреждающий агент — это непредсказуемость и неопределенность окружения, приводящие к нарушению жизненных планов и социальных связей индивидов. Основные же социально-психологические особенности социальной ситуации в России таковы: последствия длительного господства тоталитарного режима, порожденный перестройкой экономический и политический хаос, межнациональные конфликты, феномены вынужденной миграции, расслоение общества, рост преступности, общая нестабильность, а также затянувшийся и нарастающий характер этих явлений — все это в той или иной мере способствует возникновению риска наркотизации.

Кроме того, причиной возникновения экономического стресса на данном этапе может являться сам национальный российский менталитет. Национальный характер как исторически сформировавшаяся совокупность ценностей характеризуется как нерыночный). Этот характер образовывался на основе общинных ценностей, исключающих получение социального признания через рациональную хозяйственную деятельность. В этой связи представляют интерес выводы ученых о том, что для разных национальностей характерен различный тип национальных мотиваций (Руководство по аддиктологии, 2007; Психология зависимости, 2005). Так, в частности, для России характерен уравнительный подход, желание улучшить качество жизни, но при этом «ничего не менять, чтобы не стало хуже». Смена же или ломка мотивации нации является фактором риска развития девиаций.

Я. И. Гишинский (2011) приводит данные о резком росте преступности, алкоголизма,

нарко- и токсикомании, самоубийств и об утяжелении проявлений всех этих форм девиантного поведения к 1993 году и именно в связи с экономическими изменениями в стране.

Наркомания как явление в нашей стране рассматривается многими исследователями как «побочный результат перехода к рынку, демократии и капитализму (Руководство по аддиктологии, 2007; Психология зависимости, 2005). Такие негативные последствия реформ, как безработица, расслоение общества на богатых и бедных, сопряженное с ухудшением материального положения значительной части населения, спровоцировали приобщение к ПАВ тех, кто не сумел найти нишу в новых социально-экономических условиях. Тяжелое экономическое положение вызывает рост употребления наркотиков. Многие начинают употреблять наркотики из-за того, что отчаялись получить хорошее образование, найти работу, как-то обеспечить свою семью и т. п.

Экономический кризис непосредственным образом способствует развитию наркорынка. Многие молодые люди считают, что торговля наркотиками сегодня является одним из способов заработать большие деньги. Она привлекает не только взрослых, но и самих подростков. В свою очередь П. Хугес вводит понятие героиновой макроэпидемии (Егоров А. Ю., Игумнов С. А., 2005; Лисовский В. Д., Колесникова Э. А., 2001), которая главным образом возникает там, где люди испытывают резкие потрясения, приводящие к слому общей стабильности и установленных механизмов социального контроля — аномии.

Как социальный феномен *аномия* (буквально — исчезновение нормы) впервые была описана французским социологом Э. Дюркгеймом в 1897 году. В современной трактовке под аномией понимают, с одной стороны, некий объективно имеющий место в обществе конфликт, обусловленный несоответствием десятилетиями декларируемых социальных норм, ценностей, идеалов и реальной действительности, а с другой — комплекс переживаний, испытываемых людьми в связи с несовместимостью самых важных для человека внутренних установок с требованиями повседневной жизни. Проблема аномии — это проблема современного общества. Чувство бесцельного существования, неспособность и бессилие формируют у человека сознание собственной незначительности и ничтожности. Для изменения ситуации он ищет простые и быстрые решения, начиная потреблять алкоголь и наркотики. В основе этого процесса лежит расхождение между тем, к чему призывают стремиться, и тем, чего человек может добиться реально. В состоянии аномии человек вообще не обнаруживает норм, необходимых ему для ориентации в социальном пространстве. Аномия возникает в обществе тогда, когда социальные нормативы перестают играть роль «подсказки», оказываются непоследовательными, противоречат друг другу или совсем отсутствуют.

Разрядить напряжение, накапливаемое в обществе при аномии, по мнению Мертона (Лисовский В. Д., Колесникова Э. А., 2001), возможно посредством:

- конформизма, то есть принятия определяемых культурой и государством ценностей и средств их достижения;
- новаторства или инноваций, когда человек принимает ценности и цели, однако не признает официальные способы, средства и нормы, регулирующие их достижение;
- ритуализма, то есть отказа от целей и приспособления к соблюдению норм;
- восстания (мятежа), когда наблюдается сознательное стремление к изменению структур, устранению причин аномии;
- ретритизма, который характеризуется отрицанием как целей и ценностей, одобряемых или навязываемых культурой, государством, так и средств их достижения; в этом случае человек, находясь в обществе, оказывается как бы вне его. Злоупотребление наркотическими средствами относится как раз к ретритистским

формам девиантного поведения, поскольку ретритизм — следствие «двойной неудачи», «результат постоянных неудач в стремлении достигнуть цели законными средствами и неспособности прибегнуть к незаконным способам вследствие внутреннего запрета» (Лисовский В. Д., Колесникова Э. А., 2001). Наркоман оставляет все попытки достичь общепринятых социальных целей в пользу девиантной адаптации. По мере приобщения к наркотику человек обретает новые проблемы, ставится обществом в положение преступника, деградирует, криминализируется, в результате чего у него появляются новые, еще более глубокие причины искать забвения в наркотике, не говоря уже о развивающейся физической зависимости.

Следующим важным макросоциальным фактором риска, который важно выделить отдельно, является *ценностный плюрализм*. В эпоху современных радикальных социально-экономических преобразований поиск новых ценностей приобретает трагическую напряженность. Современная ситуация характеризуется отказом от абсолютных норм и ценностей, кризисом существовавшей системы ценностей и культурных норм и так называемым ценностным плюрализмом. Общественные институты больше не предоставляют человеку абсолютных образцов или моделей, следование которым гарантировало бы успешную жизнь. Человек вынужден сам выбирать ту систему ценностей, норм, критериев оценки, на которую будет опираться при выборе дальнейших действий. Это не значит, конечно, что общественные институты или социальные группы не влияют на выработку ценностей, норм и установок отдельного человека, однако жизнь современного человека не может быть так строго регламентирована, как это было раньше. Это налагает на человека большую ответственность, и не все люди в состоянии ее принять.

Ярким примером служат современные молодые люди. На своем пути они сталкиваются с непростой проблемой необходимости приспособиться к жизни в обществе, найти в ней свое место. Это напрямую связано еще с одним макросоциальным фактором риска наркотизации — *затруднением процесса социализации современных подростков*. Сравнивая себя с поколением родителей, подростки нередко отмечают, что их родителям в свое время даже не приходилось сталкиваться с такими проблемами, которые сегодня решают их дети. «Их жизнь была проще!» — утверждают некоторые школьники. Действительно, социализация родителей сегодняшних подростков проходила в монокультурной среде: ценности молодежи были стабильны, идеологически заданы. Эти ценности поддерживались такими мощными воспитательными институтами, как пионерская организация и комсомол.

Сейчас же социализация подростков осуществляется в поликультурной среде — появилось множество молодежных субкультур со своими системами ценностей (например, клубная молодежь, брейкеры, рейверы, кислотники и многие другие). Источником возникновения субкультурных процессов являются проблемы рассогласования путей и сроков достижения членами общества физиологической, духовно-интеллектуальной, нравственно-политической и профессионально-статусной зрелости, то есть признаки кризиса социализации. В результате подростки оказываются перед необходимостью следовать требованиям сразу нескольких систем ценностей, что приводит к ценностной дезориентации и снижению самоконтроля. А чувство беспомощности в решении жизненных проблем является причиной стремления вырваться из гнетущей реальности путем изменения состояния сознания при помощи ПАВ. В этом случае употребление ПАВ является реализацией стратегии избегания ответственности за свою жизнь, а ценность наркотического опьянения становится центральной в системе ценностных ориентации.

Отсутствие ценностных ориентиров в современном обществе усугубляется *модой на употребление ПАВ*, что, несомненно, провоцирует интерес и тягу к употреблению ПАВ. Ряд исследователей (Руководство по аддиктологии, 2007; Психология зависимости, 2005)

отмечают, что, благодаря косвенной рекламе в СМИ, у детей и подростков формируется представление об употреблении ПАВ как о приемлемом и даже престижном поведении.

Несовершенство правовой базы в отношении степени откровенности и, грозящей потребителю ПАВ, является значимым фактором риска наркотизации. По мнению специалистов (Егоров А. Ю., Игумнов С. А., 2005; Лисовский В. Д., Колесникова Э. А., 2001;), катастрофической наркологической ситуации в стране во многом способствует несовершенство законодательных норм в отношении употребления ПАВ, а также несоблюдение существующих антинаркотических законов. Это приводит к фактической безнаказанности противоправной деятельности, связанной с распространением наркотических веществ, и соответственно росту числа потребителей наркотиков.

Кроме социальных реалий, отражающих современный кризисный этап развития общества, фактором риска наркотизации являются *традиции общества, связанные с употреблением ПАВ.* Ряд исследователей (Руководство по аддиктологии, 2007; Психология зависимости, 2005; Шабанов П. Д., Штакельберг О. Ю., 2000) отмечают значение так называемых «питейных традиций» российского общества для распространения алкоголизма и бытового пьянства. Согласно общепринятой классификации, выделяется четыре типа культур в зависимости от отношения к употреблению алкоголя (Руководство по аддиктологии, 2007; Психология зависимости, 2005):

- абстинентные культуры, в которых существует запрет на любые формы употребления алкоголя;
- амбивалентные культуры, для которых характерен конфликт между существующими ценностями и алкоголем;
- перmissive культуры, в которых употребление алкоголя разрешается, но пьянство и патологические явления, связанные с потреблением алкоголя, отклоняются;
- перmissive культуры, допускающие не только «нормальное» потребление спиртного в умеренной степени во избежание интоксикации и опасного употребления, но и алкогольные эксцессы.

Россия может считаться перmissive культурой. Именно в этом типе культуры наиболее распространен алкоголизм. Кроме России в эту группу входят некоторые скандинавские и восточноевропейские страны.

Важно отметить, что социокультурные традиции определяют социальные нормы — ожидания со стороны общества по отношению к поведению индивида в определенных социальных ситуациях и позициях, в частности в ситуациях, связанных с употреблением ПАВ (Курек Н. С., 2001). Социальные ожидания и требования к поведению индивида со стороны общества в контексте употребления ПАВ зависят от возраста и пола потенциального потребителя ПАВ. Для употребления ПАВ женщинами выдвигаются более жесткие ограничения. Употребление алкоголя, табака и других ПАВ детьми и подростками рассматривается как отклоняющееся от норм поведение. Современные тенденции развития наркологической ситуации в России, а именно феминизация и омоложение потребителей ПАВ, свидетельствует о недостаточной регулирующей функции социальных норм в нашем обществе. Кроме того, существование двойных стандартов — для женщин и мужчин, для детей и взрослых — существенно влияет на эффективность профилактического воздействия и должно быть учтено при подборе методов превентивного воздействия.

Вместе с тем современный этап развития российского общества характеризуется отсутствием единого культурного пространства в рамках унитарной культуры и предполагает мозаичность, наличие разнообразных культурных течений, так называемых субкультур. Понятие «субкультура» используется для обозначения культуры партикулярной социальной

группы, ценности и нормативы которой чем-то отличаются от общепринятых (Мертон Р., 1992). Субкультура не приобретается биологическим путем, ее элементы присваиваются человеком в процессе его социализации и воспитания.

Сегодня идет процесс приобщения российской молодежи к распространенным в мире модным течениям, которые включают в себя потребление наркотиков, формируется *наркогенная субкультура*. При этом важно, что концепция семейной социализации предполагает в настоящее время значительное снижение роли семьи в процессе воспитания молодого поколения и в результате ее роль начинает играть молодежное окружение. Так происходит своего рода вынужденное вовлечение подростка в субкультуру, где он приобщается к определенному, необходимому для него социальному опыту.

Для любой субкультуры характерны определенные составляющие: идеология, собственные ценности, нормативы, субкультурный стиль, характеризующийся имиджем, поведением (жесты, походка, манера разговора), музыкой, специфическим жаргоном. ПАВ становятся составной частью молодежной субкультуры. Исследователями отмечаются следующие особенности современной молодежной субкультуры:

- обособленность, отстраненность, часто демонстративная, от культурных ценностей старшего поколения, национальных традиций;
- преобладание потребления над творчеством;
- авангардность, устремленность в будущее, иногда экстремальность.

Субкультуру можно рассматривать как совокупность некоторых негативно интерпретированных норм и ценностей традиционной культуры, как особую форму организации людей (чаще молодежи), автономное целостное образование внутри господствующей культуры, отличающееся своими обычаями, нормами, комплексами ценностей и даже институтами. Также ее можно рассматривать с позиции появления, формирования неформальных молодежных объединений. Молодежное движение существует как стихийный, неуправляемый государством процесс, обособленный и противостоящий существующей социальной ситуации. Как показывают результаты исследований (Рожков М. И., Ковальчук М. А., 2003), основной причиной возникновения неформальных молодежных групп является нарушение адаптации подростков и молодежи к социальной среде. Опрос детей и подростков в возрасте от 12 до 16 лет позволил выделить следующие причины присоединения к неформальным молодежным группам:

- потребность в друзьях;
- стремление познать необычное, в том числе современное западное искусство;
- неуспеваемость в школе и отчуждение от школьного коллектива;
- отсутствие интереса к чему-либо, бездеятельность, равнодушие к учебе;
- потребность в эмоциональных впечатлениях;
- отсутствие индивидуального подхода в школе при наличии задержки в умственном развитии у отдельных учеников;
- невнимание к подросткам и конфликты в семье, безнадзорность, одиночество, заброшенность, незащитность;
- оригинальность впечатлений, получаемых подростками в группах;
- возможность проявить протест против положения молодежи в современных условиях.

Неформальные объединения выполняют ряд функций, среди которых функция самореализации, инструментальная функция (группа становится инструментом для достижения каких-либо результатов), компенсаторная функция (компенсирует отсутствие свободы в официальных структурах) и эвристическая функция (выражает художественно-творческие нравственные устремления).

Можно выделить следующие факторы, способствующие возникновению неформальных молодежных групп: невозможность реализовать в кругу семьи, в школе, институте, формальных общественных организациях, отсутствие взаимопонимания, расхождение во взглядах с родителями и преподавателями. Побуждающими мотивами для ухода молодежи в неформальные объединения могут быть желание обрести единомышленников, оказаться в среде подобных, получить возможность общения и взаимопонимания. Опросы детей показали (Рожков М. И., Ковальчук М. А., 2003), что при неприятии форм досуга, предлагаемых обществом, они вполне удовлетворены своим альтернативным, порой асоциальным времяпрепровождением.

Часто в литературе встречается следующая типологизация молодежных субкультур:

- романтико-эскапистские субкультуры (хиппи, индианисты, толкиенисты, байкеры);
- гедонистическо-развлекательные (мажоры, рейверы, рэперы);
- криминальные (гопники, люберы);
- анархо-нигилистические или радикально-деструктивные (панки, экстремистские субкультуры);
- музыкальные (рокеры, рейверы, рэперы, металлисты и т. п.), а также вошедшая в моду во второй половине 1990-х годов субкультура молодых гомосексуалистов.

Наиболее эффективной в исследовании процессов в молодежной среде представляется дифференциация досуговых объединений по критерию «отношение к традиционным ценностям и нормам культуры». Данный подход позволяет проанализировать логику и стадии развития молодежных объединений, определить доминирующий тип их социальной ориентации — традиционный, альтернативный, асоциальный, криминальный.

Существует большое количество классификаций неформальных подростковых объединений по различным признакам. Однако наиболее удобной для профилактики и коррекции асоциального поведения оказалась классификация, берущая за основу вопросы агрессивности и интеллектуализированности формирований. В настоящее время из неагрессивных протестных группировок самыми крупными (хотя и немногочисленными) являются хиппи, растоманы (движение, близкое по идеологии к хиппи, но ставящее во главу угла потребление наркотиков из конопли, их атрибутика — листок конопли), рэперы (движение хип-хоп) и энергеты (многочисленные мелкие группы подростков, считающие, что они наделены даром экстрасенсорики, образуют закрытые ордена колдунов белой, серой и черной магии, обычно неагрессивные). Рэперы часто употребляют дорогостоящие наркотики. К агрессивным молодежным формированиям можно отнести панков, алисоманов, движение ролевых игр, футбольных фанатов. Имеются также экстремистские подростково-молодежные формирования: скинхеды (бритоголовые), псевдозеленые экстремисты («грибные эльфы»), молодежная группа Национал-большевистской партии Э. Лимонова и другие.

Рассмотрим некоторые наиболее распространенные молодежные формирования, идеология которых предполагает позитивное отношение к употреблению ПАВ.

Движение хиппи возникло в 1960-е годы на Западе среди подростков и молодежи как протест против войны во Вьетнаме. Идеология хиппи заключается в попытке совершенствования мира. Они отрицают насилие, проповедуют естественные отношения среди людей и отвергают внешние ограничения, которые общество накладывает на отношения между людьми. Иерархия общин хиппи напоминает иерархию племен с соответствующими ритуалами. Хиппи, отвергая ценности современного мира, пытались и пытаются вернуться в прошлое, построить общество, в котором достаточно просто «быть». Среди хиппи широко распространено исповедование восточной философии буддизма, кришнаитства. Прием различных ПАВ, одурманивание, воспринимается хиппи как способ

перехода сознания на более высокий уровень, позволяющий полнее и глубже понять священные тексты, окружающий мир и мир внутри себя, стать независимым от давления среды. Они верят, что с помощью наркотика можно уйти от несовершенной действительности в иной мир, в котором царят мудрость и справедливость. Обычно здесь распространено использование марихуаны, гашиша, эфедрона.

В конце 1970-х годов в Англии возникло новое движение — панки. В плане идеологии панки являются хрестоматийной контркультурой. В отличие от пассивного протеста хиппи, панкам присуще активное, злое отвержение общепринятых норм и ценностей. Вызывающие внешность и поведение предназначены для того, чтобы вызвать у старшего поколения и сверстников крайнюю неприязнь, негодование, страх. Насилие проповедуется панками во всех формах. Наряду с идеологией были заложены и музыкальные пристрастия, формы самовыражения. Панк-рок отличается громкостью, неритмичностью, диссонансами, а также скрежетом и визгом. Тексты изобилуют нецензурной бранью. Использование наркотических средств для панков — всего лишь эпатаж, один из вариантов выражения протеста. Наиболее распространены ингаляты, эфедрон, другие стимуляторы (Личко А. Е., Битенский В. С., 1991). В нашей стране панки появились в 1980-х годах. Переняв западную атрибутику движения, российские подростки подвели под него свою идеологию. «Русский панк» часто пропагандирует саморазрушение как единственный способ существования.

Агрессия, присущая сторонникам панк-движения на Западе, в наших условиях трансформировалась в аутоагрессию. Прием наркотиков прекрасно вписывается в эту философию, заставляет балансировать на грани между жизнью и смертью, что так привлекает панков. Одним из разновидностей панк-движения стала появившаяся в начале 1990-х годов в Северной Америке новая разновидность панк-рока — гранж. Страсть к саморазрушению была доведена основателями стиля до крайней степени, практически до абсурда.

По имеющимся в литературе данным, потребители наркотиков среди панков составляют 67%, среди хиппи — 57, среди рокеров — 41%. В молодежной субкультуре наркотики рассматриваются как социальная функция. Так, для хиппи потребление наркотиков своеобразный ритуал, способ приобщения к «высшим духовным ценностям», это символ единения группы. Панки используют наркотик как символ протеста, отрицания общепринятых норм, правил, морали, стремление к саморазрушению. Рокеры употребляют алкоголь и иногда производные конопли (гашиш, план) для большей остроты ощущений. Рейверы — любители танцмарафонов — часто прибегают к употреблению психостимуляторов (эфедрон, экстази, суррогаты амфетамина).

Движение ролевых игр в настоящее время отнесено к категории агрессивных антисоциальных молодежных формирований, хотя первоначально это было хиппи-ориентированное движение. В начале 1990-х годов в Петербурге и Москве начинает возникать движение ролевых игр, в которое входят группы толкиенистов, игровиков, реконструкторов, киберпанков и этико-культурных экологов. Толкиенисты — фанаты творчества писателя-фантаста Джона Рональда Руэла Толкиена, автора книги «Властелин колец». Подростки начинали играть в сказочный мир, описанный в книге. Игровики, так же как толкиенисты, играют в сказочный мир, но кроме произведений Толкиена используют для игр мир фэнтези, пытаются переигрывать исторические события.

Мистические группы и формирования — очень популярное среди подростков движение. Известно множество мелких групп, в которых пропагандируется все, что угодно, от радикального христианства до всевозможных тайных учений эльфов и гномов. Данное направление оказывается особенно опасным для подростков, поскольку организованы эти околониговые формирования так же, как и тоталитарные секты.

Перумисты — фанаты литературного творчества писателя-фантаста Ника Перумова, известного попытками написать продолжение «Властелина колец», наполнив его новым

философским смыслом, напоминающим сатанизм. Киберпанки — разновидность игровиков, предпочитающие играть в фантастические боевики типа «Стальная крыса». Этико-культурные экологи — ответвление экологического движения, возникшее в 1989 году, базирующееся на этико-культурной концепции защиты природы. Пытались восстановить преклонение перед матерью-природой. Очень быстро перешли в категорию игровиков. Реконструкторы — небольшие группы, насчитывающие в своем составе 300 человек, пытающиеся реконструировать какой-либо исторический период какой-либо страны. Воссоздаются одежды, доспехи, муляжи оружия того периода. Происходит также реконструирование образа мышления и воззрения того времени, происходит полное вживание в образ разыгрываемого времени. В группировках очень жесткая военизированная дисциплина. Идеология и мораль группы часто оказываются социально неприемлемыми для общества.

В настоящее время ситуация в движении ролевых игр отслеживается, ролевики часто идут на контакт, поэтому профилактическая работа с данной группой может давать неплохие результаты. Однако, несмотря на все выше сказанное, нельзя воспринимать молодежную субкультуру как нечто исключительно антисоциальное. Она всего лишь поле для самореализации молодых людей, та общественная ниша, где они реализуют потребность в общении.

Следующим макросоциальным фактором риска приобщения к употреблению ПАВ является *состояние психологической депривации на макросоциальном уровне* — это еще одна нередкая причина наркотизации населения. Условия, приводящие к такому состоянию, определяются нарушениями функции социальной системы в целом (Лисовский В. Д., Колесникова Э. А., 2001). В данном случае целесообразно говорить о «культурной депривации» в широком смысле. Так, нынешний этап развития общества характеризуется обострением социальных проблем, общей нестабильностью, жесткой политической борьбой, межнациональными конфликтами, разрушением социальных институтов. Все это приводит к нарушению условий жизни индивида еще в детском возрасте, а в дальнейшем — к неудовлетворению его социальных и социально-психологических потребностей. Давление этих потребностей на поведение человека столь велико, что они начинают доминировать над физиологическими потребностями и подчас даже становятся сильнее чувства самосохранения. И если общество не в состоянии удовлетворить высшие потребности, то это не означает, что данные конкретные потребности перестают существовать и управлять поведением человека. Зачастую, оказавшись в такой ситуации, человек стремится снять эти ощущения, прибегая к употреблению ПАВ, то есть подавлению побуждений. Тяга к наркотикам в данном случае объясняется как попытка решения некоторых фундаментальных личностных затруднений, вызванных сбоем во взаимоотношениях человека и общества.

Существует еще один тип депривирующих факторов этого уровня. Это нарушение функционирования институтов, связанных с социализацией, воспитанием и обучением индивида, вследствие чего подростки не осваивают целые области социальных связей и отношений, необходимых для полноценного развития личности. Как известно, основным институтом социализации является семья. Главной проблемой в этой связи является тот факт, что падение жизненного уровня большей части населения, ухудшение криминогенной ситуации становятся основными причинами кризисных явлений во многих российских семьях, утративших свой социализирующий потенциал, воспитательную роль, неспособных воспрепятствовать приобщению детей к потреблению ПАВ и «выталкивающих» их на улицу.

Рост безнадзорности и беспризорности среди несовершеннолетних является дополнительным фактором риска наркотизации в современном обществе. Эта группа детей, как правило, жертвы неблагополучной ситуации в семье. Злоупотребление родителями алкоголем, а также наркотическими средствами нередко выполняет роль катализатора в актах

насилия и жестокости по отношению к детям. Родители, имеющие алкогольную и наркотическую зависимость, не способны обеспечить своему ребенку даже минимальное материальное благополучие, оказать ему моральную поддержку, пробудить интерес к получению школьных знаний. Криминогенная среда общения, девиантный образ жизни делают частое употребление беспризорными ПАВ почти неизбежным (Беличева С. А., 1994). Кроме того, у детей из семей, где родители злоупотребляют алкоголем или наркотиками, нередко формируется генетическая предрасположенность. Беспризорные и безнадзорные дети по потреблению ПАВ заметно превосходят своих сверстников, проживающих в семьях, дома. Регулярное потребление беспризорными ПАВ ведет к серьезным нарушениям психики. Доминирующей целью у таких детей нередко становится потребность в удовлетворении своих наркотических пристрастий. Это сказывается на способах добывания средств к существованию. К девиантным способам, прежде всего воровству, грабежу, наркоторговле, проституции, прибегает именно та часть беспризорных, которая в наибольшей мере вовлечена в потребление ПАВ.

Решенной на уровне общества и государства должна быть проблема *предложения альтернатив употребления ПАВ* для детей и молодежи. В нашей стране условия для вовлечения подростков и молодежи, в частности, в спортивную жизнь, нельзя назвать удовлетворительными. Уменьшение бюджетного финансирования образовательных учреждений в последние годы привело к ухудшению состояния учебно-спортивной базы, слабому обеспечению учебно-тренировочных занятий спортивным инвентарем и оборудованием. Многие спортивные школы и секции превратились в дорогие фитнес-клубы, а стадионы стали торговыми рынками. То же самое можно сказать и о реализации потребности детей в культурном досуге, которая в настоящее время также ограничена всеобщей коммерциализацией этой сферы общественной жизни. Отсутствие средств лишает большинство молодых людей содержательного культурного досуга. Охват детей лагерями массового отдыха, подростков — спортивными лагерями, студенческой молодежи — лагерями труда и отдыха явно недостаточен. Вместо полноценного досуга предложена система временной трудовой занятости детей и подростков в рыночных условиях, которая, будучи в целом прогрессивным явлением, зачастую несет в себе повышенную опасность для их здоровья и личностного развития, в какой-то мере препятствует получению образования, сопровождается нарушением элементарных трудовых и социальных прав несовершеннолетних (Беличева С. А., 1994).

Таким образом, патологическое преодоление в форме ухода от реальности посредством наркотизации представляется как явление, связанное не только с особенностями личности, но и со средовыми воздействиями, социально неблагоприятным образом жизни.

Эффективность борьбы с распространенностью наркомании зависит от усилий родителей, воспитателей, врачей, правоохранительных и иных органов и в целом от нравственного, духовного и психологического состояния общества. Девиантное зависимое поведение во многом отражает социальную систему и не может рассматриваться как проявление исключительно «внешних сил» вне нормативной жизни общества. Навыки подобного поведения не изобретаются и не наследуются индивидом, они формируются под непрерывным воздействием факторов и процессов воспитания и обучения, под влиянием условий существования той или иной группы и ее собственных интересов, а также под еще большим воздействием всей структуры общества. Вероятность же вовлечения ребенка или подростка в наркотизацию определяется всей совокупностью (комплексом) воздействующих условий.

В целом в отношении профилактики влияния неблагоприятных социальных факторов, по мнению ряда исследователей (Андреева Т. И., 1999; Руководство по аддиктологии, 2007; Психология зависимости, 2005), необходимо предпринять ряд мер в государственном

масштабе, призванных оптимизировать характер и снизить уровень потребления ПАВ населением в целом в стране:

- контролировать цены на алкогольные напитки и табачные изделия и масштабы их производства и реализации;
- как минимум 1% выручки от реализации алкоголя и табака направлять на профилактику злоупотребления ПАВ, а также лечение и реабилитацию больных с заболеваниями наркологического профиля;
- резко ограничить или полностью запретить все виды рекламы алкогольных напитков, табачных изделий и иных возможных веществ с аддиктивным потенциалом, в том числе косвенную рекламу, связывающую спорт, отдых, например, с табаком;
- контролировать торговлю спиртными напитками с ограничением часов продажи и запрещением продажи в ряде магазинов (например, рядом со школами);
- широко разворачивать программы снижения спроса на алкоголь, наркотики и табачные изделия, проводить рекламу здорового образа жизни, широко и ежедневно информировать население о последствиях потребления ПАВ;
- обеспечивать доступность эффективных служб лечения и реабилитации, готовить и обучать специалистов — медиков, психологов, социальных работников, педагогов, юристов — для решения проблем, связанных с потреблением веществ, вызывающих зависимость.

ГЛАВА 3. КОМПЛЕКСНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ФАКТОРОВ ЗАЩИТЫ ЗЛУОПОТРЕБЛЕНИЯ ПАВ

Приобщение к ПАВ в раннем возрасте является результатом сложного взаимодействия

комплекса факторов биологического, психологического и социального происхождения, которые, в свою очередь, изменяются под воздействием употребления ПАВ, превращаясь в причину прекращения либо продолжения наркотизации. В предыдущих главах были рассмотрены факторы риска злоупотребления ПАВ, проявляющиеся на биологическом, индивидуально-психологическом, макро- и макросоциальном уровнях, настоящая глава посвящена рассмотрению защитных факторов, или факторов антириска.

Факторы защиты (антириска) — условия, препятствующие употреблению ПАВ.

Первые публикации по проблеме наркозависимости были посвящены изучению факторов риска ее возникновения. Это обусловлено необходимостью выделения группы риска приобщения к ПАВ как основного объекта профилактической работы. Однако исследование индивидуумов, попадающих в группу риска в связи со значительным массивом неблагоприятных факторов, воздействующих на них, но не употребляющих ПАВ, привело специалистов к выводу о том, что существуют некие условия, препятствующие наркотизации. Исследователи называют их по-разному: факторы защиты, антириска, протективные факторы, наркоустойчивость, антинаркотический барьер. В настоящее время появляется все больше количество работ, посвященных изучению условий, уменьшающих вероятность приобщения к ПАВ и возникновения зависимости от них.

В связи с изменением фокуса исследований изменилась и направленность превентивных мероприятий. В соответствии с Концепцией профилактики злоупотребления ПАВ в образовательной среде (2000) приоритетной является позитивная профилактика, то есть профилактические программы направлены не столько на ликвидацию или уменьшение факторов риска, сколько на формирование и усиление защитных факторов. При этом следует отметить, что ряд специалистов отмечают, что защитных от наркотизации факторов гораздо меньше, чем факторов риска, и их перечень с точки зрения социального, биологического и психологического аспектов жизнедеятельности человека не может быть определен так четко и однозначно, как перечень факторов риска (Гусева И. А., 2005).

На первый взгляд, возможным вариантом выявления факторов защиты от наркотизации может быть их выделение путем противопоставления факторам риска. Однако взаимозависимость факторов риска и антириска не является столь линейной и однозначной. Такой подход недостаточно эффективен в связи с тем, что во многих случаях именно крайние степени выраженности какого-либо индивидуально-психологического качества или условия жизнедеятельности являются провоцирующими в отношении возникновения наркотизации. Примером этому положению может служить такая личностная особенность индивидуума, как повышенная или пониженная тревожность или специфика воспитания ребенка в семье, выражающаяся в гипер- или гипопеке. Все эти факторы являются рисковыми, несмотря на их противоположность. При этом механизм действия и выраженность риска для каждого из полюсов рассматриваемого качества значительно различаются, несмотря на то что их можно представить в едином континууме выраженности тревожности у ребенка или опеки над ним в семье.

Важно подчеркнуть также, что при решении вопроса о том, является ли то или иное условие фактором риска злоупотребления ПАВ или напротив защитным фактором, огромное значение имеют возрастные особенности рассматриваемой популяции и время действия данного фактора. Доказано, что фактор, действующий на зрелого человека в качестве защитного, на развивающегося индивидуума может оказывать противоположное влияние. Так, например, на взрослого человека отягощенность хроническими заболеваниями оказывает защитное влияние по отношению к приобщению к наркотическим веществам. По данным Э. Е. Бехтеля (1986), хроническая патология функционирования каких-либо органов и систем организма во многих случаях останавливает взрослых от употребления ПАВ, в то время как наличие хронического заболевания у детей и подростков, по результатам

исследований специалистов Национального института США по изучению злоупотребления наркотиками (National Institute on Drug Abuse — NIDA), производит обратный эффект, так как приучает ребенка решать свои проблемы фармакологическим путем, делает употребление различных медикаментов привычным способом достижения физиологического комфорта.

Начало употребления ПАВ не всегда ведет к злоупотреблению и зависимости. В соответствии с характером употребления (разовые пробы, эпизодическое или систематическое употребление, злоупотребление) может изменяться механизм и направленность влияния одних и тех же условий. В зависимости от времени действия фактора можно условно выделить первичные и вторичные факторы, оказывающие влияние на наркотизацию.

Первичные защитные факторы — условия, препятствующие приобщению индивидуума к ПАВ.

Вторичные защитные факторы — условия, препятствующие переходу эпизодического употребления ПАВ в систематическое, а также формированию зависимости от употребляемого вещества.

Некоторые исследователи считают, что «факторы риска и защиты такого поведения сходны как в отношении инициации потребления, так и зависимости» (Москаленко В. Д., 2003). В то же время разграничение этих понятий имеет высокую практическую значимость. В качестве иллюстрации данного положения можно привести противоречивый характер воздействия профилактических программ подхода, получившего название «политика снижения вреда» (Harm reduction). Данные программы направлены на информирование населения о способах снижения вреда от употребления ПАВ: например, о необходимости использования одноразовых шприцев для внутривенного использования наркотических средств, о важности присутствия других людей в процессе вдыхания летучих наркотически действующих веществ (ЛНДВ), с целью обеспечения безопасности потребителя. Такая информация, играя роль защитного фактора по отношению к людям, употребляющим ПАВ (редуцируя негативные последствия от применения ПАВ), для людей, не пробовавших ПАВ, является провоцирующей к наркотизации, то есть действует как фактор риска. Таким образом, выявление и изучение факторов защиты от наркотизации представляет собой самостоятельную и достаточно сложную для исследователя проблему.

Обобщая данные отечественных и зарубежных авторов, рассмотрим внутренние и внешние защитные факторы, проявляющиеся на уровне личности и на уровне наиболее значимых общностей, в которые входит ребенок. Рассмотрим первичные факторы защиты от приобщения к ПАВ, характерные для детей и подростков, проявляющиеся на биофизиологическом, индивидуально-психологическом, микро- и макросоциальном уровнях.

3.1. Биологические факторы защиты

Согласно общефизиологическим концепциям, индивид будет стремиться только к тому ранее испытанному воздействию агентов и стимулов внешней среды, которое обычно вызывает приятные переживания или избавляет от неприятных. Это означает, что только психотропные вещества, имеющие в спектре своего действия переживания положительных эмоций (эйфорические, анксиолитические и др. — в той или иной степени выраженности), будут вызывать поведение, направленное на их повторное применение. Такие психотропные вещества и обозначаются как психоактивные. При этом свойство ПАВ обеспечивать эффект положительного подкрепления проявляется неодинаково у различных индивидов. Прием тех или иных ПАВ, вызывающих положительно окрашенные переживания у большей части популяции людей или животных, у другой части популяции не ведет к подобным феноменам.

Например, дефицит у части индивидов определенного фермента, вызывающего распад принимаемого внутрь кодеина с получением метаболита, обладающего большей эйфоригенной активностью, ведет к меньшей эйфории после приема кодеина у этих индивидов, и соответственно меньшему его потреблению и невозможности формирования кодеиновой наркомании.

Также значимая трансформация проявления подкрепляющего эффекта ПАВ возникает вследствие того, что имеется вариабельность чувствительности к его токсическим эффектам. Если чувствительность повышена, то возникающий токсический эффект способен уменьшить выраженность положительного эмоционального переживания, и как следствие снижение потребления ПАВ. Если же чувствительность понижена, то действие обратное. Например, пониженная чувствительность к токсическим эффектам алкоголя, отмечающаяся у сыновей алкоголиков, приводит к интенсификации его потребления. Наоборот, повышенная чувствительность к токсическим эффектам этанола у большинства представителей азиатской расы, обусловленная дефицитом у них митохондриальной альдегиддегидрогеназы, ведет к меньшему его потреблению — и, соответственно, к меньшей вероятности становления алкоголизма в указанной популяции.

В последнее десятилетие интенсивно ведутся исследования и других кандидатов в гены, напрямую ответственных за заболевание алкоголизмом и наркоманиями. Так, были идентифицированы гены, способные оказывать существенное влияние на предрасположенность к алкоголизму (Анохина И. П., Москаленко В. Д., 2002). Это гены, кодирующие специальные энзимы — алкогольдегидрогеназ (АДГ) и альдегиддегидрогеназу (АЛДГ), без которых не возможен метаболизм алкоголя в организме. Если у индивида отсутствует, например, активная форма АЛДГ, то прием даже небольших доз алкоголя приведет к так называемой флашинг-реакции — дискомфортное состояние с покраснением лица, болями в области сердца и другими неприятными физическими и психическими ощущениями (Москаленко В. Д., 2002). Это состояние препятствует повторному приему алкоголя и тем самым надежно защищает носителя дефицитарного АЛДГ гена от алкоголизма. Таким образом, структура генотипа, в котором имеется дефицит АЛДГ, может рассматриваться как классический генетический саногенный фактор защиты от алкоголизма. Было доказано, что у носителей подобного генотипа снижен риск стать алкоголиком в 18 раз (Москаленко В. Д., 2002). Однако для европейской популяции этот фактор практического значения не имеет. Дефицит АЛДГ распространен преимущественно среди лиц монголоидной расы. В Японии, Китае, Корее носителями таких дефицитарных генов являются от 35 до 57% населения (Анохина И. П., Москаленко В. Д., 2002).

Биологически обусловленное отсутствие или слабость эмоционально-позитивных переживаний или выраженность эмоционально-отрицательных после приема определенного ПАВ у конкретного индивида могут приводить к снижению его употребления либо отказу от него, то есть служить протективным фактором по отношению к вовлечению в наркотизацию (Минков Е. Г., 2000).

Метод искусственного изменения чувствительности к ПАВ, усиления их токсических эффектов для потребителя (сенсibiliзирующая терапия), широко используется в наркологии при лечении больных алкоголизмом и наркоманией. С развитием медицины, более полной идентификацией психофизиологических особенностей, играющих провоцирующую, либо протективную роль по отношению к развитию зависимости от ПАВ, вероятно, использование данной стратегии будет возможно и в профилактических целях для групп высокого риска наркотизации.

3.2. Индивидуально-психологические факторы защиты

Основные индивидуально-психологические факторы защиты представлены в табл. 3.1.

Таблица 3.1. Индивидуально-психологические факторы защиты от злоупотребления ПАВ у несовершеннолетних

Сфера личности	Фактор защиты
Поведенческая сфера	<ul style="list-style-type: none"> • социальная компетентность; • владение эффективными копинг-стратегиями; • владение навыками безопасного поведения в ситуации столкновения с ПАВ
Мотивационно-потребностная сфера	<ul style="list-style-type: none"> • антинаркотическая установка; • развитая ценностная мотивационная структура личности; • наличие жизненных целей и перспектив, несовместимых с наркотизацией; • вовлеченность в конструктивную деятельность, альтернативную наркотизации; • ориентированность на ведение здорового образа жизни
Эмоциональная сфера	<ul style="list-style-type: none"> • эмоциональная устойчивость; • способность к отсроченной разрядке напряжения; • способность контролировать аффект; • сформированность чувства преданности и близости; • высокий уровень аффилиации и эмпатии; • чувство юмора
Характерологическая сфера Когнитивная сфера Сфера Я-концепции Духовная сфера	<ul style="list-style-type: none"> • сенситивная и психастеническая акцентуация характера; • церебротонический темперамент (по У. Г. Шелдону) • осведомленность о негативных эффектах ПАВ; • развитые ресурсы когнитивной сферы; • высокий созидательный потенциал • позитивная Я-концепция; • адекватная самооценка; • интернальный локус контроля • твердые моральные принципы и убеждения; • сформированная позиция человека по отношению к любви, смерти, жизни, вере, духовности; • убеждения и нравственные ценности, совпадающие с принятыми в социальной группе

На уровне личности проявляются как динамические, так и статические факторы защиты от приобщения к ПАВ.

Статическим индивидуально-психологическим фактором по отношению к наркотизации является темперамент. *Темперамент* — это неизменное качество человека, зависящее от его врожденных анатомо-физиологических особенностей. Он обуславливает динамические особенности всех свойств личности, и характеризует человека с точки зрения его активности, эмоциональности и психомоторных проявлений. Темперамент описывает человека как с точки зрения его индивидуально-психологических, так и биологических

особенностей, представляя собой точку наиболее тесного взаимопроникновения данных уровней жизнедеятельности человека.

О связи темперамента человека со склонностью к употреблению ПАВ писал в своих работах видный американский исследователь У. Г. Шелдон (1958) (Sheldon W. H., 1958). Он создал свою типологию темпераментов и выделил три типа: церебротония, висцеротония и соматотония. Согласно его исследованиям, защитным фактором в отношении приема алкоголя и других депрессантов нервной системы является наличие у человека церебротонического темперамента. Строение тела церебротоника отличается худобой, вытянутым лицом, длинными конечностями, неразвитой мускулатурой, отсутствием подкожного жирового слоя и хорошо развитой нервной системой. Для людей с церебротонией характерны сдержанность манер и движений, чрезмерная физиологическая реактивность, усиленное умственное напряжение, повышенный уровень внимания, тревожность, социофобия, затруднения в установлении социальных контактов, трудность приобретения новых привычек, недостаточный сон, хроническая усталость, юношеский облик и ориентация к поздним периодам жизни. Доза алкоголя, вызывающая у церебротоников эйфорию и другие приятные ощущения, является в то же время и токсической, доза меньше не вызывает никаких позитивных эффектов. Во многих случаях принятие депрессантов провоцирует у них состояние мрачности и сильной напряженности, а последствие препаратов выражается в увеличении усталости. Церебротонический темперамент обуславливает повышенную устойчивость к их применению.

Наибольшее распространение в отечественной наркологии получило рассмотрение личностной предрасположенности к наркотизации на основе типологии акцентуаций и психопатий характера, разработанной А. Е. Личко. Исследователь, изучая специфику нарушений поведения, свойственную каждому из выделенных типов, описал акцентуации характера подростков, не склонных к ранней наркотизации. Выраженная отрицательная установка к употреблению ПАВ оказалась присущей большинству подростков сенситивного и психастенического типов. По наблюдениям А. Е. Личко, многие из них избегают алкоголизации, даже оказавшись в пьющей компании (Личко А. Е., 1985).

Сенситивным подросткам характерно отрицательное отношение к употреблению ПАВ и при выраженной степени психопатии этого типа. Сенситивный тип акцентуации и психопатии характера характеризуется повышенной робостью и стеснительностью, что затрудняет контакты молодых людей со сверстниками, особенно с компаниями. Проявляется большая впечатлительность, непереносимость сильных раздражителей. Это дополняется высокой чувствительностью по отношению к мнению окружающих, боязнью предстать перед ними в неприглядном свете. Сенситивным подросткам присущи ощущение своей неполноценности и заниженная самооценка. При этом преодоление нежелательных качеств, как правило, идет по пути гиперкомпенсации, то есть прилагаются усилия преуспеть именно в той области, где они чувствуют свою несостоятельность. Данный комплекс индивидуально-психологических особенностей, по мнению исследователя, и определяет наркоустойчивость сенситивного подростка. Следует отметить и другие черты сенситивного типа, которые могут способствовать формированию повышенной устойчивости к наркотизации личности с данной акцентуацией характера. Это значительная выраженность чувства долга и ответственности у сенситивных подростков, высокие моральные и этические требования к окружающим и самим себе. Подростковые реакции группирования и эмансипации, во многих случаях подталкивающие молодых людей к рискованным видам поведения, у сенситивных подростков выражены слабо. К родным они сохраняют детскую привязанность, а в выборе друзей проявляют большую разборчивость. При этом употребление ПАВ, как правило, вызывает у сенситивных юношей отвращение, а состояние опьянения зачастую сопровождается не эйфорической, а депрессивной реакцией с возрастанием чувства

собственной неполноценности.

По наблюдению А. Е. Личко (1985), психастеническая акцентуация вообще не располагает ни к каким видам саморазрушающего поведения. У подростков психастенического типа может формироваться ситуативная зависимость от приема транквилизаторов в предвкушении событий, вызывающих страх, однако наличие истинной зависимости от препаратов исследователю наблюдать не приходилось. Наиболее характерной чертой подростков с психастенической акцентуацией является высокий уровень тревожности, обуславливающий легкость образования навязчивых страхов, мыслей, действий, ритуалов, которые используются в качестве защиты от жизненных проблем и негативных переживаний. Также подростков отличает нерешительность, склонность к «рассуждательству», тревожная мнительность и любовь к самоанализу. Реакции эмансипации у них выражены незначительно. Как правило, испытывают сильную привязанность к какому-либо из членов семьи. По мнению Личко, наркотизация и другие формы деструктивного поведения им не свойственны, так как их «полностью вытеснили навязчивости, мудрствование и самоанализ».

При рассмотрении представленных типологий интересно отметить, что в качестве факторов наркоустойчивости исследователи определяют не отдельные индивидуально-психологические черты, но их целостный комплекс, то есть представлены модели наркоустойчивой личности. При этом каждая из них содержит в себе личностные черты, которые в отдельности влияют как внутренние условия, провоцирующие приобщение к ПАВ. К ним можно отнести повышенную тревожность и затруднения в социальных контактах, проявляющиеся у каждого из описанных типов. Это говорит о том, что как факторы риска, так и факторы защиты могут действовать в качестве таковых только при совокупности сопутствующих им условий, как социальных, так и индивидуально-психологических и биологических. Таким образом, необходимо изучение не только отдельных факторов риска и антириска, но и особенностей их взаимодействия и взаимовлияния.

Формирование определенного темперамента или акцентуации характера не может входить в задачи профилактической программы. В связи с этим внимание превентологов в большей степени привлекают динамические факторы, обладающие выраженным профилактическим потенциалом.

Устойчивость личности по отношению к употреблению ПАВ определяется формированием и развитием антинаркотических установок как специфических внутриличностных механизмов, обеспечивающих реализацию поведения в рамках здорового и безопасного образа жизни (Бехтель Э. Е., 1986; Макеева А. Г., Лысенко И. В., 1999; Гусева И. А., 2005). В структуре установок выделяются информационный, оценочный и формирующийся на их основе поведенческий компоненты. Информационный компонент включает в себя знания об аспектах наркотизации, позволяющие предотвратить знакомство с наркотическими веществами. Оценочный компонент выражается в отрицательном отношении к наркотизации, представлении об употреблении ПАВ как о неприемлемом способе поведения. Поведенческий компонент — это комплекс приемов и навыков, позволяющих избежать пробы наркотика.

Современный этап профилактической деятельности характеризуется многообразием подходов к развитию и укреплению антинаркотических установок. Стратегия деятельности превентолога зависит от понимания факторов, влияющих на формирование установки к употреблению ПАВ, в соответствии с которыми и определяются цели и задачи профилактического воздействия.

Большое распространение получил информационный подход профилактической деятельности. Представителями данного подхода в качестве ведущего защитного фактора по отношению к наркотизации признается наличие объективных и достоверных знаний о негативных эффектах ПАВ у несовершеннолетних. Предполагается, что воздействие на

когнитивную составляющую антинаркотической установки автоматически вызовет изменения и в других ее компонентах. То есть человек, знающий об опасности определенного вида поведения, станет отрицательно к нему относиться и откажется от его реализации. В других литературных источниках данная модель получила название «модель ЗОП»: знание, отношение, поведение. Профилактическая деятельность в рамках представленного подхода основывается исключительно на мерах санитарного просвещения населения о последствиях употребления ПАВ.

Практическая реализация информационного подхода показывает его низкую эффективность. В ряде случаев информирование производит обратный эффект, стимулируя интерес молодых людей к наркотическим веществам и формируя более лояльное отношение к их употреблению). То есть отношение к поступающей информации не всегда формируется в соответствии с поставленными превентологом целями, что говорит о необходимости учета в профилактической деятельности оценочного компонента антинаркотической установки.

Оценочный компонент установки проявляется в виде эмоционального отражения отношения человека к себе, определенному объекту или образу действий. Человек не производит исключительно рациональной оценки, но всегда занимает по отношению к предмету или событию определенную позицию. Его позиция пристрастна, отражая эмоциональное переживание, которое определяется личностной значимостью внешних и внутренних ситуаций для жизнедеятельности человека. Таким образом, оценочный компонент установки зависит от своеобразия личности субъекта деятельности. Исследователями выявлено, что прямое воздействие на оценочный компонент антинаркотической обстановки, осуществляемое с помощью тактики запугивания — подчеркивания, а в некоторых случаях и преувеличения негативных эффектов ПАВ в процессе информирования детей и подростков, — также показывает крайне низкую эффективность, потому что, как и любое искажение информации, вызывает недоверие у слушателей.

Другим способом воздействия на оценочный компонент установки является опосредованное влияние на нее через обращение к личности человека. Первые формы профилактической работы предполагали обращение к морально-нравственной сфере личности потенциального потребителя ПАВ. В рамках этого направления профилактики злоупотребление ПАВ понимается как форма нравственного кризиса человека, а ведущим протективным фактором от наркотизации признается наличие твердых моральных принципов и убеждений. Специалистами Всемирной организации здравоохранения данная модель профилактической работы была названа «модель моральных принципов».

Обращенной к личности в целом является появившаяся сравнительно недавно, в 1970-х годах, аффективная модель профилактической деятельности. В качестве защитного фактора по отношению к наркотизации представители данной модели выдвигают гармоничное развитие личности (Шипицына Л. М., 2000).

Согласно современному каузальному подходу, гармоничная, развитая личность не нуждается в приеме ПАВ. Уходу в наркотизацию противопоставляется самореализация личности в обществе, раскрытие ее потенциальных возможностей в социально приемлемом русле. Стратегическая задача профилактической деятельности при этом состоит в том, чтобы создавать и поддерживать оптимальные условия развития личности. В контексте каузального подхода это условия оптимального удовлетворения актуальных потребностей человека социально приемлемыми способами. Речь идет не только об обеспечении оптимальных условий психофизического развития ребенка. Необходимо помнить, что удовлетворение потребностей ребенка приводит к низведению их лишь на уровень «условий, а не внутренних источников развития личности: личность не может развиваться в рамках потребностей, ее развитие предполагает смещение потребности на созидание, которое не имеет границ»

(Мухина В. С., 1998). Это положение имеет принципиальное значение для работы по профилактике злоупотребления ПАВ с детьми и подростками. Поскольку злоупотребление ПАВ рассматривается в рамках аутодеструктивного поведения, одной из наиболее важных стратегических задач профилактики — создание условий для развития в ребенке «Внутреннего Созидателя» (цит. по: Гусева И. А., 2005). Таким образом, высокий созидательный потенциал личности выступает в качестве защитного фактора по отношению к приобщению к ПАВ.

Многочисленные исследования выявили, что в качестве ведущего фактора, способствующего отказу человека от употребления ПАВ, выступает эмоциональная устойчивость. В рамках аффективного подхода гармонизация личности ребенка в основном осуществляется за счет обращения к ее эмоциональной сфере. Приоритетной задачей превентологи ставят «научить подростков регулировать эмоциональное состояние, переходить из одной модальности в другую, не прибегая к формам саморазрушающего поведения» (Сирота Н. А., Ялтонский В. М., Хажиллина И. И., Видерман И. С., 2001).

Проблема выявления тех качеств личности, развитие которых в наибольшей степени способствует ее наркоустойчивости, привлекает внимание многих исследователей.

При разработке программы первичной профилактики наркомании на психологическом факультете Самарского государственного университета в 1993–1996 годах было проведено комплексное изучение подростков 13–16 лет, проживающих в «максимально наркоопасной среде», но не употребляющих наркотические вещества (Березин С. В., Лисецкий К. С., Серебрякова М. Е., 2001). В результате были определены личностные особенности подростков, обеспечивающие их повышенную наркоустойчивость:

- самореферентность;
- коммуникативная и социальная компетентность;
- способность конструктивно вести себя в конфликтных ситуациях (то есть направленность усилий на преодоление противоречий при сохранении своих интересов и интересов партнера);
- адекватная самооценка;
- способность контролировать аффект;
- способность к отсроченной разрядке напряжения.

Исследовательская группа РГПУ им. А. И. Герцена города Санкт-Петербурга приводит следующий ряд факторов, протективных по отношению к приобщению к ПАВ (Ананьев В. А., Малыхина Я. В., Васильев М. А., 2003).

- чувство юмора;
- внутренний самоконтроль и целеустремленность;
- важность взаимоотношений, по крайней мере с одним взрослым человеком, помимо родителей;
- привязанность к законам и нормам общества, школы, общины, семейным стандартам, исключающим употребление алкоголя и наркотиков;
- преданность и близость;
- обязательства перед социальной группой и возложение на нее надежды;
- убеждения и нравственные ценности, совпадающие с принятыми в социальной группе (семья, школа);
- условия, способствующие возникновению привязанности;
- возможность активного участия в работе социальной группы, учащийся имеет определенные обязанности и добивается успехов в их выполнении;
- успешное овладение необходимыми навыками;
- признание и одобрение правильных действий.

На основании выделения перечисленных выше индивидуально-психологических особенностей несовершеннолетних, обуславливающих их наркоустойчивость, разработаны и апробированы программы профилактики наркомании, имеющие высокий потенциал эффективности.

С помощью изучения результативности подхода аффективного обучения можно определить значение неспецифических индивидуально-психологических защитных факторов для отказа от ПАВ несовершеннолетних. Программы, разработанные в рамках данного подхода, направлены исключительно на развитие личности молодых людей. Тема наркотизации затрагивается очень мало или не поднимается совсем. Исследователями было обнаружено, что, улучшая межличностные отношения в группе подростков, гармонизируя их эмоциональную сферу и повышая адаптивные способности личности, данные программы в то же время оказались не в состоянии в полной мере справиться с проблемой злоупотребления ПАВ. Например, для детей и подростков, прошедших обучение по программе, остается весьма актуальным риск некритичного приобщения к ПАВ. В связи с этим превентологи пришли к выводу, что работа, ориентированная на развитие и гармонизацию личности молодых людей, безусловно, необходима, но недостаточна. Проблема предупреждения приобщения к ПАВ на их основе решена быть не может, так как в генезе приобщения к ПАВ играют роль не только неспецифические, но и специфические факторы наркотизации, такие как информированность о негативных последствиях ПАВ, их доступность, умение вести себя в ситуации, в которой человек подвергается усиленному давлению употребить то или иное наркотическое вещество.

Целенаправленное формирование специфических поведенческих навыков защиты, то есть обучение конструктивному и безопасному поведению в ситуациях столкновения человека с ПАВ, осуществляется в рамках профилактического подхода формирования жизненных навыков. Специалисты формируют следующие навыки: умение сказать «нет» на предложение употребить ПАВ, навыки критического восприятия информации о ПАВ, ориентировки в ситуации столкновения с ПАВ, выхода из нее. Также превентологи придают большое значение обучению неспецифическим поведенческим навыкам антириска. Данный комплекс навыков представляет собой различные модели поведения, способствующие успешной адаптации в обществе и реализации потребностей индивидуума социально приемлемым способом, без употребления ПАВ.

В специальной литературе навыки, формируемые в рамках данного подхода, носят название «жизненные навыки» (life skills). Всемирной организацией здравоохранения они определяются как способности адаптивного и положительного поведения, позволяющие личности адекватно взаимодействовать с повседневной жизнью. В программу обучения жизненным навыкам Всемирная организация здравоохранения предлагает включить следующие: принятия решений и решения проблем; созидательного и критического мышления; коммуникативных и межличностных отношений; самосознания и сочувствия; сдерживания эмоций и работы со стрессами.

Данные навыки представляют собой основу социальной компетентности личности. Под социальной компетентностью понимается умение человека эффективно взаимодействовать со своим социальным окружением, наличие у него навыков, достаточных для выполнения жизненных задач, присущих тому возрастному периоду, на котором этот человек находится.

Жизненная задача — это возникающая в процессе жизнедеятельности человека наиболее значимая для его развития область приложения усилий. Успешное решение жизненных задач приводит к изменению личности, определяет ее развитие по конструктивному пути и является значимым защитным фактором от приобщения к ПАВ. В психологии для таких изменений есть понятия «личностный рост» (К. Роджерс),

«индивидуация» (К. Юнг), «самоактуализация» (А. Маслоу), а для самого процесса преодоления — понятие «coping» («совладание») (Руководство по аддиктологии, 2007; Психология зависимости, 2005).

Эффективные копинг-стратегии являются защитными факторами по отношению к приобщению к ПАВ. Проблемой изучения и развития копинг-стратегий поведения как фактора антириска наркомании занимаются специалисты Научно-исследовательского института наркологии Минздрава России (Сирота Н. А., Ялтонский В. М., Хажиллина И. И., Видерман И. С., 2001).

На основании классификации J. Amirkhan ими рассматриваются три вида копинг-стратегий:

- *Стратегия разрешения проблем.* Активная поведенческая стратегия, при которой человек старается использовать все имеющиеся у него личностные ресурсы для поиска возможных способов эффективного разрешения проблемы.
- *Стратегия поиска социальной поддержки.* Активная поведенческая стратегия, при которой человек для эффективного разрешения проблемы обращается за помощью и поддержкой к окружающей его среде: семье, друзьям, значимым другим.
- *Стратегия избегания.* Поведенческая стратегия, при которой человек старается избежать контакта с окружающей его действительностью, уйти от решения проблем. Человек может использовать пассивные способы избегания, например уход в болезнь, прием ПАВ, суицид.

Согласно исследованию В. М. Ялтонского (1995), у здоровых подростков по сравнению с больными наркоманией наблюдается выраженное преобладание активных копинг-стратегий в структуре копинг-поведения. У подростков, больных наркоманией, ведущей является поведенческая стратегия избегания, промежуточное положение занимает «стратегия разрешения проблем», наиболее слабо выражена «стратегия поиска социальной поддержки». Для здоровых подростков характерны широкие социальные связи, в их социально-поддерживающий процесс включены семья, друзья, значимые другие, они активно используют и воспринимают социальную поддержку. У больных наркоманией социальная сеть распадается. Для них характерны низкая интенсивность использования стратегии «поиск социальной поддержки» и низкое ее восприятие. Для избегания решения проблем больные использовали психофармакологические способы и механизмы психологической защиты, с помощью которых человек активно (конструктивно) или пассивно (неконструктивно) уменьшал эмоциональный компонент дистресса. Таким образом, «стратегия избегания» одна из ведущих поведенческих стратегий при формировании дезадаптивного псевдосовладающего поведения, в то время как активные способы совладания со стрессом способствуют успешной социализации несовершеннолетних.

Для формирования активных, адаптивных копинг-стратегий индивидууму необходимо обладать достаточным запасом личностных копинг-ресурсов и навыков активного разрешения проблем. Наиболее значимые ресурсы личности, по мнению исследователей, заключаются в позитивной Я-концепции, интернальном локусе контроля, высоком уровне аффилиации и эмпатии, достаточном ресурсе когнитивной сферы, в сформированной позиции человека по отношению к жизни, смерти, любви, вере, духовности и развитой ценностной мотивационной структуре личности. При недостаточности ресурсов личности, преобладании неэффективных копинг-стратегий поведения у несовершеннолетнего он может не справиться с решением жизненной задачи. В этом случае у него формируются негативные личностные образования, способствующие возникновению деструктивных форм поведения.

Следует отметить, что и в условиях сравнительно благополучного протекания социализации человек проходит через кризисные периоды жизни. Это время столкновения с новыми жизненными задачами. Оно сопровождается выраженным эмоциональным

дискомфортом. Одним из наиболее значительных кризисов человек переживает в подростковом возрасте. По данным К. В. Сельченка (Психология зависимости, 2005), у старших подростков во многих случаях наблюдаются чувства беспокойства, неудовольствия, усталости, душевной пустоты и скуки. В таком состоянии существует высокий риск возникновения различных форм аддиктивного поведения.

Защитным фактором может стать вовлеченность подростков в позитивную деятельность, альтернативную приобщению к ПАВ и другим формам реализации аддиктивного поведения. Для того чтобы человек выработал отрицательное отношение к алкоголю и наркотикам, необходимо научить его удовлетворять свои потребности без использования ПАВ и дать необходимые для этого средства, то есть предложить альтернативу. С этой целью работает подход альтернативной деятельности. Альтернатива заключается в специфической позитивной активности, способной дать подростку большее удовлетворение, чем применение ПАВ, а также оптимизировать его личностные ресурсы. Деятельность, которая может стать противовесом наркотизации, должна быть просоциальной, интересной, значимой для подростка и включать преодоление трудностей, возможно риск, вызывать сильные эмоции. В рамках представленного подхода используются технологии занятости молодежи. Данная работа проводится в следующих направлениях (Ананьев В. А., 2000):

- клубная работа;
- дополнительное образование;
- временное или частичное трудоустройство подростков;

Занятость подростков помогает им структурировать свое свободное время, увеличивает их познавательный и коммуникативный потенциалы. В то же время она позволяет включить подростков в позитивную просоциальную деятельность. Исследователи отмечают, что «ученики, отчуждаемые от просоциальных структур общества, более склонны к девиантному и аддиктивному поведению. В то время как участие во внеучебной, школьной или общественной жизни помогает молодежи внести свой вклад в просоциальную организацию общества и идентифицироваться с ней, предоставляет ей позитивные ролевые модели».

Необходимо заметить, что в некоторых случаях специалисты образовательных учреждений или родители ребенка, справедливо оценивая полезность таких мероприятий, стремятся заполнить весь его день, совершенно не оставляя свободного времени. Такая жесткая регламентация жизни растущего человека может привести к тому, что у ребенка не формируется умения самостоятельно распоряжаться собой и находить себе занятие, что является значимым фактором риска приобщения к ПАВ. В то же время разумное использование этой технологии дает множество позитивных эффектов для молодых людей. Один из них проявляется в выработке в процессе значимой, позитивной деятельности положительной направленности личности, заключающейся в формировании целей, планов и интересов у человека, исключающих деструктивные способы поведения.

Исследователи (А. Бандура) отмечают, что наличие у молодых людей жизненных целей и перспектив, не совместимых с наркотизацией, является сильнодействующим защитным фактором по отношению к приобщению к ПАВ. Этот фактор действует на этапе формирования зависимости от ПАВ. Было замечено (Березин С. В., Лисецкий К. С., Назаров Е. А., 2001), что повышенная вероятность формирования ремиссий у больных алкоголизмом связана с постоянной нереализуемостью у них вследствие употребления ПАВ разнообразных интересов и потребностей, удовлетворение которых было плохо совместимо с эксцессивной алкоголизацией. При этом чем более выражены эти потребности и интересы, тем большей была степень фрустрированности личности из-за невозможности их реализации в связи с алкоголизацией и тем вероятнее длительный отказ от алкоголя.

Положительной альтернативной активностью по отношению к наркотизации является деятельность по сохранению и укреплению здоровья. С целью формирования у детей и подростков установок и навыков здорового образа жизни создаются программы в рамках подхода улучшения здоровья. Согласно концепции этого подхода, наиболее значимым защитным фактором от приобщения к ПАВ является ведение здорового образа жизни. В качестве основных задач превентологи ставят развитие у детей и подростков здорового жизненного стиля, способности заботиться о своем здоровье и контролировать условия, влияющие на его состояние. Молодежь вовлекается в деятельность по сохранению и укреплению здоровья. С этой целью ей предоставляются условия для проведения активного досуга без употребления наркотических веществ, занятий спортом, обеспечивается обоснованный и здоровый режим труда и питания и т. д.

Необходимо отметить, что забота о здоровье направлена не только на обеспечение оптимального физического состояния. Устав Всемирной организацией здравоохранения определяет здоровье как «состояние полного физического, умственного и социального благополучия человека, а не только отсутствие болезней и физических дефектов». Таким образом, обучение здоровому образу жизни предполагает развитие здоровой личности несовершеннолетних, их жизненной компетенции и усиление благоприятных для здоровья средовых факторов. Большинство современных профилактических программ направлено на работу с факторами защиты от наркотизации, действующих и на индивидуально-психологическом, и на социальном уровне, интегрируя школьную и семейную системы.

3.3. Социальные факторы защиты

Личность — это системное качество, приобретаемое человеком в процессе социализации и характеризующее его со стороны включенности в общественные отношения. Определяющей для формирования структуры личности, ее направленности является «социальная ситуация развития». Поэтому создание благоприятных условий для успешной социализации, выступает в качестве необходимого компонента профилактической деятельности.

Средовые факторы употребления ПАВ проявляются на двух уровнях — микросоциальном и макросоциальном.

Микросоциальные защитные факторы — факторы, препятствующие злоупотреблению ПАВ, воздействующие на уровне ближайших социальных общностей, в которые входит ребенок: семья, школа, референтная группа сверстников.

Макросоциальные защитные факторы — условия, препятствующие злоупотреблению ПАВ, характеризующие функционирование общества в целом.

Микросоциальные факторы защиты.

Специалисты NIDA (National Institute on Drug Abuse) разработали обобщенную классификацию факторов защиты, проявляющихся на социальном уровне. Общими для всех институтов социализации являются следующие факторы защиты:

- отрицательное отношение к употреблению ПАВ в ближайшем микросоциальном окружении ребенка;
- соблюдение окружающими общепринятых норм в употреблении ПАВ;
- гармоничные отношения в семье, школе, со сверстниками.

Специалисты Всемирной организации здравоохранения в качестве протективной по отношению к употреблению ПАВ характеристики отношений с ближайшим микросоциальным окружением в целом видят удовлетворение естественной потребности в любви, общении, доброжелательности и защищенности у ребенка (крепкая связь с

социальными институтами, например семьей, школой, религиозными общинами).

Одним из наиболее значимых институтов социализации для ребенка является его семья. Среди семейных протективных факторов специалисты NIDA выделяют:

- крепкие семейные узы;
- активную роль родителей в жизни детей;
- понимание проблем и личных забот детей;
- ясные правила, стандарты внутри семьи, постоянные обязанности.

По мнению специалистов NIDA, профилактические программы могут усиливать защитные факторы среди детей посредством обучения родителей тому, как лучше строить семейные взаимоотношения, поддерживать дисциплину, твердо и уверенно устанавливать определенные правила поведения, и другим методам воспитания в семье. Их исследования показали, что родителям следует играть более активную роль в жизни детей, которая в том числе предполагает беседы о наркотиках, отслеживание поступков детей, понимание их проблем и личных забот. Также следует знать всех друзей, с которыми общаются дети.

Факторы защиты, проявляющиеся в образовательном учреждении:

- повышение общего качества обучения, усиление связи учащихся со школой;
- успешное участие в общественных мероприятиях;
- поощрение, вознаграждение за хорошее поведение, успехи в учебе, мероприятиях;
- негативное отношение к употреблению ПАВ, понимание последствий употребления;
- сформированное неодобрительное отношение друзей, знакомых, сверстников учащегося к употреблению ПАВ.

Эксперты NIDA полагают, что профилактические программы также должны фокусироваться на повышении общего качества обучения и усилении связи учащихся со школой, прививая им чувство своей индивидуальности, стремление к достижениям и снижая притягательность преждевременного прекращения обучения. Большинство школьных программ включают в себя поддержку позитивных отношений со сверстниками и обязательный образовательный компонент, необходимый для коррекции их ошибочных представлений о том, что все учащиеся употребляют наркотики. Исследования также показали, что понимание учащимися негативных (физических, психологических и социальных) последствий употребления ПАВ и общего неодобрения наркотиков со стороны своих друзей и семей способствует удержанию подростков от начала употребления ПАВ.

Дети склонны подражать поведению друг друга. Некоторые исследователи придерживаются мнения, что наибольшее влияние на установки и поведение детей оказывают сверстники. Влияние сверстников может быть как позитивным, так и негативным. Значимыми протективными факторами по отношению к вовлечению в наркотизацию являются:

- позитивные отношения со сверстниками;
- негативное отношение сверстников к употреблению ПАВ.

Специалисты NIDA предлагают фокусировать внимание профилактических программ на взаимоотношениях отдельного ребенка с его сверстниками. Улучшение социально значимых способностей оказывает благоприятное воздействие на развитие социального поведения, коммуникабельности, позитивных отношений со сверстниками и устойчивой способности отказываться в ответ на предложение употреблять наркотики.

Макросоциальные факторы защиты.

В качестве ведущих защитных факторов, связанных с местом жительства, специалисты NIDA выделяют следующие:

- усиление общественных антинаркотических норм;

- требования к законодательству об ужесточении законов о рекламе ПАВ в СМИ и на рекламных щитах;
- создание безнаркотических зон вокруг образовательного учреждения, во дворах.

Профилактические программы работают на уровне общин вместе с государственными, гражданскими и религиозными организациями и имеют цель усилить антинаркотические общественные нормы и просоциальное поведение через СМИ, образовательные программы, изменения в законодательстве и в общественных нормах поведения.

Антинаркотическая политика государства осуществляется в двух направлениях:

- *Политика снижения предложения*, в рамках которой реализуются меры, направленные на борьбу с незаконным оборотом наркотиков и их прекурсоров, а также контроль цен, масштабов производства и реализации легальных наркотиков. Например, это может быть ограничение часов продажи или запрещение торговли алкогольной и табачной продукцией в магазинах, находящихся рядом с образовательными учреждениями. Политика снижения предложения обеспечивает ограничение доступности ПАВ для населения. В качестве защитного от наркотизации фактора понимается недоступность ПАВ для потенциальных потребителей. Это положение во многом себя оправдывает. Например, по результатам проективных тестов для учащихся школ ведущим мотивом отказа от употребления ПАВ является невозможность их приобретения. Также при рассмотрении динамики злоупотребления наркотиками опийной группы в нашей стране можно проследить зависимость между доступностью наркотиков и частотой злоупотребления ими (Березин С. В., Лисецкий К. С., Назаров Е. А., 2001). Когда в 1970–1980-х годах наркотики опийной группы были малодоступны для молодежи в нашей стране, проблема опийной наркомании была малоактуальной. Затем в начале 1990-х, когда героин был редкостью, героиновой наркомании не существовало. В настоящее время, когда героин широко доступен в молодежной популяции, проблема наркомании встала достаточно остро, при этом основным наркотиком опийной группы, употребляемым наркоманами является героин. При этом существует другая точка зрения, согласно которой лица, в силу тех или иных причин имеющие потребность в употреблении ПАВ, при недоступности одного вида ПАВ будут замещать его другим. Таким образом, можно говорить о необходимости реализации политики снижения спроса.
- *Политика снижения спроса* направлена на предотвращение употребления ПАВ и развития зависимости от них, а также уменьшение вредных последствий употребления. Роль государства заключается в производстве и продвижении законодательных актов, устанавливающих правовые нормы в отношении употребления ПАВ, а также при сотрудничестве с гражданскими и религиозными организациями в содействии усилению этнических, религиозных и культурных норм, противодействующих злоупотреблению ПАВ среди населения. Даже при физическом наличии какого-либо ПАВ определенные общественные нормы могут сделать его употребление недоступным. Например, для женщины, воспитанной в мусульманской традиции и придерживающейся ее канонов, практически исключена возможность злоупотребления алкогольными напитками, даже в условиях их легкой физической доступности (Березин С. В., Лисецкий К. С., Назаров Е. А., 2001).

Важную роль в формировании общественного мнения играют СМИ. Многие исследователи определяют в качестве эффективного фактора защиты от наркотизации систему антинаркотического информирования граждан через СМИ. При этом для того, чтобы публикации способствовали отказу от наркотизации, работа СМИ должна подчиняться

определенным принципам (Березин С. В., Лисецкий К. С., Назаров Е. А., 2001):

- необходима организация специализированной по вопросам наркозависимости пресс-службы, работа которой должна строиться в рамках выполнения государственного заказа;
- информация должна быть в целом позитивной и не нести оттенка безысходности;
- негативная информация должна содержать сведения о трагических последствиях употребления наркотиков;
- необходимо запретить показывать в СМИ сцены употребления наркотиков и людей в состоянии эйфории, демонстрировать наркотические средства;
- резюме любой публикации должно содержать четкую, всем понятную рекомендацию по профилактике наркомании;
- публикация должна воздействовать на мотивационную сферу адресной аудитории;
- в подготовке материалов обязательно должны участвовать специалисты (наркологи, психологи, социальные работники, сотрудники правоохранительных органов, превентологи);
- публикации должны получить одобрение специализированного экспертного совета.

Ю. А. Свеженцева, Д. А. Головченко (2002) указывают на другие значимые характеристики антинаркотического информирования. Подобная информация должна:

- исходить из источников, вызывающих доверие;
- быть регулярной и направленной на всех подростков;
- в специфическом виде дополнительно подаваться тем категориям, которые составляют группы риска;
- передаваться с использованием всего комплекса аудиовизуальных средств;
- вызывать эмоции, подкрепляющие установку против наркотиков.

Следует отметить, что большое значение имеют не только информирование граждан о негативных аспектах наркотизации и запрет прямой рекламы ПАВ, но и популяризация идей здорового образа жизни в обществе, а также недопущение косвенной информации, связывающей удовлетворение различных потребностей человека, таких как успешность, привлекательность, активный образ жизни, отдых и т. д., с употреблением ПАВ.

При этом необходимо указать на установленную исследователями (Руководство по аддиктологии, 2007; Психология зависимости, 2005) зависимость между уровнем терпимости к употреблению алкоголя в обществе и частотой заболеваемости неврозами у населения. В условиях запрета на потребление алкоголя уровень заболеваемости алкоголизмом снижается, но при этом повышается уровень заболеваемости неврозами. Существует и обратная зависимость: более лояльное отношение к употреблению алкоголя в обществе ведет к снижению количества людей, болеющих неврозами (Сирота Н. А., Ялтонский В. М., Хажиллина И. И., Видерман И. С., 2001). Это говорит о том, что важной составляющей превентивных мероприятий должна быть деятельность по оздоровлению нации и нравственному совершенствованию членов общества.

Приведенные данные свидетельствуют в пользу необходимости комплексной и разнонаправленной политики в области профилактики злоупотребления ПАВ несовершеннолетними и выделения первичной, позитивно ориентированной, профилактики в качестве приоритетной стратегии антинаркотической деятельности с обязательным учетом как специфических, так и неспецифических факторов защиты. Профилактика приобщения к ПАВ, ориентированная на специфические факторы защиты от наркотизации, направлена на ограничение доступности ПАВ для несовершеннолетних и формирование и укрепление антинаркотических установок детей и подростков. Превентивная работа, ориентированная на

неспецифические факторы защиты от наркотизации заключается в создании условий для гармоничного развития личности и успешной социализации детей и подростков.

Сложная структура риска и антириска поведенческих девиаций, взаимосвязи биологических, психологических и социальных факторов в генезе их возникновения обуславливают потребность в привлечении и обучении специалистов разных профилей — медиков, психологов, социальных работников, педагогов, юристов — для решения проблем, связанных с потреблением веществ, вызывающих зависимость.

Таким образом, злоупотребление алкоголем, наркотиками, табаком и ПАВ среди несовершеннолетних является одной из наиболее актуальных проблем в современной России. Недостаточная эффективность лечебных и реабилитационных мероприятий у несовершеннолетних, наличие выраженных негативных последствий зависимости как для самого потребителя, так и для его непосредственного окружения и всего общества в целом обуславливает необходимость приоритетного внимания к профилактике приобщения к ПАВ, и формирования зависимости от них на государственном уровне.

На основе анализа исследований феноменов аддикции и зависимости можно сделать вывод, что существует несколько подходов к пониманию феномена аддикции, причин и механизмов его формирования. Согласно современному подходу, злоупотребление ПАВ рассматривается как следствие нарушения в функционировании сложной многоуровневой системы «социум — личность — организм». Приобщение к ПАВ и формирование зависимости от них рассматриваются как мультифакторный процесс, зависящий от эффекта влияний разнонаправленных факторов, факторов риска и защиты по отношению к возможности формирования аддикции к ПАВ.

Профилактика злоупотребления ПАВ ориентирована на снижение выраженности факторов риска и усиление факторов защиты от злоупотребления ПАВ. Изучение факторов, оказывающих провоцирующее или сдерживающее влияние на развитие химической зависимости от различных психоактивных агентов, позволит более эффективно планировать стратегию и тактику профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий в образовательной среде.

Риск злоупотребления ПАВ может быть обусловлен биологически (генетическими, нейрохимическими и нейробиологическими особенностями потенциальных потребителей, а также психопатологическими синдромами и симптомами). Учет факторов биологического уровня в профилактической деятельности по предотвращению приобщения несовершеннолетних к употреблению ПАВ важен в первую очередь для прогноза характера течения возможного заболевания и скорости перехода аддиктивного поведения в зависимое. Приобщение к ПАВ происходит преимущественно под влиянием психологических особенностей потенциальных потребителей и влияния среды.

Индивидуально-психологические факторы риска могут проявляться в различных личностных сферах: поведенческой, мотивационно-потребностной, эмоциональной, характерологической, когнитивной, Я-концепции и духовной. Особенности личности определяют мотивацию употребления ПАВ и психологическую картину аддикции. Кроме универсальных признаков риска можно выделить специфический фактор, предрасполагающий к аддиктивной реализации деструктивных тенденций — установку к употреблению ПАВ.

Средовые факторы риска подразделяются на факторы микросоциального уровня, включающие особенности семейных взаимоотношений и отношения в школе и досуговой сфере, и макросоциального уровня, отражающие функционирование всего общества в целом.

Кроме факторов, предрасполагающих злоупотреблению ПАВ, существуют защитные факторы, подкрепление которых способствуют формированию антинаркотического барьера у несовершеннолетних. Защитные факторы также можно систематизировать в соответствии с

уровнями проявления: биологические, индивидуально-психологические и социальные.

Профилактика приобщения к ПАВ ориентированная на специфические факторы защиты от наркотизации, направлена на ограничение доступности ПАВ для несовершеннолетних и формирование и укрепление антинаркотических установок детей и подростков. Превентивная работа, ориентированная на неспецифические факторы защиты от наркотизации заключается в создании условий для гармоничного развития личности и успешной социализации детей и подростков.

Сложная структура риска и антириска злоупотребления ПАВ, взаимосвязи биологических, психологических и социальных факторов в генезе их возникновения обуславливают потребность в привлечении и обучении специалистов разных профилей — медиков, психологов, социальных работников, педагогов, юристов для решения проблем злоупотребления ПАВ.

ГЛАВА 4. ОСНОВЫ КОНЦЕПТУАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ

4.1. Основные направления и базовые принципы профилактики зависимого поведения

Следует ясно осознать, что для продуктивной работы в области профилактики наркозависимости необходимо опираться на фундаментально разработанную методологию, которая в настоящий момент еще только формируется. Важно понимать, что проблема наркозависимости — это проблема не только школы, а всех институтов общества; чтобы справиться с ней, необходимо формировать целостную наркополитику государства.

В статье 4 Федерального закона от 8 января 1998 года № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» особо отмечается, что одним из принципов государственной политики в области противодействия незаконному обороту наркотиков является приоритетность мер по профилактике наркомании и правонарушений, связанных с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ, стимулирование деятельности, направленной на антинаркотическую пропаганду. А статья 2 Федерального закона от 24 июня 1999 года № 120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» устанавливает, что основными задачами деятельности по профилактике отклоняющегося поведения несовершеннолетних являются «предупреждение безнадзорности, беспризорности, правонарушений и антиобщественных действий несовершеннолетних, выявление и устранение причин и условий, способствующих этому».

Сегодня для устранения причин, ведущих к употреблению ПАВ, следует формировать профилактическое пространство как систему, где можно определять «мишени» превентивных воздействий. При этом базовыми понятиями, определяющими это пространство, являются следующие:

- Профилактическое пространство — сложная динамическая система.
- Эта система состоит из совокупности элементов и их переменных характеристик, связанных между собой как положительными, так и отрицательными обратными связями.
- Важнейшим элементом системы, обуславливающим ее динамичность и сетевой, а не линейный (причина—следствие) характер трансформации, является человек.
- Профилактическое пространство имеет:
 - индикаторные переменные, которые характеризуют состояние системы на какой-то момент времени, зависят от многих других переменных этой системы, но сами значительно на нее не влияют;
 - критические переменные, воздействуя на которые можно в значительной степени влиять на состояние всей системы.
- Для определения состояния системы необходимо выделить, изучить и проанализировать индикаторные переменные.
- Для обозначения мишеней воздействия необходимо исследовать, что же является критическими переменными, и разрабатывать планы работы в соответствии с ними.

На макроуровне профилактическое пространство может быть представлено как система, состоящая из следующих элементов:

- первичная профилактическая социально-поддерживающая среды;
- компенсаторное пространство для представителей группы риска — социально дезадаптированных детей и подростков, в том числе страдающих зависимостью от

наркотиков;

- реабилитационное пространство как для зависимых несовершеннолетних и молодежи, так и для созависимых;
- отношение общества к проблемам молодежи, в том числе к проблеме наркозависимости и алкоголизма.

Взаимоотношения элементов профилактического пространства как сложной динамической системы являются нелинейными и полифакторными. Первичная профилактическая среда в этой системе основная, так как именно в ней располагаются все остальные элементы. В то же время на микроуровне элементы профилактического пространства для индивида (ребенка, подростка, молодого человека) представлены составляющими его системы отношений с миром и самим собой.

На мезоуровне можно говорить об элементах, с которыми индивид вступает в определенные отношения в процессе своей жизни, как о подсистемах:

- учебное заведение и его среда;
- семья и ее стиль, атмосфера;
- места проведения досуга и их социально-психологическое содержание (дискотеки, клубы, кафе, двор, улица);
- учреждения, обеспечивающие возможность трудоустройства и проявления социальной активности (отделы муниципалитета и общественные организации).

Максимальная интеграция деятельности специалистов и работы ведомств на указанных уровнях может серьезно ускорить нахождение оптимальных моделей системы превентивных мер. Это касается не только первичной и вторичной профилактики, но и работы с зависимыми в стадии ремиссии: до сих пор отсутствует система поддержки и ресоциализации этих людей, помочь которым вернуться к нормальной жизни можно только сообща.

Таким образом, необходимо прежде всего:

- обратить основное внимание на каузальную, ориентированную на исходные причины злоупотребления ПАВ, психосоциальную модель профилактики;
- признать приоритет первичной профилактики наркозависимости, поскольку она создает пространство, в котором могут осуществляться и все остальные виды профилактики;
- уточнить понятия и сформулировать критерии выбора форм и методов работы в разных видах профилактики, признать необходимость их научного психологического обоснования;
- создать условия для реальной интеграции усилий разных ведомств и специалистов в формировании превентивной социальной политики;
- создать условия для формирования профилактической социально-поддерживающей среды развития несовершеннолетних, основываясь на каузальном подходе, интеграции и активизации социального контроля.

Для действенности профилактической работы основными принципами профилактики наркозависимого поведения должны быть следующие:

- *Комплексность*. Согласованное взаимодействие на межведомственном и профессиональном уровнях, которая предполагает следование ряду принципов.
- *Дифференцированность*. Решение задач профилактики наркозависимости с учетом возраста, степени вовлеченности в наркотическую ситуацию, социального и профессионального статуса адресатов превентивных мероприятий.
- *Аксиологичность*. Ценностная ориентация учебно-методической профилактической работы, направленной на возрождение общечеловеческих

ценностей, представлений о здоровье и успешности жизни.

- *Многоаспектност ь.* Сочетание в профилактической работе различных направлений (социальный, психологический, образовательный, медицинский, правоохранный аспекты).
- *Приоритетност ь.* Признание приоритета психологических знаний в профилактической работе любых специалистов и связанное с этим основополагающее значение первичной профилактики в решении проблем наркомании.
- *Экспансивност ь.* Активное внедрение методологий профилактики наркозависимости в уже имеющиеся формы работы с молодежью (школьные курсы ОБЖ, валеологии, молодежный досуг); использование психологически обоснованной профилактической темы в оформлении предметов молодежной культуры (майки, бейсболки, школьные принадлежности, плакаты, предметы быта).
- *Динамичност ь.* Разработка и использование гибких профилактических методологий, учитывающих социальные, экономические и правовые изменения в обществе; мифологию среды, обуславливающую наркотическую ситуацию в городе; эффективные средства передачи информации.
- *Компетентност ь.* Научное обоснование и межведомственная экспертиза применяемых форм и методов профилактической работы.
- *Позитивност ь.* Профилактическая работа должна приносить радость участникам, создавая атмосферу светлой перспективы здорового стиля жизни, способствовать максимальному раскрытию лучших человеческих качеств детей и молодежи, их личностному созреванию в активной творческой жизненной позиции на благо своей родины.
- *Последовательност ь.* Поэтапная реализация целей и задач профилактических программ.

Эпидемия наркозависимости в среде молодежи и подростков не может рассматриваться как отдельная проблема, вне связи с общими причинами социальной дезадаптации. Таким образом, только координация усилий различных ведомств, направленных на профилактику наркомании позволит снизить рост наркозависимых лиц. Необходимо подчеркнуть, что при решении данной задачи важно реализовывать весь спектр профилактических мероприятий, одним из которых является тренинг по первичной профилактике употребления ПАВ среди молодежи.

4.2. Основные направления работы, осуществляемой в рамках первичной, вторичной и третичной профилактики наркозависимого поведения

Профилактика зависимости от алкоголя, наркотиков и других ПАВ — одно из важнейших и эффективных направлений профилактики неинфекционной патологии. Основой концептуальной модели профилактики зависимости от алкоголя, наркотиков и других ПАВ являются рассмотренные превентивные подходы. В рамках профилактики особый акцент следует делать на работу с молодежью, так как по статистике основная масса лиц, злоупотребляющих ПАВ, относится к этой категории.

Профилактика зависимости от алкоголя, наркотиков и других ПАВ может быть *первичной, вторичной и третичной*. В соответствии с классификацией Всемирной организации здравоохранения под первичной профилактикой подразумевается работа с организованными коллективами и общественным сознанием по внедрению идей здорового

образа жизни (фактически на предупреждение формирования наркозависимости); вторичная профилактика направлена на работу с лицами группы риска; третичная профилактика предполагает работу с химически зависимыми пациентами для профилактики рецидива заболевания. Рассмотрим каждую из них.

Первичная профилактика наркомании и алкоголизма является наиболее массовой, неспецифической, использующей преимущественно педагогические, психологические и социальные влияния. Ее воздействия направлены на общую популяцию детей, подростков и молодых людей. Первичная профилактика имеет целью предотвратить возникновение нарушения или болезни, предупредить негативные исходы и усилить позитивные результаты развития индивида. Это может быть достигнуто несколькими путями:

- развитие и усиление мотивации на позитивные изменения в собственном жизненном стиле индивида и в среде, с которой он взаимодействует;
- направление процесса осознания индивидом себя, поведенческих, когнитивных и эмоциональных проявлений своей личности, окружающей его среды;
- усиление адаптационных факторов или факторов стрессорезистентности, ресурсов личности и среды, понижающих восприимчивость к болезни;
- воздействие на факторы риска наркотизации с целью их уменьшения;
- развитие процесса самоуправления индивидом своей жизнью (управление самосознанием, поведением, изменением, развитием);
- развитие социально-поддерживающего процесса.

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

Первичная профилактика алкоголизма и наркомании проводится посредством нескольких стратегий.

Первая стратегия.

Цель: информирование населения о ПАВ (их видах и воздействии на организм, психику и поведение человека) и формирование мотивации на эффективное социально-психологическое и физическое развитие.

Конт ингент ы воздейст вия: дети и подростки, посещающие школу; учащаяся молодежь; родители (семья); учителя; внешкольные подростковые, молодежные коллективы и группы; дети, не посещающие школу, лишенные родителей и постоянного места жительства; неорганизованные группы населения.

Вторая стратегия.

Цель: формирование мотивации на социально-поддерживающее поведение.
Конт ингент ы воздейст вия: семья (родители); учителя; дети, подростки в школьных коллективах и вне их; дети, не посещающие школу; дети, лишенные семьи и постоянного места жительства.

Третья стратегия.

Цель: развитие протективных факторов здорового социально эффективного поведения.
Конт ингент ы воздейст вия: дети, подростки, молодежь в учебных заведениях и вне их; учителя; родители (семья).

Четвертая стратегия.

Цель: развитие навыков разрешения проблем, поиска социальной поддержки, отказа от предлагаемого ПАВ.

Конт ингент ы воздейст вия: дети, подростки и молодежь в учебных коллективах и вне их; учителя; родители (семья).

В приведенных выше стратегиях используются специальные технологии.

- Социальные и педагогические технологии первичной профилактики:
 - воздействие СМИ;
 - антинаркотическое обучение;
 - использование альтернативных употреблению наркотиков программ детско-подростковой и молодежной активности;
 - создание социально-поддерживающих систем (социальные службы, клубы, молодежные просоциальные организации);
 - проведение антинаркотических мотивационных акций;
 - организация деятельности социальных работников и волонтеров;
 - деятельность системы ювенальной юстиции.
- Психологические технологии первичной профилактики:
 - развитие личностных ресурсов;
 - формирование социальной и персональной компетентности;
 - развитие адаптивных стратегий поведения;
 - формирование функциональной семьи.
- Медицинские технологии первичной профилактики осуществляются посредством определения генетических и биологических маркеров поведения риска и их коррекции на медицинском уровне.

Рост числа потребителей ПАВ и лиц, проявляющих поведение риска — социального резерва роста заболеваемости алкоголизмом и наркоманией, определяет поле воздействия **вторичной профилактики**. Главная ее цель — изменение дезадаптивных и псевдоадаптивных моделей поведения риска на более адаптивную модель здорового поведения.

Поведение риска может быть вызвано характеристиками индивида, имеющего те или иные предрасположения личностных, поведенческих и других расстройств; характеристиками среды, воздействующей на индивида; специфическими комбинациями средовых и поведенческих характеристик. При этом среда рассматривается в качестве носителя такого доминирующего фактора, как стресс (любое требование среды является стрессом; в случае поведения риска стрессовое давление среды, ее сопротивление резко увеличивается как реакция на это поведение), а само поведение индивида — как фактор риска наркомании или алкоголизма.

Вторичная профилактика алкоголизма и наркомании осуществляется с применением различных стратегий.

Первая стратегия.

Цель: формирование мотивации на изменение поведения.

Конт ингент ы воздейст вия: дети, подростки и молодежь группы риска, родители (семья), неорганизованные группы детей, подростков, молодежи и взрослого населения.

Вторая стратегия.

Цель: изменение дезадаптивных форм поведения на адаптивные.

Конт ингент ы воздейст вия: дети, подростки и молодежь группы риска, родители (семья), неорганизованные группы детей, подростков, молодежи и взрослого населения.

Третья стратегия.

Цель: формирование и развитие социально-поддерживающей сети.

Конт ингент ы воздейст вия: дети и взрослые (семья, учителя, специалисты,

непрофессионалы).

В этих стратегиях используются специальные технологии.

- Социальные и педагогические технологии:
 - формирование мотивации на полное прекращение употребления наркотиков, если оно имеет место;
 - формирование мотивации на изменение поведения;
 - развитие проблем-преодолевающего поведения;
 - формирование социально-поддерживающего поведения и стратегии поиска социальной поддержки в просоциальных сетях.
- Психологические технологии:
 - преодоление барьеров осознания эмоциональных состояний;
 - осознание формирующейся зависимости от наркотика как проблемы личности;
 - развитие эмоциональных, когнитивных и поведенческих стратегий проблем-преодолевающего поведения (стратегии разрешения проблем, поиска и принятия социальной поддержки, распознавание и модификация стратегии избегания);
 - анализ, осознание и развитие личностных и средовых ресурсов преодоления проблемы формирующейся зависимости от ПАВ. Развитие Я-концепции, коммуникативных ресурсов, социальной компетентности, ценностных ориентации когнитивного развития, интернального локуса контроля; принятие ответственности за свою жизнь, свое поведение и его последствия; восприятие социальной поддержки; изменение стереотипов поведения и ролевого взаимодействия в семье; формирование психологической резистентности к давлению наркотической среды.
- Медицинские технологии заключаются в нормализации физического и психического развития, биохимического и физиологического равновесия.

Третичная профилактика наркомании и алкоголизма направлена на восстановление личности и ее эффективного функционирования в социальной среде после соответствующего лечения, уменьшение вероятности рецидива заболевания. Другое направление третичной профилактики — снижение вреда от употребления наркотиков у тех, кто еще не готов полностью отказаться от них.

Возможности третичной профилактики гораздо ниже, чем первичной и вторичной, так как эффект от превентивного воздействия определяется необходимостью замены патологических звеньев поведения индивида на здоровые. Данный вид профилактики основан на медицинском воздействии, однако базируется на сильной структуре социальной поддержки. Он требует индивидуального подхода и направлен на предупреждение перехода сформированного заболевания в его более тяжелую стадию. Активность больного в борьбе с заболеванием, осознание им собственной ответственности за свое здоровье — обязательные условия проведения третичной профилактики.

Третичная профилактика алкоголизма и наркомании осуществляется с применением нескольких стратегий.

Первая стратегия.

Цель: формирование мотивации на изменение поведения, включение в лечение, прекращение употребления алкоголя, наркотиков или других ПАВ.

Конт ингент ы воздейст вия: лица, зависимые от алкоголя, наркотиков, других ПАВ. В процесс мотивационной работы при необходимости включаются члены семьи и другие значимые лица.

Вторая стратегия.

Цель: изменение зависимых, дезадаптивных форм поведения на адаптивные.

Конт ингент ы воздейст вия: лица, зависимые от алкоголя, наркотиков, других ПАВ. В

процесс данной работы при необходимости включаются члены семьи и другие значимые лица.

Третья стратегия.

Цель: осознание ценностей личности.

Контингент и воздействие: лица, зависимые от алкоголя, наркотиков, других ПАВ.

Четвертая стратегия.

Цель: изменение жизненного стиля.

Контингент и воздействие: лица, зависимые от алкоголя, наркотиков, других ПАВ.

Пятая стратегия.

Цель: развитие коммуникативной и социальной компетентности, личностных ресурсов и адаптивных копинг-навыков.

Контингент и воздействие: лица, зависимые от алкоголя, наркотиков, других ПАВ.

Шестая стратегия.

Цель: формирование и развитие социально-поддерживающей сети.

Контингент и воздействие: члены семьи, другие значимые лица, члены групп само- и взаимопомощи.

В этих стратегиях используются различные технологии.

- Социальные и педагогические технологии:
 - формирование социально-поддерживающей и развивающей среды;
 - формирование мотивации на изменение поведения, прекращение употребления ПАВ и постоянное поддержание процесса продвижения к здоровью;
 - развитие навыков копинг-поведения, социальной компетентности, преодоления искушения наркотизации или алкоголизации;
 - формирование социально-поддерживающего поведения и стратегии поиска социальной поддержки в социально-поддерживающих сетях.
- Психологические технологии:
 - осознание личностных, экзистенциальных, духовных и нравственных ценностей;
 - осознание личных целей и путей их достижения;
 - осознание влечения и зависимости;
 - формирование копинг-стратегий преодоления влечения и зависимости;
 - изменение жизненного стиля в целом;
 - развитие коммуникативной и социальной компетентности;
 - развитие когнитивной, эмоциональной и поведенческой сфер;
 - развитие личностных ресурсов совладания с зависимостью.
- Медицинские технологии заключаются в грамотном психофармакологическом вмешательстве в соответствующие периоды при соответствующих терапии состояниях, а также в нормализации физического и психического состояния, биохимического и физиологического равновесия.

Все виды профилактической деятельности, реализуемые в обществе, разделяются на ряд направлений:

- профилактика в учебных заведениях (школьные программы);
- профилактика, основанная в семье (семейные и родительские программы);
- профилактика в организованных общественных группах населения;
- профилактика с помощью СМИ;
- профилактика, направленная на группы риска в учебных заведениях и вне их;
- систематическая подготовка специалистов в области профилактики;
- мотивационная профилактическая работа;

- профилактика рецидивов;
- терапия социальной средой;
- профилактика последствий, связанных с употреблением ПАВ.

В соответствии с этими стратегиями строятся профилактические программы.

Программы первичной профилактики.

Концептуальная модель первичной профилактики зависимости от наркотиков, алкоголя и других ПАВ базируется на решении представленных выше целей профилактики зависимости от ПАВ. Она предусматривает развитие ресурсов личности человека и социальной среды и предполагает внедрение целого ряда профилактических программ для детей, подростков, молодежи, а также для родителей, учителей и специалистов в области профилактики.

Задачи программ первичной профилактики для детей и подростков универсальны, хотя и имеют свою специфику, они предусматривают решение следующих задач:

- Формирование здорового стиля жизни, высокофункциональных стратегий поведения, препятствующих злоупотреблению наркотическими и другими ПАВ.
- Информирование о действиях и последствиях злоупотребления наркотическими веществами и ПАВ, причинах и формах заболеваний, связанных с ними, путях к выздоровлению; о связи злоупотребления наркотиками и других форм саморазрушающего поведения с особенностями личности, общения, социальными сетями, стрессом и путями его преодоления.
- Направленное развитие личностных ресурсов, способствующих формированию здорового жизненного стиля и высокоэффективного поведения:
 - Я-концепции (самооценки, отношения к себе, своим возможностям и недостаткам);
 - собственной системы ценностей, целей и установок; способности делать самостоятельный выбор, контролировать свое поведение и жизнь, решать простые и сложные жизненные проблемы, умения оценивать ту или иную ситуацию и свои возможности контролировать ее;
 - умения общаться с окружающими, понимать их поведение и его перспективы, сопереживать и оказывать психологическую и социальную поддержку;
 - потребности в получении и оказании поддержки окружающим.
- Развитие навыков поведения, ведущего к здоровью и препятствующего злоупотреблению ПАВ:
 - принятия решения и преодоления жизненных проблем;
 - восприятия, использования и оказания психологической и социальной поддержки;
 - оценки социальной ситуации и принятия ответственности за собственное поведение в ней;
 - отстаивания своих границ и защиты своего персонального пространства;
 - защиты Я, само- и взаимоподдержки;
 - избегания ситуаций, связанных с употреблением алкоголя, наркотиков и других ПАВ и с другими формами саморазрушающего поведения;
 - использование альтернативных употреблению ПАВ способов преодоления стресса, получения радости и удовольствия;
 - бесконфликтного и эффективного общения.

Программы первичной профилактики для родителей предусматривают решение следующих задач:

- обеспечение знаниями психологических особенностей ребенка, подростка;

особенностей семейных взаимоотношений, особенностей семейных стрессов и поведения, направленного на их преодоление (формирование семейного проблем-преодолевающего поведения); эффектов ПАВ;

- помощь в осознании собственных личностных, семейных и социальных ресурсов, способствующих преодолению внутрисемейных проблем и проблем взаимоотношения с детьми в семье;
- определение направления и стратегии развития личностных, семейных и социально-средовых ресурсов;
- определение направления и стратегий развития личностных ресурсов у детей (как взаимодействовать с ребенком, чтобы его личностные и семейные ресурсы развивались, а не подавлялись, как сделать свою семью социально и психологически поддерживающей, а не подавляющей системой);
- обучение навыкам социально и психологически поддерживающего и развивающего поведения в семье и в процессе взаимоотношений с детьми;
- выявление родителей, нуждающихся в индивидуальной консультативной помощи;
- выявление родителей, готовых осуществлять консультативную поддержку другим семьям; обучение их основам оказания социально-психологической и консультативной помощи другим родителям.

В программах первичной профилактики для учителей существенное место отводится обучению педагогов созданию психологически грамотной, развивающей системы взаимоотношений со школьниками, основанной на взаимопонимании и взаимном восприятии друг друга. Учителя обучаются навыкам формирования адекватной Я-концепции, эмпатии, аффилиации, разрешения проблем, оказания психологической поддержки в процессе их взаимодействия со школьниками и коллегами. Программы предусматривают теоретические и практические занятия: лекции-беседы, обсуждения, ролевые игры и другие психотехнологии, направленные на осознание процессов взаимного психологического развития учителя и ученика.

При проведении профилактической работы очень важно установить в группе доверительные, честные, эмоционально- и социально-поддерживающие отношения. Занятия с младшими подростками должны проводиться преимущественно в игровой форме, но также содержать и элемент серьезной интеллектуальной и психологической работы.

В рабочей группе необходимо выработать обязательные правила. Важнейшими из них должны быть умение слушать, оказывать взаимное доверие, проявлять уважение, соблюдать конфиденциальность, возможность открыто высказывать свое мнение и обозначать свою позицию, принимать на себя ответственность за активность и успешность работы группы.

Очень важным компонентом работы являются домашние задания, которые предназначены прежде всего для включения в профилактическую активность членов семьи, друзей. Это способствует улучшению взаимоотношений членов семьи с их социальным окружением и позволяет включаться в программу. Кроме того, выполнение домашних заданий способствует самостоятельному осмыслению опыта, полученного на занятиях и в жизни.

Еще одним важным компонентом профилактических программ является использование эффектов группового взаимодействия и развития. Это означает, что процесс занятий в группе представляет собой развивающуюся систему взаимоотношений, в которой происходит получение и осмысление информации и жизненного опыта. Члены группы действуют в направлении взаимного понимания и поддержки. Таким образом, происходит развитие важнейших качеств личности, позволяющих человеку управлять своим поведением и эффективно решать социальные проблемы, а впоследствии обучить этому других —

друзей, членов семьи.

В процессе проведения программ выделяются группы волонтеров для дальнейшей профилактической работы: подростков, учителей и родителей. Участники этих групп в дальнейшем проходят специальную подготовку.

Важным моментом программы является работа с учителями школ, призванными активно сотрудничать в профилактической работе. Предусматривается также проведение круглых столов для администрации региона и комиссий по делам несовершеннолетних.

В зависимости от поставленных целей используются как долговременные, так и краткосрочные программы. Однако следует понимать, что последние будут значительно менее эффективны. Они используются в первую очередь для того, чтобы сформировать мотивацию на здоровое поведение и обеспечить возможность проводить в дальнейшем долгосрочные программы на основе делового и доверительного сотрудничества (иногда, если предварительная работа не проводится, такие программы встречают сопротивление со стороны администрации школ и некоторых общественных групп).

В начале и в конце профилактической программы предусматривается проведение межведомственных круглых столов для анализа и подведения итогов работы.

В профилактической работе применяются следующие методы:

- тренинг поведения;
- когнитивная модификация и терапия;
- личностный тренинг;
- дискуссии;
- мозговые штурмы;
- беседы;
- лекции;
- ролевые игры;
- психогимнастика;
- элементы психодрамы;
- элементы индивидуальной и групповой психотерапии;
- круглые столы;
- совещания;
- супервизии;
- проведение методических занятий с супервизорами.

Любая профилактическая программа требует объективной оценки ее эффективности. Необходим выбор соответствующих критериев эффективности, а также строгого, но простого в применении измерительного аппарата — батареи анкет, опросников и экспериментально-психологических тестов, которые позволяют с высокой степенью достоверности говорить о происходящих в результате профилактического вмешательства изменениях, корректировать действия, изменять направления работы, ее форму и содержание, если это необходимо.

В настоящее время существует много профилактических программ, не соответствующих профессиональному уровню. Для того чтобы программа была действительно результативной, она должна отвечать следующим критериям:

- наличие концептуальной основы и ее адекватность современным направлениям профилактики;
- четкость и реалистичность в постановке цели и задач программы;
- направленность на усиление протективных и адаптационных факторов и уменьшение факторов риска;
- направленность на работу со всеми ПАВ как основная цель;

- развитие ресурсов личности;
- развитие социальной среды: включение модулей для родителей, учителей, воспитателей, соответствующих тематике детских и подростковых программ, для инициации внутрисемейного обсуждения и выработки четкой внутрисемейной политики;
- формирование эффективных стратегий поведения;
- применение интерактивных и тренинговых методов работы: моделирование ситуаций, ролевые игры, дискуссии, обратная связь;
- соответствие возрастным категориям;
- сопровождение в СМИ;
- содержание блока правового регулирования — повышение правовой компетентности;
- привлечение общественного внимания к проблеме;
- возможность дальнейшего распространения знаний, навыков и умений среди других групп населения;
- долгосрочность, цикличность, повторяющееся воздействие программ;
- интенсивность и четкий алгоритм действий;
- учет местной специфики;
- развитие местных ресурсов для обеспечения программы: подбор и обучение кадров; информационное и методическое обеспечение;
- мониторинг и контроль над эффективностью программы;
- конкретность формулировки ожидаемых результатов;
- оправданность экономических затрат.

До начала программы и после ее завершения предполагается проведение экспериментально-психологического обследования ее участников по вышеназванным критериям. Проводится также отсроченное (спустя 6 месяцев после проведения программы) тестирование.

Если профилактическая программа соответствует выбранным критериям, то могут ожидать следующие результаты:

- уменьшение факторов риска употребления наркотиков и других ПАВ у детей, подростков и молодежи;
- формирование здорового жизненного стиля и высокоэффективных поведенческих стратегий и личностных ресурсов у участников программ;
- развитие системного подхода к профилактике злоупотребления ПАВ в обществе;
- развитие профессиональной и общественной сети профилактики злоупотребления ПАВ.

Программа вторичной профилактики.

Вторичная профилактика наркомании и алкоголизма, как правило, проводится с детьми и подростками, проявляющими поведение риска употребления ПАВ или уже употребляющими их, но еще не имеющими сформированного заболевания или статуса больного. Обычно контингент вторичной профилактики имеет выраженные поведенческие расстройства или по крайней мере симптомокомплекс, проявляющийся рядом поведенческих отклонений, связанных с употреблением ПАВ. Этиология этих расстройств может быть различна. Иногда их причиной является врожденная или приобретенная психическая патология (и тогда эти расстройства могут проявляться достаточно рано, — в дет) либо психосоциальная дезадаптация, связанная с нарушенным воспитанием, проблемами в семье, психическими травмами или насилием, перенесенным в детстве и подростковом возрасте

(тогда эти расстройства могут проявиться в более старшем возрасте — пубертате). В любом случае они могут по-разному протекать и иметь характер девиантного и делинквентного поведения или выражаться каким-либо иным образом.

Важно одно: как правило, они никогда не бывают моносимптомными и не могут рассматриваться как проблема сугубо наркологическая. Скорее всего, в рамках вторичной профилактики наркомании и алкоголизма мы сталкиваемся с психолого-психиатрическими проблемами развития ребенка и подростка.

Чаще всего специалист, занимающийся вторичной профилактикой, сталкивается с целым комплексом проблем.

- Индивидуальные характеристики:
 - низкий уровень навыков вербального общения;
 - поведенческие стратегии, связанные с антисоциальными формами поведения;
 - психопатологические симптомы (единичные или в комплексе);
 - не соответствующее возрасту когнитивное развитие; когнитивные предубеждения в отношении других: преувеличение их значимости или, напротив, агрессивное отношение к ним; зависимость от других или эмоциональное и социальное одиночество.
- Семейные характеристики:
 - низкий уровень родительского мониторинга;
 - неэффективные и неадекватные дисциплинарные меры;
 - недостаток тепла и эмоциональной поддержки во внутрисемейных отношениях;
 - родительские проблемы — злоупотребление алкоголем, наркотиками, психопатологические состояния, криминальность.
- Характеристики взаимоотношений со сверстниками:
 - сверстники с асоциальным, девиантным поведением или наркотизирующиеся;
 - слабые навыки межличностного взаимодействия со сверстниками, низкий уровень социальной компетентности;
 - слабый контакт со сверстниками с просоциальным поведением.
- Характеристики, связанные со школой:
 - плохая успеваемость;
 - пропуски занятий;
 - слабая ответственность по отношению к школьным заданиям и обязательствам;
 - слабая структурированность и хаотичность связей с социальной средой.
- Характеристики территориального поведения:
 - высокая мобильность;
 - низкий уровень восприятия социальной поддержки со стороны семьи, взрослых, другого социального окружения (родственников, соседей);
 - высокая дезорганизованность;
 - контакты с представителями криминальных субкультур.

При проведении вторичной профилактики необходимо соблюдать следующие принципы.

- основной задачей является идентификация проблем ребенка или подростка и их связи с психологическим контекстом социальных систем, в которых он развивается и с которыми взаимодействует;
- терапевтический контакт с ребенком должен быть позитивным, основанным на осознании и развитии его личностных и средовых ресурсов, использовании систематической стратегии формирования и усиления мотивации на изменение

поведения;

- психотерапевтическая работа включает развитие у членов семьи ответственного поведения и уменьшение безответственности. В данном контексте ответственное поведение понимается как ответственность не только за ребенка, но и за собственное поведение, изменение и развитие;
- работа всегда основывается на эмоциональной и социальной поддержке ребенка, сочетающейся с идентификацией проблем и их терапией;
- терапевтические действия всегда соответствуют, а не противоречат возрастным потребностям ребенка или подростка;
- при терапевтическом воздействии всегда оценивается его эффективность с точки зрения многоаспектных изменений. Это необходимо для того, чтобы определить сферы, в которых произошло улучшение, и барьеры, препятствующие позитивным изменениям, с целью наиболее успешной терапии;
- вторичная профилактика зависимости от алкоголя и наркотиков всегда длительный и непрерывный процесс изменений, следующих друг за другом, включает в себя работу с личностью ребенка, его семьей и социальной средой в целом.

Возможно ли выздоровление в случаях зависимости от наркотических веществ? Возможно, но это длительный процесс. Он, разумеется, предусматривает специфическое медикаментозное лечение, связанное с необходимостью детоксикации и купирования психопатологических симптомов и синдромов, определенное психотерапевтическое воздействие, медицинскую и социальную реабилитацию, но самое главное — он связан с психологией преодоления болезни. Человеку, зависимому от алкоголя или наркотика, очень важно осознать процесс развития его болезни и понять, что ему необходимо делать, чтобы идти по пути выздоровления, как накапливается опыт выздоровления, как пройти этот путь. Основная ошибка зависимых от наркотиков — желание немедленно получить результат. Человек должен сам осознанно продвигаться к здоровью, изменить свое мышление, представление о жизни и о мире, обучаться навыкам здорового поведения и жизни в обществе. Если зависимый человек не приходит к пониманию необходимости изменений своего мышления и стиля жизни, лечение не будет удачным.

Зависимость от наркотиков является комплексной — личностной, организменной, психологической и социальной проблемами. Лечение — это работа во всех этих областях. Именно в них возникают определенные обстоятельства, которые могут привести к срыву и возвращению к прежней болезни, изменениям поведения и жизненного стиля, препятствующим выздоровлению.

Тип лечения зависит от:

- актуальных физических, психологических и социальных проблем;
- стадии и типа зависимости;
- стадии и типа выздоровления;
- личностных особенностей и социальных навыков;
- других социальных факторов, которые могли бы быть причиной стресса.

Программа третичной профилактики.

Третичная профилактика зависимости от алкоголя и наркотиков, как уже указывалось выше, это реабилитация, то есть действия, направленные на формирование и повышение мотивации индивида, на достижение позитивных изменений в своей жизни, прекращение употребления ПАВ, а также на повышение адаптации индивида, прекратившего употреблять наркотики и на профилактику рецидивов. В то же время это действия, направленные на снижение вреда от употребления наркотиков у тех лиц, которые по каким-либо причинам не имеют сформированной мотивации на прекращение их употребления.

Одним из важнейших условий эффективной терапии и реабилитации больных наркоманией и алкоголизмом является включение их в терапевтическую среду, примерами которой могут служить терапевтические сообщества, двенадцатиступенчатая терапевтическая модель, системная резидентная семейная реабилитация. Данная модель основывается на компонентах нескольких различных моделей терапии средой, приближающихся к понятию терапевтического сообщества, но имеющих свои особенности, изложенные в конкретных принципах.

Прежде всего следует подчеркнуть, что терапевтическая среда, о которой идет речь, является психологически и социально-поддерживающей средой, необходимым элементом и психосоциальным условием интернализации норм здоровой среды, фокусирующейся не на болезни, а на восстановлении. Эта среда важна для взаимодействия с зависимым от наркотика человеком не как с пассивным объектом терапии, заботы, подавления или манипулирования, а как с активным участником процесса, несущим полную ответственность за собственное выздоровление. Это является идеологией и условием эффективной терапии. Важный аспект реабилитации, который предусматривается в условиях терапевтической среды, — реинтеграция потребителей наркотиков в первичную социальную систему, существующую на основе ценностных ориентации и норм здорового общества, но отражающую и актуальные потребности больных, помогающую их удовлетворению и решению насущных проблем. Это первый шаг в восстановлении коммуникации и реинтеграции, построении здорового жизненного стиля.

В настоящее время явно ощущается недостаточность информации психологического содержания по вопросам третичной профилактики зависимости от алкоголя и наркотиков. В связи с этим рассмотрим принципы третичной профилактики более подробно:

- *Процесс реабилитации как процесс совместной деятельности и пациента и персонала.* Данный принцип предполагает следующее. Во-первых, реабилитация в условиях терапевтической среды рассматривается как восстановление полноценных взаимосвязей личности зависимого от наркотиков человека и социальной среды, процесс восстановления способностей человека к нормальному, функционированию в среде, его личностных ресурсов, социально-ролевой идентификационной структуры. Все это, а не только достижение физического и психического благополучия понимается под процессом реабилитации. При этом очевидно, что восстановление не имеет конечной точки, а является лишь целью, в направлении которой будет двигаться зависимый человек на протяжении всей его жизни. Во-вторых, взаимодействие пациента и персонала подразумевает принятие ответственности за процесс восстановления не только персоналом, но и прежде всего пациентом. При этом развивается взаимная ответственность за позитивные изменения в совместной коммуникативной, терапевтической и прочих видах деятельности.
- *Процесс выздоровления строится с учетом жизненной ситуации пациента и его социальной сети (семьи, значимых других лиц и иного социального окружения).* Реабилитация планируется каждым пациентом совместно с персоналом и членами терапевтической среды с учетом индивидуальных ресурсов и проблем человека, которые могут быть им использованы или должны быть преодолены в процессе восстановления. К состоянию ресурсной системы относятся знания, возможности и способности человека; его система отношений со значимыми другими; наличие или отсутствие семейных связей; характер семейных проблем и взаимоотношений внутри семьи; проблемы, связанные с законом и возможной криминальной активностью в прошлом.
- *Главные цели реабилитационного процесса:*

- восстановление здорового жизненного стиля, продвижение по пути к здоровью, которое понимается как многоаспектная характеристика (это физическое и психическое восстановление, а также восстановление и дальнейшее развитие когнитивного функционирования — умения думать, оценивать социальные и индивидуальные ситуации и перспективы, принимать решения и решать проблемные ситуации, ставить краткосрочные и перспективные цели, планировать свою жизнь);
 - изменение и развитие более функционального и эффективного поведения, наличие постоянной мотивации к этому процессу, что ведет к повышению уровня психосоциальной адаптации и жизни в целом;
 - развитие эмоциональной составляющей человека, осознание им своих эмоций, принятие их, понимание их причин и умение управлять ими как на когнитивном (понятийном), так и на поведенческом уровне;
 - восстановление и позитивное развитие социального функционирования, то есть новых межличностных связей, наполнение их позитивным человеческим смыслом, духовным содержанием, а также восстановление либо построение новой здоровой социальной сети. Важнейшей структурой в этом процессе является семья, взаимодействие с которой в этот период приобретает особое значение.
- *Направление процесса реабилитации идет по линии развития у пациента внутреннего контроля над своим поведением и собственной активностью в процессе выздоровления.* Данный принцип основывается на понимании того, что процесс восстановления личности и ее взаимодействия с окружающей средой — главная цель реабилитации. Она может быть достигнута только тогда, когда пациент становится активным участником процесса терапии, берет на себя ответственность за собственное выздоровление, а не является пассивным объектом. Это возможно в том случае, когда он усваивает убеждение в том, что его поведение, действия и поступки определяют его будущее, и он сам постоянно делает выбор своих решений. При этом важно не только следовать за движением социальной среды и поддаваться ее давлению, но и принимать осмысленное решение. Очень важным является формирование личностной возможности пациента противостоять негативному давлению социальной среды, определять его и отличать негативное давление от позитивного. Пациент учится работать с конфронтацией, принимая ее как обратную связь либо отвергая, избегая ее как возможный фактор, препятствующий собственному продвижению к здоровью. При этом формируются умения сопротивляться давлению наркотизирующего или криминального окружения и выбирать социальную поддержку в том окружении, которое в соответствии с новыми формирующимися самостоятельными убеждениями необходимо для поддержания процесса выздоровления. Внутренний контроль — это важнейший ресурс личности, способствующий преодолению психологической и социальной зависимости от наркотиков. Такой эффект терапии средой возможен при наличии эмпатического, поддерживающего, но в то же время конфронтационного ее воздействия, которое понимается пациентом как обратная связь, не унижает его достоинства, способствует росту самооффективности в процессе выздоровления, критическому воззрению на свое поведение при формировании позитивной самооценки и установлении разумных личностных границ. Без сформированного внутреннего личностного контроля активное взаимодействие пациента с окружающей средой будет невозможным, а следовательно, и процесс выздоровления может прерваться.
 - *Неотъемлемой частью этого процесса является формирование мотивации на*

выздоровление и позитивное изменение поведения в целом. Для процесса восстановления требуется не только желание самого пациента, но и сформированная мотивация, которая является осознанной необходимостью, определяет стремление его к выздоровлению. Однако это стремление должно быть осмысленным, понятным и продуманным. Мотивация — это не раз и навсегда сформированная позиция, а постоянно развивающаяся и меняющаяся составляющая в процессе выздоровления, непрерывный процесс постоянных позитивных изменений, который и является выздоровлением. Мотивация на включение в лечение еще не означает мотивацию на прекращение употребления наркотиков, мотивация на прекращение употребления наркотиков или на изменение своего поведения, связанного с наркотиками, еще не означает мотивацию на преодоление болезни, работу с влечением к наркотику, преодоление искушения. Мотивация на преодоление болезни еще не означает мотивацию на личностный рост и развитие, восстановление утраченных ресурсов и формирование новых, а последняя еще не означает мотивацию на социальную и коммуникативную активность, на преодоление стрессов, трудностей, психологических и социальных проблем в настоящее время и всегда в будущем. Таким образом, очевидно, что основой реабилитационного процесса должна быть помощь пациенту в формировании и поддержании различных мотивационных установок и уверенности в возможности и необходимости достижения целей выздоровления, связанных с ними.

- *Практическое достижение общих целей реабилитации строится с учетом конкретных ресурсов района.* Исходя из ресурсов конкретные модели реабилитации могут быть разнообразными по форме, но не по содержанию. Важно, чтобы реабилитационный процесс был направлен на достижение единых целей и соответствовал определенным принципам.
- *В связи с мультидисциплинарным характером проблем, возникающих в процессе реабилитации, для достижения целей выздоровления в процессе реабилитации должны участвовать команда различных специалистов, являющихся носителями собственных знаний, умений и жизненного опыта.* Врач-нарколог, имеющий медицинское образование; психологи, имеющие психологическое образование, социальные работники — специалисты в области социальной реинтеграции в общество, консультанты — специалисты в области консультирования зависимых от наркотиков по вопросам преодоления симптомов болезни и совладания с проблемами адаптации на основе собственного и/или профессионального опыта — необходимый минимум специалистов в реабилитационной структуре. Число членов профессиональной команды может быть различным в зависимости от возможностей реабилитационного учреждения. Они должны взаимодействовать с пациентами, проявляя не только профессиональные знания, но и подлинные личностные свойства на основе взаимного понимания и взаимных усилий по модификации и развитию новых здоровых ресурсов личности, норм и ценностей, а также форм поведения. Очень важны личностно-профессиональные качества членов команды: способность к сопереживанию, отзывчивость, ответственность, способность к пониманию и оценке проблем, принятию решений, коммуникативная и социальная компетентность, сформированная Я-концепция, профессионально-личностная и ролевая идентификационная структура, эмпатия и аффилиация, а также собственное проблем-преодолевающее поведение. Члены команды, так же как и пациенты, должны иметь общую философскую ориентацию и ясные цели.
- *Работа в команде позволит преодолеть ограниченную компетентность каждого ее члена и обеспечит достижение целей выздоровления.* Очень важно понимание

ограниченной индивидуальной профессиональной и личностной компетентности каждого из ее членов. Однако преодолеть эту ограниченность можно, только используя общий командный ресурс знаний, умений, опыта личностных качеств и поведенческих особенностей. Это дает возможность осуществлять конгруэнтную и слаженную деятельность, повышает чувствительность членов команды по отношению друг к другу и пациентам.

- *Опыт работы в команде ведет к формированию общей системы координат, которая обеспечивает взаимопонимание и эффективное взаимодействие персонала, пациента и его окружения.* В данном случае целесообразно говорить о коллективном опыте взаимодействия друг с другом и окружающей средой, который помогает преодолеть разобщенность и одиночество, усилить индивидуальные личностные ресурсы за счет воссоединения их в коллективные. Это способствует более эффективному процессу преодоления зависимости, совладания с жизненными стрессами и проблемами, модификации поведения и развития здорового жизненного стиля.
- *Общая система координат позволяет руководствоваться в командной работе общей философией, существенным моментом которой является выработка и закрепление позитивных ценностных ориентации.* Этот принцип подчеркивает важность общей философской позиции команды и пациентов, единение на этой основе, что позволяет не только декларировать необходимость выработки позитивных ценностных ориентации и личностно-социальных норм, регулирующих поведение, но и принимать их, идентифицировать себя с ними, понимая личностный смысл каждого участника процесса как активной единицы общего позитивного развития.
- *Команда персонала, пациент и его окружение в процессе реабилитации образуют единую систему, позволяющую оказывать взаимную помощь и осуществлять взаимную поддержку.* Данный принцип отражает еще один аспект терапевтической субкультуры — необходимость социальной поддержки, которая важна каждому зависимому человеку. Эта поддержка носит многосторонний характер, являясь психологической, интеллектуальной, инструментальной, действенной, материальной. В рамках единой системы социальной поддержки любой ее член может не только рассчитывать на конкретную помощь, но и, что не менее важно, свободно и активно запрашивать, воспринимать и использовать ее. Таким образом, формируется первичная социально-поддерживающая система, являющаяся необходимым условием и мощным ресурсом преодоления зависимости.
- *Реабилитационный процесс подразумевает изменение и развитие как самого пациента, так и его окружения и персонала.* Было бы крайне ошибочным считать, что зависимый человек будет эффективно и позитивно изменять свою жизнь вне связи с окружающей действительностью и той социальной средой, которая создает лечебно-реабилитационную субкультуру. В связи с этим персонал, так же как и пациенты, должен осознавать необходимость постоянного позитивного развития на основе приобретаемого опыта взаимодействия в реабилитационной среде, так как члены профессиональной команды служат позитивными ролевыми моделями, на основе которых пациенты усваивают новые формы поведения. Однако, принимая во внимание важность ресоциализации как составной части реабилитации, персоналу необходимо заботиться и о том, чтобы окружение пациента, которое встретит его в жизни после стационарного и/или амбулаторного этапа реабилитации, тоже изменялось и позитивно развивалось. Поэтому необходима работа с этим

окружением, то есть с семьей, рабочим коллективом, значимыми другими лицами. Однако лица, зависимые от наркотиков, часто не имеют реального социально и психологически поддерживающего окружения. В таком случае процесс реабилитации должен предусматривать его организацию или внедрение пациента в новую позитивную систему межличностных и трудовых отношений (группы само- и взаимопомощи, трудовые вспомогательные учреждения).

- *На определенном этапе реабилитации выздоравливающие пациенты могут вовлекаться в реабилитационный процесс как члены команды, выступая в качестве ролевых моделей для остальных пациентов.* Этот принцип касается выздоравливающих пациентов, работающих в профессиональной команде в качестве консультантов. Деятельность таких консультантов — весьма полезный и эффективный элемент реабилитационного процесса. Зачастую эффективность первых этапов мотивационной работы зависит от возможности консультанта поделиться собственным опытом и аргументами в пользу принятия решения изменить свое поведение относительно наркотиков, включиться в лечение. Опыт когнитивной работы над проблемами зависимости, осознания собственных эмоций, управления ими, преодоления болезни в целом, а также социальной адаптации является бесценным. Кроме того, консультанты из числа выздоравливающих зависимых пользуются особым доверием пациентов и способствуют развитию лечебной среды. Однако при этом очень важно строго соблюдать условия, выраженные в следующих двух принципах.
- *Ролевые модели должны быть не ригидными и авторитарными, а поддерживающими, обладающими высоким уровнем внутреннего контроля и создающими атмосферу взаимной заботы.*
- *Ответственность и полномочия члена профессиональной команды выздоравливающий пациент может получить только в случае продолжительной стойкой ремиссии, после соответствующей подготовки и отбора.* Важность этих условий определяется тем, что зависимая личность далеко не всегда проявляет последовательное конструктивное адаптационное поведение, особенно в ситуации искушения возможностью влиять на других, принимать решения относительно их, то есть проявлять власть. Это связано с недостаточной развитостью личностных ресурсов и сформированностью копинг-поведения, а также с недостаточной интериоризацией нравственных ценностей и позитивных социальных норм.
- *Реабилитационный процесс должен быть четко сконструирован не только по времени, но и по форме и содержанию деятельности персонала и пациентов.* Реабилитационный процесс, как процесс совместной деятельности персонала и пациентов, должен быть четко понят и осознан теми и другими. Поэтому персонал вместе с больными должен постоянно обсуждать цели и задачи процесса реабилитации, а также пути и методы их достижения, так как по мере продвижения процесса или включения в него новых членов появляются совершенно новые аспекты. Можно определить отдаленные (перспективные) и ближайшие (актуальные) цели. Однако по мере продвижения вперед и/или переживания тех или иных индивидуальных и групповых кризисных и проблемных ситуаций перспективные цели будут вырисовываться все отчетливее, звучать и пониматься конкретнее, а актуальные — меняться, представляя собой череду ступеней продвижения вперед. Этот процесс должен быть осознан командой и пациентами. Работа по осознанию данного процесса есть важнейшая стратегия реабилитации. В связи с усиливающейся четкостью целей и задач процесса восстановления становится актуальной и понятной структурированность процесса

реабилитации по времени. Необходимо иметь четкий план дня и недели, представлять себе фазы реабилитации. Однако важно, чтобы экстернальная (внешняя) ориентация пациентов в этом вопросе сменялась на внутреннюю (интернальную), что, прежде всего, происходит тогда, когда в начале процесса реабилитации пациент подчиняется правилам и нормам окружающей его среды, следует режиму, а затем сам становится активным защитником и творческим автором условий деятельности, способствующей выздоровлению. Условно процесс реабилитации может быть разделен на фазы, по мере продвижения по которым экстернальный контроль у пациентов сменяется интернальным. Постепенно стирается грань между жизнью по расписанию и свободным временем, которым пациент начинает все более активно распоряжаться. При этом очень важно учить их проводить свое свободное время: иметь навыки приготовления пищи, рационального расходования денег, ухода за собой и своей одеждой (гигиенические навыки), занятий спортом, умения общаться с окружающими (в том числе и противоположного пола), веселиться и развлекаться без употребления ПАВ, быть последовательным и ответственным, уметь встречаться с ситуациями искушения употребления наркотика, преодолевать и/или избегать их. В этом обучении важно, чтобы мотивация пациента к нему была сформирована и он отчетливо понимал необходимость этих знаний и навыков для себя. Таким образом создаются предпосылки для обучения пациента жизни вне стационара.

- *Реабилитация проводится в форме групповой работы с обязательным условием необходимости и индивидуализированного подхода к каждому пациенту.* Данный принцип определяет первостепенную важность в реабилитации групповой работы, использования компонентов, принципов и эффектов терапии средой, создания терапевтической субкультуры, однако в такой ситуации опасной ошибкой будет являться отсутствие индивидуального подхода, учета индивидуальных особенностей, различий и потребностей. Ведь каждый клиент имеет индивидуальные особенности развития заболевания и восстановления, индивидуальные клинические и психологические характеристики, даже этапы восстановления структурируются во времени у каждого по-своему. В связи с этим оба подхода — групповой и индивидуальный — в реабилитационном процессе должны развиваться вместе.
- *На определенных этапах целесообразно использовать элементы конфронтации в целях обратной связи при условии взаимного уважения, принятия и поддержки.* Данный принцип определяет необходимость конфронтации, как важнейшего элемента терапии средой и психотерапии. Конфронтация — это «отзеркаливание» поведения пациента таким образом, чтобы он мог увидеть его «со стороны» или услышать критические сообщения по поводу тех форм своего поведения, которые не соответствуют нормам и требованиям терапевтической среды либо вызывают вопросы, сомнения и опасения. Конфронтация в связи с этим еще называется «обратной связью». Этот компонент терапии важен потому, что любое изменение в поведении следует за осознанием его неэффективности или проблематичности. Для осознания необходима информация о тех впечатлениях и эффектах, которые возникают у окружающих, находящихся во взаимодействии с пациентом. Конфронтация может быть жесткой и даже агрессивной. Однако такой тип конфронтации в ситуации реабилитации зависимых от наркотиков личностей, как правило, не приемлем, так как вызывает крайне негативные последствия. В связи с этим важными условиями конфронтации являются эмпатия (сопереживание и понимание), уважение личности и проявление поддержки. При этом человек, в отношении которого используется конфронтация, должен понимать ее как своего

рода информационную поддержку, необходимую для дальнейшего личностного роста и развития. В этом случае он не будет испытывать деструктивных эмоций, разрушающих систему взаимоотношений в терапевтической группе.

- *Важным компонентом реабилитации является профилактика рецидивов, которая включает работу не только с самим пациентом, но и с его окружением.* Необходимо понимать, что рецидив — весьма вероятная вещь в процессе лечения и реабилитации зависимых от наркотиков и других ПАВ лиц. При этом профилактика рецидива является важнейшей составной частью реабилитации. Использование опыта пациента, перенесшего рецидив, критическое его рассмотрение, осознание причин, его спровоцировавших, и путей восстановления — очень важная сторона реабилитационного процесса. Профилактика рецидивов включает работу по формированию самоотношения личности, ее идентификации, интериоризации норм здоровой жизни, работу с поведением пациента, направленную на развитие ресурсов личности и среды и навыков копинг-поведения. Особый раздел профилактики рецидивов — работа с окружающей больного жизненной средой (семьей, значимыми другими) с целью формирования социально-поддерживающей сети и здоровых паттернов взаимоотношений.

- *Сроки резидентского пребывания пациентов в реабилитационных структурах определяются индивидуально и могут варьироваться от нескольких месяцев до нескольких лет.* Этот процесс включает различные стадии и фазы реинтеграции пациента в общество, что является основной задачей третичной профилактики. В зависимости от ресурсов региона и типа учреждения, а также индивидуальных потребностей клиента невозможно ограничить процесс реабилитации какими-то конкретными и неизменными сроками. Они могут быть различными. Важно, чтобы они соответствовали потребностям восстановления пациентов и предусматривали все фазы реабилитации.

I фаза — лечение. Ведется интенсивная работа, направленная на преодоление физической зависимости и стабилизацию физических проблем.

Важнейшими задачами этой фазы являются укрепление мотивации на восстановление и реабилитацию, а также укрепление коммуникативных связей персонала с пациентами. В этой фазе они ограничены в самостоятельной активности, но интенсивно готовятся ко второй, в которой ответственность и активность значительно повышаются.

II фаза — реабилитация. Ведется интенсивная работа над собственными личностными и межличностными проблемами, обнаружением и пониманием эмоциональных проблем, неадекватных защитных механизмов, блокирующих осознание себя и процесс выздоровления в целом, деструктивных вариантов копинг-поведения. В этот период ведется очень интенсивная работа по формированию самоидентификации, то есть по определению себя как эффективной и позитивной личности, не употребляющей наркотики и занимающей свое достойное место в жизни. Иными словами, это работа по формированию новой Я-концепции — представления о себе как о социально, физически, сексуально, психически и психологически уникальном и состоятельном человеке, проблемы которого будут разрешаться в зависимости от его собственного участия в своей судьбе и процессе постоянного развития и усовершенствования. Длительность этой фазы различна. Она зависит прежде всего от того, какими личностными ресурсами обладает пациент, от его личностной «зрелости», а также от направления работы, профессионализма и мастерства персонала, терапевтического воздействия окружающей социальной среды.

III фаза — подготовка к жизни вне реабилитационного учреждения. На этой стадии наиболее интенсивно проводится работа по профилактике рецидивов (тренинг эффективного копинг-поведения, социальных навыков, умений, межличностной и коммуникативной компетентности, противодействия давлению социальной среды, избегания и противодействия искушению наркотизации). В этой фазе пациент все чаще и более продолжительное время находится вне учреждения, готовясь к тому, чтобы полностью и самостоятельно преодолевать жизненные проблемы и трудности в будущем.

IV фаза — возврат в общество. Эта фаза осуществляется постепенно. В ее реализации возможно несколько вариантов:

- жизнь в учреждении, но работа в обществе;
- жизнь в обществе, но работа в учреждении;
- постепенный, «шаг за шагом», выход из учреждения (дневной стационар).

V фаза — послелечебная. Это регулярные встречи с пациентом с продолжительностью не менее 1-2 часов, осуществляемые в групповой или индивидуальной форме. Эти встречи необходимо четко планировать и вместе с пациентом определять их цели и задачи. С течением времени интервалы между встречами увеличиваются. В этот период очень важную роль играют группы самопомощи — Анонимные Алкоголики, Анонимные Наркоманы.

- *Реабилитационный процесс предполагает использование медицинской, психологической, социальной диагностики и мониторинга состояния пациентов (а при необходимости — и их окружения) и соответствующее применение адекватных вмешательств.* Очень важным компонентом реабилитационного процесса является мониторинг различных составляющих состояния пациента, динамики и успешности процесса его восстановления и развития, изменения паттернов его взаимодействия с окружающей средой. С этой целью необходима разработка оригинальных или адаптация уже имеющихся инструментов оценки состояния и динамики процесса: клиническое наблюдение; наблюдение за поведением пациента в процессе группового взаимодействия, другой деятельности; оценка успешности его взаимодействия с членами семьи и значимыми другими; оценка динамики отношения членов семьи к пациенту; наличие либо отсутствие социально-поддерживающей сети. Кроме этого используются короткие методы — психометрические зонды, своеобразные «градусники» (по результатам измерения можно заметить проблемы и/или успехи пациента в реабилитационном процессе).
- *При формировании реабилитационных групп должны учитываться такие факторы, как пол, личностные характеристики и возраст пациентов.* Формирование реабилитационных групп — сложный и весьма деликатный процесс. Следует учитывать, что наличие нескольких чрезмерно деструктивных личностей в реабилитационной группе, сексуальные отношения между ее членами и слишком большой возрастной диапазон могут поставить под угрозу весь реабилитационный процесс.

ГЛАВА 5. КОНФЕССИОНАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ

5.1. Концептуальные основы церковной профилактики наркозависимости

26 декабря 2012 года на заседании Священного Синода Русской Православной Церкви был принят документ «Об участии Русской Православной Церкви в реабилитации наркозависимых». Приведем ниже данный документ (с небольшими сокращениями), поскольку социальная реабилитация наркозависимых выстраивается, руководствуясь его ключевыми положениями ([Электронный документ]. – Режим доступа: <http://www.patriarchia.ru/db/text/2674661.html> Дата обращения: 12.08.2013).

5.1.1. Наркомания: грех и болезнь

Наркотические вещества не являются злом сами по себе, некоторые из них используются в медицине для лечения ряда заболеваний и анестезии. Однако немедицинское употребление наркотиков противозаконно, губительно для здоровья и греховно.

С одной стороны наркомания – это хроническое, прогрессирующее, трудно поддающееся лечению заболевание, проявляющееся на биологическом, психологическом, социальном и духовном уровнях. Для того чтобы вывести наркозависимого в устойчивую ремиссию, требуется, прежде всего, его собственное желание и усилия, а также компетентная комплексная помощь специалистов: медиков, психологов, социальных работников и священнослужителей.

С другой стороны, употребление наркотика является осознанным грехом, направленным на разрушение собственной богозданной природы (Быт. 1:27). Человек, начавший употреблять наркотики, в большей или меньшей степени осознает, что злоупотребление психоактивными средствами может иметь для его жизни трагические последствия. Прежде всего, это нарушение нормального функционирования организма, развитие пагубной болезни – наркотической зависимости, разрушение социальных связей.

Греховным является и стремление достичь с помощью психоактивных веществ «измененного сознания»: ухода от реальности для получения удовольствия, «просветления» или «разрешения» духовно-нравственных проблем.

Формирующаяся зависимость толкает человека на совершение все более тяжких греховных деяний: распространение наркотиков, мошенничество, воровство, разбой, проституцию, нанесение увечий ближнему, вплоть до убийства. Нередко наркозависимый завершает жизнь тяжким грехом – самоубийством. В периоды употребления наркотиков человек совершает преступные деяния, на которые в обычном состоянии никогда не решится. Человек, приобретающий наркотики с целью употребления, вступает в связь с криминальными структурами и становится замыкающим звеном в цепочке преступного бизнеса.

На любой стадии зависимости человек с помощью Божией может прекратить наркотизацию. Нежелание или отсутствие решимости отказаться от того, что разрушает его жизнь и жизнь близких, также является грехом.

Наркомания – это проблема не только отдельного человека, но и его близких. Зачастую наркомания является следствием разобщенности членов семьи, нарушения эмоциональных связей, пренебрежения важнейшими основами семейной жизни, такими как взаимное уважение, забота, любовь и верность. В то же время, члены семьи наркомана, как правило, сами становятся созависимыми, приспосабливаясь к патологической деформации в межличностных отношениях, и нуждаются в помощи специалистов.

Эпидемия наркомании является следствием духовного неблагополучия всего общества – усиливающегося эгоизма и отчуждения между людьми, утраты фундаментальных духовных ценностей и нравственных ориентиров.

5.1.2. Отношение Церкви к людям, попавшим в наркотическую зависимость

Потребитель наркотиков является грешником, но вместе с тем – это больной человек, попавший в беду. Он не в меньшей степени, чем остальные, может надеяться на милосердие Бога, «Который хочет, чтобы все люди спаслись и достигли познания истины» (1 Тим. 2:4). «Нет воли Отца... Небесного, чтобы погиб один из малых сих» (Мф. 18:12-17). Любой человек способен изменить свой греховный образ жизни и встать на путь спасения. Служители Церкви могут и должны оказать помощь решившемуся прекратить наркотизацию человеку, участвуя в реабилитационном процессе в качестве соратников Божиих.

Как всякая борьба с грехом начинается с намерения человека, так и для выхода из наркотической зависимости необходимо стремление наркозависимого к исцелению. Добровольное желание зависимого человека прекратить наркотизацию и согласиться на реабилитацию есть необходимым условием успеха реабилитационного процесса. Вне зависимости от тяжести и срока наркотической зависимости, Господь силен излечить страждущего данным недугом при малейшем желании последнего. Зависимый человек должен быть активным и сознательным участником реабилитации, готовым приложить усилия и понести труды для преодоления зависимости.

Памятуя предупреждение апостола Павла: «Не обманывайтесь: пьяницы Царства Божия не наследуют» (1 Кор. 6:9-10), что в равной мере справедливо для людей зависимых от наркотиков, Церковь не одобряет применение заместительной терапии (использование метадона или других аналогичных препаратов). Данный способ является одним из вариантов снижения социального вреда, связанного с наркоманией, однако он препятствует решению главной, с точки зрения Церкви, задачи человека – исцелению, преображению его души для вечной жизни в Царствии Божием. Церковь также категорически выступает против легализации любых видов немедицинского употребления наркотических веществ, в том числе так называемых «легких» наркотиков.

Русская Православная Церковь в лице священнослужителей и мирян с середины 90-х годов XX века принимает участие в помощи наркозависимым и их родственникам. Сегодня во многих епархиях существуют различные формы реабилитационной деятельности. Помимо собственных оригинальных программ реабилитации наркозависимых Русская Православная Церковь допускает использование методик, заимствованных из опыта государственной наркологии, форм и методов, разработанных в различных странах.

Церковь считает приоритетным развитие церковной системы реабилитации, включающей в себя, в том числе и оригинальные программы, направленные на предотвращение наркотической угрозы. Все вновь создаваемые методики церковной реабилитации должны находиться в согласии с православной антропологией, опираться на аскетическую традицию Православной Церкви.

5.1.3. Основные принципы церковной реабилитации наркозависимых

Под реабилитацией или лечебно-реабилитационным процессом в наркологии понимается медико-социальная система, направленная на восстановление физического, психического и духовного здоровья наркологического больного, его личностного и социального статуса. Для достижения этой цели используется комплекс медицинских, психологических, психотерапевтических, воспитательных, трудовых, социальных мер и технологий.

Церковь, не отрицая подхода наркологии к реабилитации больных и используя технологии, выработанные профессиональным сообществом, в своей деятельности делает акцент на духовной составляющей реабилитационного процесса. Выход наркозависимого человека в устойчивую ремиссию, восстановление его социального статуса не рассматривается Церковью в качестве единственной задачи. Конечной целью для Церкви является приготовление людей к вечной жизни, к которой Бог призывает всех. Для попавшего в наркотический плен человека, отозвавшегося на призыв Спасителя, преодоление зависимости становится необходимым шагом на пути спасения.

Таким образом, церковная реабилитация есть обращение (возвращение) на путь спасения, ведущий к вечной жизни, людей, попавших в зависимость от психоактивных веществ. Церковная реабилитация начинается с преодоления зависимости и восстановления социальных навыков при органичном включении реабилитационного процесса в жизнь церковной общины.

Члены общины, проводящие реабилитацию, призваны быть соратниками Божиими, помогающими зависимым преодолевать приобретенную страсть, приобщающими их к внутрицерковной жизни.

Показателем успеха церковной реабилитации наряду с устойчивой ремиссией зависимого является сформировавшаяся христианская ценностная мотивация в повседневной жизни.

Можно выделить три основных принципа церковной реабилитации:

Принцип 1. Церковная реабилитация есть, в первую очередь, результат действия Божественной благодати, являемой в церковных Таинствах.

Господь, Целитель душевных и телесных недугов, силой Своей, освобождает плененного наркозависимостью в ответ на его усилия и желание, в ответ на сотрудничество с Ним его служителей, осуществляющих милосердную помощь больному. В церковной реабилитации особая миссия возлагается на православного священника, как служителя Таинств, пастыря, духовника и молитвенника. Основной этап реабилитации выстраивается с опорой на священника. Он, как ответственный за все происходящее в общине, высказывает решающее мнение при формировании коллектива специалистов. Группа проходящих реабилитацию людей также сознает его руководящую роль в реабилитации.

Принцип 2. Включение реабилитационного процесса в жизнь церковной общины.

Основной этап реабилитации осуществляется в приходских и монашеских общинах, а также в созданных или патронированных Церковью учреждениях. В церковной реабилитации особое значение придается жизни реабилитантов среди членов церковной общины.

Спаситель благовествовал Своим последователям: «Я пришел для того, чтобы имели жизнь и имели с избытком» (Ин. 10:10). Отличительным, видимым признаком новой благодатной жизни, являются любовь и забота друг о друге последователей Господа: «По тому узнают все, что вы Мои ученики, если будете иметь любовь между собою» (Ин. 13:35). Реабилитант, вошедший в жизнь церковной общины, члены которой стремятся жить по закону любви, попадает в особо благоприятную для исцеления души среду.

Церковная реабилитация предусматривает не механическое вхождение в Церковь, но поэтапное освоение азов духовной жизни и постепенное приобщение к участию в Таинствах Церкви. Степень и сроки воцерковления и вовлечение в жизнь общины определяются желанием каждого проходящего лечение.

Принцип 3. Компетентность (профессионализм) членов церковной общины, участвующих в реабилитации.

Компетентность составляют понимание духовной и физической природы зависимости, необходимые знания и владение навыками, обладание информацией о методиках, используемых в государственных реабилитационных учреждениях.

В процессе реабилитации помогающий должен вооружить реабилитантов всеми необходимыми знаниями о зависимости и о возможных путях ее преодоления.

Желательно привлекать к участию в церковной реабилитации специалистов: наркологов, медиков, психологов, социальных работников. Однако профессионалы могут допускаться к участию в реабилитационном процессе, организованном в православной общине, при условии, что они являются воцерковленными людьми или, как минимум, принимают христианскую систему ценностей. Единство мировоззрения основных деятелей реабилитационного процесса является необходимым условием внутренней непротиворечивости реабилитационного процесса и органичного совмещения реабилитации с жизнью церковной общины.

5.1.4. Организация реабилитационного процесса

Реабилитационный процесс в Церкви включает в себя:

- первичное консультирование, которое проводится в кабинетах первичного приема или заочно – по телефону доверия;
- дезинтоксикацию, проводимую в медицинских учреждениях;
- мотивационный период, проводимый в мотивационных центрах;
- основной период церковной реабилитации, который предполагает участие реабилитанта в церковной жизни и проводится внутри приходских или монастырских церковных общин, желательно в значительном удалении от крупных городов;
- ресоциализацию, которая проводится в центре, расположенном в каком-либо из крупных городов, и в ходе которой прошедшему реабилитации человеку бесплатно или с частичной оплатой предоставляется жилье, оказывается помощь в трудоустройстве, дается возможность получить консультативную помощь специалиста и пастырское окормление священника;
- постреабилитационное сопровождение, которое осуществляется с согласия прошедшего реабилитации человека и включает поддержание связи с проводившей реабилитацию церковной общиной;
- работу с родственниками наркозависимых: помощь семье наркозависимого в выходе из состояния созависимости, в разрешении проблем, которые провоцируют одного из членов семейства на наркотизацию; в отдельных случаях, наркозависимому может быть рекомендовано по окончании реабилитации жить отдельно от семьи, иногда на значительном расстоянии.

Начиная с мотивационного периода, церковная реабилитация включает участие реабилитантов в Таинствах, молитву церковную и домашнюю, пост, трудовое послушание индивидуальное духовное руководство. В процессе реабилитации следует заниматься также культурным развитием наркозависимых. При работе с родственниками наркозависимых людей достижению благоприятного результата содействуют индивидуальные консультации, групповая работа и беседы с духовниками.

5.1.5. Задачи организации церковной реабилитации наркозависимых

1. Общецерковный уровень

Синодальный отдел по церковной благотворительности и социальному служению призван, непосредственно или посредством создаваемых им специальных структур:

- осуществлять постоянный мониторинг деятельности по противодействию наркомании в епархиях;
- создавать и постоянно обновлять базу данных;

- осуществлять взаимодействие с епархиальными центрами противодействия наркомании, а также с учрежденными при участии Церкви некоммерческим организациям (НКО), координировать взаимодействие между епархиями;
- обеспечивать подготовку сотрудников и волонтеров для работы с наркозависимыми в церковных общинах;
- содействовать созданию ресурсных центров на базе церковных общин, успешно осуществляющих реабилитацию наркозависимых, где могли бы проходить обучающие семинары, осуществляться стажировка духовенства и церковных работников;
- на общецерковном уровне осуществлять взаимодействие с государственными структурами, в сферу компетенции которых входит профилактика наркозависимости;
- взаимодействовать с авторитетными представителями научного сообщества в области развития реабилитации наркозависимых;
- информировать общество о деятельности Русской Православной Церкви по работе с наркозависимыми через СМИ, в частности, через Интернет и телевидение.

Также, в сотрудничестве с Учебным комитетом, представляется необходимым ввести в соответствующие учебные курсы духовных школ разделы, посвященные проблемам зависимости от психоактивных веществ и работе с людьми, попавшими в такую зависимость.

2. Епархиальный уровень

В епархиях Русской Православной Церкви могут создаваться епархиальные структуры по противодействию наркомании, работающие по следующим направлениям:

- координация профилактической, реабилитационной и постреабилитационной деятельности церковных организаций;
- организация и проведение семинаров для клириков и церковных социальных работников с целью повышения их компетентности в вопросах наркозависимости;
- осуществление на региональном уровне связи с общественными организациями и государственными структурами в деле противостояния наркотической угрозе;
- осуществление связи с структурами, занимающимися противодействием наркотической угрозе в других епархиях.

В случаях, когда специальные структуры епархиями не создаются, деятельность по этим направлениям поручается епархиальным отделам социальной направленности.

Также на епархиальном уровне могут быть приняты следующие меры:

- открытие в крупных городах кабинетов для первичного приема наркозависимых и создание службы телефонов доверия;
- основание церковных мотивационных центров вблизи от больших городов;
- оказание поддержки приходам и монастырям, которые начинают заниматься реабилитацией наркозависимых;
- создание центров ресоциализации (социальные гостиницы, «дома на полпути», адаптационные квартиры), где прошедшие реабилитацию люди могут некоторое время жить под контролем специалистов и под окормлением священника;
- поддержание связи и взаимодействие с учреждениями государственной наркологии, СПИД-центрами, медицинскими учреждениями, помощь которых может потребоваться при работе с наркозависимыми.

5.1.6. Взаимодействие Церкви с государственными структурами и обществом в деятельности по реабилитации

В сфере церковно-государственного сотрудничества в области профилактики наркомании и оказания помощи людям, попавшим в наркотическую зависимость, Русская Православная Церковь признает приоритетным сотрудничество с министерствами и ведомствами, их структурными подразделениями. Развивая социальное служение в этой

сфере, Русская Православная Церковь считает необходимым свое участие в работе межведомственных советов и иных организаций по выработке и реализации государственной политики в сфере противодействия наркотической угрозе, а также сотрудничество с соответствующими общественными организациями.

Во взаимодействии с государственными структурами и общественными организациями Русская Православная Церковь может, в частности, решать следующие задачи:

- развитие сети учреждений по реабилитации больных наркоманией, созданных Русской Православной Церковью и ее каноническими подразделениями либо с их участием;
- поддержка церковно-общественных проектов на местах по созданию консультационных служб и телефонов доверия по проблемам наркомании;
- профессиональная подготовка и переподготовка сотрудников реабилитационных центров, медиков, психологов, педагогов и специалистов социальной сферы для работы с наркозависимыми, разработка и реализация образовательных программ и программ повышения квалификации в этой области;
- подготовка и издание печатных материалов, информации, размещаемой на сайтах органов исполнительной власти, организаций Русской Православной Церкви, общественных организаций по проблемам противодействия наркомании и помощи людям, попавшим в наркотическую зависимость;
- организация совместной информационно-просветительской деятельности среди подростков и молодежи, направленной на духовно-нравственное становление личности и профилактику девиантного поведения;
- работа с наркозависимыми заключенными в заведениях пенитенциарной системы;
- создание благотворительных фондов с целью обеспечения финансовой поддержки проводимых Церковью мероприятий по профилактике употребления наркотиков и реабилитации наркозависимых лиц;
- проведение общенациональных благотворительных акций антинаркотической направленности с привлечением к участию в них предприятий и организаций, в том числе коммерческих;
- реализация мероприятий, посвященных проведению Всемирного дня борьбы с наркотиками;
- создание координационных и совещательных органов (советов, комиссий, групп, коллегий), осуществляющих деятельность на постоянной или временной основе в рамках реализации соглашений в этой сфере между Русской Православной Церковью, государственными структурами и общественными организациями, участие в совместной деятельности в уже существующих аналогичных органах;
- создание рабочих групп в целях разработки представляющих взаимный интерес проектов законов и иных нормативно-правовых актов, касающихся проблемы противодействия наркотической угрозе.

5.1.7. Взаимодействие Церкви и СМИ в реабилитации наркозависимых

Средства массовой информации, особенно телевидение и Интернет, могут играть важную роль в борьбе с наркотической угрозой. С их помощью можно дать надежду людям, попавшим в наркотический плен, и их отчаявшимся родственникам, рассказать о существующих методиках реабилитации, в том числе о церковной реабилитации, на примере конкретных жизненных историй людей, сумевших преодолеть зависимость, вдохновить наркозависимых на преодоление недуга и на возвращение к здоровому образу жизни.

Информационные кампании по профилактике наркомании и помощи лицам, попавшим в наркотическую зависимость, чтобы быть эффективными, должны опираться на прочный этический базис и содействовать формированию духовно и физически здорового образа.

5.2. Концептуальные основы церковной профилактики алкоголизма¹

5.2.1. Отношение Церкви к трезвости и пьянству

В **Ветхом Завете** употребление вина, в целом, не запрещалось, но опьянение резко осуждалось: *Горе тем, которые храбры пить вино и сильны готовить крепкий напиток* (Ис. 5:22). Вино и/или виноградный сок, будучи питательным напитком, считалось благодатным даром Божиим (см.: Втор. 7:13, 11:14). Известно, что евреи отличались умеренностью в употреблении вина, которое в Палестине считалось обычным напитком. Сбродившее вино разбавлялось водой и при умеренном употреблении не вызывало опьянения. Пить же не разбавленное вино считалось предосудительным. Блаженный Феодорит Кирский пишет: «Ной был первым из людей, взявшим сок от плода виноградной лозы, и не знал не только приемлемого количества напитка, но и того, что надлежит сначала разбавлять его водой и лишь потом пить; потому и впал он в глубокий сон» [Библейские комментарии отцов Церкви и других авторов I-VIII вв.: Ветхий Завет. Т. 1. Книга Бытия, М., 2004]. Неразбавленное вино в Ветхом Завете было символом гнева Божия: *Яко чаша в руке Господни, вина неразтворена исполнь растворения, и уклони от сея в сію; обаче дрождіе его не истоцися, испіют вси грешніи земли* (Пс 74:9). Напиваться допьяна считалось крайне непристойным.

В Ветхом Завете мы встречаем первые примеры трезвости, которая приветствуется, а в некоторых случаях прямо предписывается Богом. Так, примерами ветхозаветных трезвенников являются Самсон (Суд. 13:7), назореи (Числ. 6:3-4), семейство Рехавитов (Иер. 35:6).

Обет трезвости давался назореями добровольно; при этом Слово Божие говорит о необходимости воздержания не только от вина, но и всего, приготовленного из винограда: *И сказал Господь Моисею, говоря: объяви сынам Израилевым и скажи им: если мужчина или женщина решится дать обет назорейства, чтобы посвятить себя в назореи Господу, то он должен воздержаться от вина и [крепкого] напитка, и не должен употреблять ни уксусу из вина, ни уксусу из напитка, и ничего приготовленного из винограда не должен пить, и не должен есть ни сырых, ни сушеных виноградных ягод; во все дни назорейства своего не должен он есть ничего, что делается из винограда, от зерен до кожи* (Числ.6:1-4).

Священное Писание также строго предписывает воздержание от употребления опьяняющих напитков священниками при исполнении богослужебных обязанностей: *сказал Господь Аарону, говоря: вина и крепких напитков не пей ты и сыны твои с тобою, когда входите в скинию собрания, чтобы не умереть. [Это] вечное постановление в роды ваши* (Лев. 10:8-11).

Новый Завет продолжает ветхозаветную традицию, резко осуждая пьянство (см.: 1 Кор. 6:10), представляя примеры трезвости. Святой пророк Предтеча и Креститель Господень Иоанн стал первым новозаветным трезвенником (Лк. 1:14-15). Апостол Иаков брат Господень, первый архиерей Иерусалимский, автор соборного послания, был назорей от рождения. Трезвенником был и апостол Тимофей, и только его болезнь подвигла апостола Павла посоветовать Тимофею употреблять малое количество вина вместе с водой (1 Тим. 5:23).

¹ Параграф 5.2. подготовили: свящ. Г. Григорьев, прот. И.Шугаев, прот. И. Бачинин, прот. В. Бакун, В.К. Доронкин, А.Л. Афанасьев, Е.А. Севастьянова, Е.П. Орлова

Господь Иисус Христос относился к вину как благодатному продукту, и первое чудо Он сотворил на браке в Кане Галилейской, превратив воду в вино. По мнению толкователей, причинами совершения чуда были недостаток вина из-за бедности жениха и сострадание к нему Божией Матери, по чьей просьбе Господь сотворил чудо. Удивление распорядителя пира было вызвано качеством вина, которое пристало подавать в самом начале свадьбы. Слова распорядителя пира «когда напьются» объясняют причину появления обычая давать лучшее вино в самом начале, когда гости еще разборчивы в еде, но в них нет никакого указания на опьянение гостей в Кане. Более того, было бы кощунственно думать, что Господь добавляет вина опьяневшим гостям, которые уже не в состоянии различить плохое вино от хорошего.

Церковь с особым вниманием относится к вину, поскольку оно служит веществом Крови Христовой в таинстве Причащения. Начатки винограда торжественно освящаются в день Преображения, где над ними читается особая молитва, и согласно Типикону, даже те, кто возделывал виноград, не имели права попробовать ягод до освящения.

Согласуясь с Ветхозаветной традицией, Господь на Тайной Вечере использовал разбавленное вино, что повторяется при каждом совершении таинства Евхаристии: «Подобне и чашу от плода лознаго прием, растворив, благодарив, благословив, освятив»². При этом причащение Крови Христовой не может рассматриваться как употребление вина, и тем более как употребление алкогольного напитка.

Исследования текстов Нового Завета приводят к выводу, что пьянство не достигало современных масштабов. Этому пороку были подвержены, как правило, люди, ведущие праздный образ жизни, проводящие время в излишествах и разврате. Пьянство специально не выделяется в Евангелии и апостольских посланиях. Оно стоит в одном ряду с объедением, распутством, жестокостью и прочими грехами. Сравнение пьянства с объедением было вызвано упомянутым обычаем употреблять разбавленное вино, опьянеть от которого можно только при употреблении в большом количестве. Неумеренность в питии, как правило, сопровождалась неумеренностью в пище, несдержанностью своих чувств, распущенностью. Поэтому апостол Павел призывает: *И не упивайтесь вином, в нем же есть блуд: но паче исполняйтесь Духом* (Еф. 5:18), а также: *Будем вести себя благочинно, не [предаваясь] ни пированиям и пьянству, ни сладострастию и распутству, ни ссорам и зависти* (Рим. 13:13).

В дальнейшем эта библейская традиция отношения к вину и винопитию сохранялась Церковью. Не запрещая его употребления, она всегда говорила о пользе воздержания. Многие святые показывали пример полного воздержания от вина и часто призывали к полному воздержанию. В Типиконе приводятся слова великого Симеона Чудотворца: «Яко похвала монаху, еже не пити вина. Аще и пиет немощи ради тела своего, мало да испивает. Подобно же и великий Пимен отец наш глаголет: яко вина отнюд не подобает пити монахом» [Типикон, гл. 35]. Пьяница же, согласно святителю Иоанну Златоусту есть «живой мертвец; пьянство - демон самозванный, недуг, не имеющий прощения, падение, лишенное оправдания, общий позор рода нашего» [Свт. Иоанн Златоуст. Беседа о статуях. Беседа 1-я].

Святые отцы, исходя из представления о человеке как образе Божиим, призывали к трезвости и высказывались против пьянства. Человек, будучи сотворен по образу Божию, имеет на земле цель уподобиться Богу и для достижения этой цели должен использовать все силы души и тела, данные ему от рождения. Увлечение вином не только разрушает здоровье, но приводит в крайнее расстройство весь душевно-телесный состав человека, всю совокупность сил, которые по замыслу Божию должны быть направлены на достижение главной цели – единение с Богом. Поэтому пьянство становится деятельным богоборческим началом в человеке и представляет для него крайнюю опасность.

² Последование Литургии святителя Василия Великого.

Церковь, обличая ересь гностиков, считавших вино злом, говорит о пользе воздержания как христианской добродетели. 51-е апостольское правило гласит: «Если кто, епископ, или пресвитер, или диакон, или вообще из священного чина, удаляется от брака и мяса и вина, не ради подвига воздержания, но по причине гнушения, забыв, что все добро зело, и что Бог, созидавая человека, мужа и жену сотворил вместе и таким образом клеветает на создание: или да исправится, или да будет извержен от священного чина, и отвержен от церкви. Так же и мирянин».

На Руси после Крещения и по мере распространения веры утвердилось христианское отношение к трезвости и пьянству. Примерами полного воздержания от вина могут быть святитель Иов Патриарх Московский, преподобный Сергей Радонежский и другие. Среди древнерусских поучений мы встречаем немало обличений пьянства. Исследование этих поучений показывает, что пьянство в обществе не достигало современных масштабов. Оно было распространено, как правило, среди высших слоев общества и не было повседневным³.

О степени распространенности пьянства на Руси можно судить по свидетельству австрийского дипломата Сигизмунда Герберштейна, посещавшего Москву в 1517 и 1526 годах: «Именитые, либо богатые мужи чтут праздничные дни тем, что по окончании богослужения устраивают пиршества и пьянства и облачаются в более нарядное одеяние, а простой народ, слуги и рабы по большей части работают, говоря, что праздничать и воздерживаться от работы – дело господское. Граждане и ремесленники присутствуют на богослужении, по окончании которого возвращаются к работе, считая, что заняться работой более богоугодно, чем растрачивать достаток и время на питье, игру и тому подобные дела. Человеку простого звания воспрещены напитки: пиво и мед, но все же им позволено пить в некоторые особо торжественные дни, как, например, Рождество Господне, Масленица, праздник Пасхи, Пятидесятница и некоторые другие, в которые они воздерживаются от работы...» [Герберштейн С. Записки о Московии. М.: МГУ. 1988].

В настоящее время⁴ характер употребления алкогольных напитков сильно отличается от древней традиции употребления вина, о которой нам свидетельствуют, например, слова святителя Иоанна Златоуста: «вино дано Богом не для того, чтобы мы упивались до пьяна, а чтобы были трезвыми, чтобы веселились, а не скорбели» [Свт. Иоанн Златоуст. Беседа о статуях. Беседа 2-я.]. Из этих слов видно, что употребление вина предполагало сохранение трезвости, а любое опьянение было недопустимо.

Поэтому когда древняя Церковь говорит о возможности употребления вина и недопустимости гнушения им, то это нельзя отнести к современным алкогольным изделиям. В настоящее время:

- под вином подразумевается только опьяняющий напиток;

³ Например, в поучении Григория, епископа Белгородского о пьянстве говорится: «И тот лишь считаете праздник славным, если лежат все, будто мертвые спяну, как идола... И говорите: “Тогда только праздник хорош, если на несколько дней мы упьемся!” Подумайте сами, что говорите: ведь, отвлекаясь от праздника, дьяволу вы угождаете! ...Раскайтесь! откажитесь от такого веселья, что велит напиваться по праздникам, и восплачьте, каясь в ваших излишествах, иначе закроется Царство Небесное» (Соболевский А.И. Два русских поучения с именем Григория // Известия Отделения русского языка и словесности Академии наук. Т. XII. Кн. 1. — СПб., 1907).

⁴ Перелом в отношении употребления алкогольных напитков различные исследователи относят на период с сер. XIV века до нач. XIX века. Основной причиной перелома некоторые исследователи (например, И. Прыжов) видят в том, что распространение алкогольных напитков было монополизировано государством как удобный способ сбора налогов. С этого времени пьянство стало не просто страстью, связанной со свободным выбором человека греховного образа жизни, но еще и насильно навязываемой ему. По мере развития промышленности производство и употребление алкогольных напитков было налажено в промышленных объемах, что привело к катастрофическому распространению пьянства.

– преобладает употребление неразбавленного, крепленого вина, крепких алкогольных напитков, а также неумеренное употребление пива и слабоалкогольных напитков;

– главной целью современного употребления алкогольных напитков является достижение состояния опьянения.

В создавшейся ситуации Церковь не может относиться к умеренному употреблению алкогольных напитков так же, как раньше относилась к употреблению вина. О необходимости с рассуждением относиться к древним свидетельствам об употреблении вина в уставе своего монастыря пишет преподобный Иосиф Волоцкий: «Подобает прежде всего заботу и попечение иметь о том, чтобы не было в обители ни в трапезах, ни в кельях пития, от которого пьянство бывает. Если что и писано в уставах и Житиях святых отец, что инокам разрешается пить вино когда по чаше, когда по две или по три и имелось вино в монастырях как в первых, так и в нынешних, но до пьянства его не пили... В русской земле другой обычай и другой закон. И если имеем питье пьянственное, то не можем воздерживаться и пьем до пьянства. А что повелевают святые отцы пить по чаше или по две или по три то этого и слышать не хотим или не ведаем меры чаш этих... И ради этого обычая и погибельного нрава и грехолюбного навыка не подобает нам иметь во обители пития, от которого бывает пьянство, чтобы не впасть в конечную погибель...»

Изменение характера употребления алкогольных напитков выделило пьянство в одну из наиболее опасных социальных проблем. Ответом на эту проблему стало появившееся и широкое распространившееся **трезвенное движение**.

Меры, принимаемые Русской Православной Церковью в утверждении трезвости, достаточно чётко прослеживаются с середины XIX века. В 1859 году Святейший Синод своим указом благословил священнослужителям «живым примером собственной жизни и частым проповедованием в церкви Божией о пользе воздержания содействовать возникшей в некоторых городских и сельских сословиях решимости воздерживаться от употребления вина».

Церковь благословляла принятие обетов трезвости, поддерживала создание обществ трезвости, начавших возникать на территории России во второй половине XIX в. 10 августа 1889 г. вышел циркулярный указ Святейшего Синода, в котором епархиальным архиереям предлагалось «донести Святейшему Синоду, существуют ли в настоящее время ...общества трезвости и в чем обнаружилось влияние их на религиозно-нравственное состояние как принадлежащих к их составу лиц, так и на окрестное население». На 1 января 1911 г. в Российской империи насчитывалось 1873 общества трезвости, где числилось около 500 тыс. человек. 94,6 % обществ были церковными и подавляющее их большинство возглавлялось священниками.

Святейший Синод Русской Православной Церкви в определении «О борьбе с пьянством в народе» от 4-6 июня 1909 г. признал необходимым знакомить воспитанников духовных семинарий, особенно старших классов, «с гибельными последствиями алкоголизма, дабы по выходе из школы... они являлись крепкими и убежденными борцами с этим народным недугом». Для воспитания своих чад в духе трезвости в духовных учебных заведениях вводилось преподавание особых дисциплин.

В августе 1912 г. Церковь организовала Всероссийский съезд практических деятелей по борьбе с алкоголизмом, прошедший в Москве под покровительством митрополита священномученика Владимира (Богоявленского); среди участников преобладали православные священнослужители и светские деятели, поддерживавшие Церковь.

Начиная с 1913 г., 11 сентября (29 августа ст.ст.) в день Усекновения главы Иоанна Предтечи проводились массовые трезвенные действия – Всероссийские церковные праздники трезвости.

Необходимо отметить участие Церкви в разработке законодательных инициатив. Председателем Комиссии «О мерах борьбы с пьянством» III Государственной Думы (1907-1912 гг.) был священномученик Митрофан (Краснопольский).

Русской Православной Церковью были поддержаны введенные в 1914 году меры по прекращению продажи крепких напитков в России, которые были введены на период мобилизации и военных действий⁵. За прекращение продажи водки навсегда высказались 84 % населения [Введенский И.Н. Опыт принудительной трезвости. – Екатеринбург: ООО «ИРА УТК», 2008. С. 32.].

5.2.2. Причины возникновения алкоголизма в православном понимании

Рассуждая об алкоголизме, многие люди находятся в плену определенной дилеммы: с одной стороны, современная мировая медицина говорит, что алкоголизм – химическая зависимость, трудная и почти неизлечимая болезнь сродни гепатиту или раку. С другой стороны, проявления алкоголизма часто приравнивают только к греху, распущенности и слабоволию, призывая алкоголика одуматься и покаяться. Оба взгляда (только грех или только болезнь) не раскрывают полноты проблемы. Ставя на первое место духовный аспект, Церковь соглашается что более полное представление о причинах алкоголизма отражается в представлении о том что алкоголизм – это биопсихосоциодуховное заболевание, которое не получило бы развития, если бы не было следствием своеволия и гордыни, бунта против Бога и мира. При алкоголизме поражается дух, душа и тело, страдают ближние и окружающие.

Духовная составляющая алкоголизма является первопричиной и усугубляется биологическими, психологическими и социальными факторами. В Основах социальной концепции сказано о том, что «Основная причина бегства многих наших современников в царство алкогольных или наркотических иллюзий – это духовная опустошенность, потеря смысла жизни, размытость нравственных ориентиров» [Основы социальной концепции Русской Православной Церкви, 2000г.].

Святитель Иоанн Златоуст говорил, что пьянеть человек может не только от вина, но и от похоти, гнева и чревоугодия [Беседа 15 на Евангелие от Матфея], тем самым утверждая, что причиной пьянства является духовно-нравственное состояние человека, через которое, по его произволению, проявляется греховная природа, приводимая в действие страстными влечениями.

Важнейшим фактором формирования алкогольной зависимости являются **стереотипы мышления** (социальные мифы), которые формируют положительное отношение к употреблению алкоголя.

Примерами ложных стереотипов могут служить следующие высказывания: алкоголь является пищевым продуктом, помогает в лечении простуды, помогает согреться; потребление малых доз алкоголя не вредно и допустимо как на производстве, так и при управлении транспортом; алкоголь повышает аппетит, помогает при болях в желудке, при язве; производство и продажа алкоголя выгодны для государства; алкоголь является антидепрессантом; алкоголь помогает в общении; употребление алкоголя нужно запрещать только детям; слабоалкогольные напитки менее вредны.

На самом же деле вредное воздействие алкоголя на организм гораздо сильнее упомянутых выше «лечебных» свойств. Экономический урон от распространения алкоголя (затраты из-за снижения производительности труда, травматизма, несчастных случаев, лечения пьющих и их родственников, большого уровня преступности и многое другое) в несколько раз

⁵ Указы Правительства от 18 июля и 22 августа 1914 года. Позже Положениями Совета Министров от 27 сентября и 13 октября 1914 года местным властям на время войны предоставлено было право запрещать торговлю спиртными напитками в местностях, находящихся в их ведении.

превышает доходы от его продажи. Очень опасна «проповедь» о безвредности малых доз алкоголя, что является причиной большого уровня травматизма на производстве и при движении автотранспорта. Миф о малом вреде пива и слабоалкогольных напитков стал причиной широкого распространения «пивного» алкоголизма, в т.ч. среди подростков.

На употребление алкоголя оказывают влияние **психологические установки и ритуалы**.

Психологические установки формируются родственниками, окружающими, средствами массовой информации и заключаются в том, что употребление алкоголя ассоциируется в сознании с взрослостью, успешностью, силой, весельем, непринужденностью, отдыхом, «расслаблением». Потребление алкоголя обставляется ритуалами: застольями и тостами. Алкогольными ритуалами сопровождаются многие жизненные ситуации (встречи, расставания, знакомства и т.д.). Пьют «за здоровье» и «за упокой», при встрече и при расставании, «с горя» и «от счастья» и т.д. Таким образом, потребление алкоголя определяется ситуацией, а не волей и потребностью личности. Алкогольными ритуалами может быть заполнена практически вся жизнь человека.

Одной из важных причин алкоголизации общества является **сверхдоступность алкоголя** (низкая цена, возможность купить алкоголь практически в любом месте в любое время, безнаказанность за нарушения в сфере алкогольного законодательства и т.д.) при несовершенстве законодательства.

Сверхдоступность вызвана во многом действиями алкогольной индустрии при попустительстве некоторых представителей государственной власти или лоббировании ими интересов алкогольной индустрии.

Большое влияние на формирование алкоголизма оказывают искажённые **семейные отношения**. Алкоголика трудно вылечить без гармонизации отношений в семье, без изменения мышления и поведения его ближайших созависимых родственников, которые зачастую способствуют развитию алкоголизма и препятствуют выздоровлению.

Предпосылками для формирования алкоголизма являются различные формы семейного неблагополучия – например, когда один или оба родителя не удовлетворяют потребности ребёнка в любви, внимании или чрезмерно опекают его, когда отсутствует любовь между родителями, в случаях развода или при существенных ошибках в воспитании. Это формирует искажённую картину мира и толкает к бегству человека из реальности в мир алкогольных иллюзий.

Провоцировать зависимое поведение может и **культ наслаждения**, которое представляется личности главным смыслом жизни. Если ребенок приучен с детства получать не радость от активных действий, а удовольствие от пассивных впечатлений, это может привести к формированию определенного психологического типа, склонного к развитию зависимостей, в том числе и алкогольной.

На формирование алкоголизма могут воздействовать: место жительства, место работы или учебы (сложившийся коллектив с определёнными алкогольными традициями), уровень культуры и образования (среди высокообразованных людей уровень алкоголизации в среднем ниже), род деятельности, социальное положение, и прочие факторы.

Играют роль в формировании алкогольной зависимости и биологические причины: генетическая предрасположенность, пол и возраст, наличие психических расстройств, определенные акцентуации характера, принадлежность к тому или иному этносу.

Несмотря на наличие внешних факторов, подталкивающих человека ко греху, во многом решение зависит от свободного выбора человека. Повторение греха и укоренение в греховном образе жизни приводит к формированию болезненной зависимости.

5.2.3. Утверждение трезвости на современном этапе

1. Принципы деятельности по утверждению трезвости

Братство в своей деятельности по утверждению трезвости придерживается следующих принципов:

1. *Приоритет духовного начала.* Молитва к Богу и участие в церковных таинствах – необходимое условие для эффективного избавления от страсти пьянства, оказания помощи страждущим и утверждения трезвости в обществе. В Православной Церкви накоплен большой опыт индивидуальной и соборной молитвы о страждущих от пьянства: молебны с акафистом перед иконой Божией Матери «Неупиваемая Чаша», ежедневное чтение домашней молитвы о страдающих алкоголизмом и о членах братства трезвения, чтение Псалтыри и Евангелия о здравии.

2. *Уважение достоинства личности.* Трезвая жизнь – свободный и самостоятельный выбор человека. Никто не имеет права принимать за другого решение жить трезво. Участники деятельности по утверждению трезвости уважают достоинство личности и дарованную ему Богом свободу выбора, стремясь увидеть в каждом человеке образ Божий.

3. *Личная ответственность.* Достижение трезвости человеком, подверженным страсти пьянства (винопития), является результатом духовной работы над собой, которую страждущий совершает при помощи Божией. Бог не может исцелить человека без усилий самого человека. Равно как и труды священнослужителей, психологов, медиков, педагогов и социальных работников не принесут должного результата без деятельного участия самого больного. Поэтому страждущие несут личную ответственность за свой вклад в процесс выздоровления от недуга.

4. *Личный пример трезвости.* Трезвая жизнь в широком смысле – обязанность каждого православного христианина. Большое значение имеет пример личной трезвости священнослужителей, специалистов и добровольных помощников, непосредственно участвующих в оказании помощи алкоголезависимым или программах профилактики алкоголизма, а также близких страждущего.

5. *Системность.* Для успешного осуществления этой деятельности братство считает необходимым и призывает к тому, чтобы нераздельный церковный организм участвовал в ней во всей полноте. Деятельность по утверждению трезвости должна органично входить – в той или иной форме – во всю жизнь Церкви.

6. *Компетентность.* Принцип компетентности подразумевает, что участники этой работы обладают знаниями основ теории и практики деятельности по утверждению трезвости, в том числе духовных, медицинских, психологических, правовых, социальных аспектов алкоголизма. Для священнослужителей важно знать особенности душепопечения алкоголезависимых.

Вышеперечисленные принципы можно считать важнейшим критерием оценки различных методов помощи страдающим алкоголизмом.

2. Формы и методы деятельности по утверждению трезвости

Деятельность по утверждению трезвости реализуется в таких исторически сложившихся формах церковного и церковно-общественного социального служения, как православные братства, общества, общины трезвости (трезвения), попечительства о народной трезвости. Они получили повсеместное распространение на территории России в конце XIX - начале XX вв., что вылилось в широкое трезвенное движение. В настоящее время эта традиция возрождается в Церкви: на территории 24 епархий России, Украины, Белоруссии и Казахстана действует 52 общества (братства, общины) трезвости, участвующих в деятельности Иоанно-Предтеченского братства «Трезвение» Русской Православной Церкви. Одни из них имеют юридическую

регистрацию в форме религиозных организаций, другие действуют только на основании благословения священноначалия на территории приходов или епархий.

С целью утверждения трезвости православными людьми (братствами, обществами, общинами трезвости и иными церковными организациями) ведется деятельность как *традиционно* присущими церковному сообществу формами и методами (участие в богослужениях, церковных Таинствах, проповедь; миссионерская, издательская, религиозно-просветительская деятельность, паломничества, проведение крестных ходов, дела милосердия т.п.), так и *специфическими*, присущими данному виду деятельности.

Далее рассматриваются специфические для деятельности по утверждению трезвости формы и методы. Профилактика алкоголизма как форма утверждения трезвости ведется по трем направлениям.

Первичная профилактика имеет целью предупреждение, устранение и снижение факторов риска приобщения к употреблению алкоголя и направлена на широкий круг людей. Братства, общества, общины трезвости и иные церковные организации способствуют возрождению духовно-нравственных ценностей, осуществляют трезвенную просветительскую деятельность, способствуют применению мер государственного характера (ограничительные, стимулирующие, нормативно-правовые), ведут профилактику средствами культуры (формируя положительные отношения к трезвости, трезвости как ценности в обществе, искореняя ложные мифы о алкоголе), участвуют в создании трезвой молодежной культуры, создание подростковых и молодежных объединений (спортивных, военно-патриотических и т.д.), способствуют возрождению традиционных семейных отношений, оказывают воздействие личным примером, в том числе, организуя «праздники трезвости» и создавая «территории трезвости».

Вторичная профилактика направлена на выявление групп риска и работу с людьми из их числа⁶. Это направление включает в себя: формирование у лиц из группы риска мотивации прихода к специалисту; оказание им социальной и психологической помощи, в том числе в виде индивидуального и семейного консультирования; вовлечение лиц из группы риска в общинную жизнь, деятельности общественных объединений, клубов (спортивных, военно-патриотических и т.д.).

Третичная профилактика подразумевает реабилитацию страждущих – социальную, трудовую, психологическую, медицинскую, семейную. Это направление включает в себя создание домов трудолюбия и центров реабилитации, групп само- и взаимопомощи, семейных клубов трезвости, индивидуальное консультирование алкоголезависимых и их родственников, курсы и школы по избавлению от алкогольной зависимости.

На каждом из этих направлений применяются свои формы и методы работы. Они могут быть духовными, медицинскими, психологическими, социальными. Опыт показывает, что наибольшая эффективность достигается при их разумном сочетании.

Трезвенные православные объединения участвуют в различных формах церковно-государственного партнерства – таких как церковно-общественные советы, попечительства о народной трезвости.

Особо необходимо отметить следующие формы и методы реабилитационной деятельности, часто применяемые православными организациями и доказавшие свою эффективность:

1. *Обеты трезвости.* Для укрепления в борьбе со страстью страждущие могут принять обет (или зарок) трезвости. Обет трезвости дается человеком с благословения духовника в надежде на благодатную помощь Божию.

⁶ Группами риска могут являться родственники алкоголезависимых, подростки, подверженные воздействию молодежной субкультуры, лица, попавшие в трудную жизненную ситуацию.

Обеты трезвости даются как самими страждущими, так и их родственниками и людьми, занимающимися трезвенной работой. Близкие и специалисты дают обеты трезвости как для укрепления себя в этой деятельности, так и по любви к страждущим, чтобы избавить их от соблазна: *Лучше не есть мяса, не пить вина и не делать ничего такого, от чего брат твой претыкается, или соблазняется, или изнемогает* (Рим. 14:21).

2. *Индивидуальные консультации для страждущих и их родственников.* Консультации организуются для страждущих и их родственников для того, чтобы познакомить их с различными видами помощи, которая может быть оказана страждущим или их близким. Консультации проводятся священнослужителями, специалистами или добровольными помощниками, обладающими теоретическими и практическим знаниями о преодолении алкоголизма.

3. *Курсы или школы для страждущих по избавлению от алкогольной зависимости.* Цикл занятий проводится в виде ряда лекций или семинаров и имеют своей целью формирование и закрепление мотивации на трезвую жизнь. Являются частью процесса реабилитации.

4. *Беседы с родственниками страждущих.* Групповые занятия могут быть частью курса по избавлению от алкогольной зависимости или проводиться в виде лекций, семинаров и в других формах. Целью бесед является формирование и закрепление мотивации на трезвую жизнь у страждущих и их родственников.

5. *Группы само- и взаимопомощи, адаптации к трезвой жизни.* Группы самопомощи представляют собой более или менее формальные организации страждущих и/или их близких с целью избавления от недуга пьянства. Работа групп строится на двух принципах, а именно: люди, эффективно справляющиеся или справившиеся с личной проблемой, – хорошие помощники начинающим; во-вторых, такие люди, помогая другим, помогают и самим себе. По слову апостола Павла: *Ибо, как Сам Он претерпел, быв искушен, то может и искушаемым помочь* (Евр 2:18). Данные группы в некоторых случаях могут проводиться при участии священнослужителей и специалистов.

6. *Реабилитационные центры.* Церковные учреждения ведут деятельность по оказанию помощи алкоголезависимым людям и их родственникам. Реабилитационная деятельность должна быть направлена на полное или частичное восстановление способности личности к восприятию духовно-нравственных ценностей, влияющих на мотивацию больного сохранять трезвость. Она включает в себя изменения, затрагивающие все сферы жизни: отношение к собственному здоровью и психологическому состоянию, труду, обучению и образованию, к близким людям и обществу, нравственным и религиозным ценностям. В процессе реабилитации происходит изменение убеждений и/или преодоление заблуждений, вызванных нарушением или отсутствием смысловых ориентиров. Реабилитация может быть стационарной или амбулаторной и проводится в приходских общинах и монастырях в зависимости от имеющихся возможностей.

5.2.4. Взаимодействие с органами государственной власти, местного самоуправления, общественными институтами и средствами массовой информации

Решая задачу утверждения трезвости в обществе, необходимо учитывать имеющийся исторический опыт взаимодействия Русской Православной Церкви и Российского государства. В конце XIX века совместными усилиями Церкви и государства была выстроена комплексная система воспитания народа в духе трезвости.

1. Направления сотрудничества с органами государственной власти и местного самоуправления

– трезвенное просвещение, разработка и реализация образовательных, просветительских и культурных программ, направленных на утверждение трезвости, на

трезвенное просвещение населения, в том числе через культуру, искусство и средства массовой информации;

- социальная реабилитация алкоголезависимых;
- участие в законотворческой деятельности в области утверждения трезвости;
- участие в реализации мер, направленных на ограничение доступности алкоголя;
- участие в осуществлении общественного контроля за соблюдением антиалкогольного законодательства.

2. *Общественные организации*

Необходимо взаимодействие с различными общественными организациями и движениями в области профилактики алкоголизма, реабилитации и реадaptации алкоголезависимых (светскими трезвенническими организациями, в том числе применяющими методы терапевтических сообществ и программу «12 шагов» анонимных алкоголиков).

Отметим, что сотрудничество возможно с теми организациями и движениями, деятельность которых не противоречит традиционным духовно-нравственным ценностям и действующему законодательству.

3. *Средства массовой информации и Интернет*

В целях утверждения трезвости и профилактики алкоголизма братство считает необходимым сотрудничество со средствами массовой информации. СМИ оказывают огромное влияние на распространение стереотипов мышления, формирование психологических установок и моделей поведения у людей, в том числе в отношении употребления алкоголя.

В современных СМИ немало открытой и скрытой рекламы алкогольных изделий. Открытая реклама алкогольных изделий направлена практически на все слои населения и учитывает половозрастные, социальные и другие особенности каждой группы людей. Большое влияние на употребление алкоголя оказывает скрытая реклама. Например, среди современных положительных героев кинофильмов практически не встречается образа человека, ведущего трезвую жизнь, часто, напротив, образ героя включает в себя способность выпивать, не пьянея, или выпивать благородно, удивляя зрителей знанием лучших сортов вин. Употребление алкоголя часто показывается как некий фон нашей жизни, что никак не оправдывается сюжетной линией фильма.

Взаимодействуя со СМИ, необходимо ставить задачей формирование отношения к трезвости в обществе как к нравственной ценности, чтобы именно она (трезвость) была залогом успеха в работе, крепкой семье, и вообще полноценной жизни, которая возможна только при свободе от унижающей человека зависимости от алкоголя. Для этого важно:

- разрабатывать и проводить информационные кампании, инициировать публикации на тему утверждения трезвости, участвовать в создании аудиовизуальных произведений и иных сообщений и материалов для трансляции по радио и телевидению, в подготовке материалов для печатных изданий (газеты, журналы, листки, книги, брошюры);
- проводить трезвенное просвещение среди специалистов, участвующих в деятельности СМИ – журналистов, режиссеров, ведущих передачи и пр.;
- привлекать внимание общественности к деятельности братства по утверждению трезвости через издательскую и информационную деятельность, а также через организацию тематических съездов и конференций, празднование памятных дат;
- содействовать освещению в средствах массовой информации общецерковной и епархиальной деятельности по утверждению трезвости, организации социальной рекламы;

– использовать средства сети Интернет (сайты, базы данных, библиотеки, социальные сети, блоги, форумы и пр.).

5.3. Принципы и сущность метода духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зарока на православной основе

«Понятия духовность и нравственность близки, сопричастны, родственны друг другу. Духовность – свойство души, состоящее в преобладании духовных, нравственных и интеллектуальных интересов над материальными. Нравственность же есть внутренние духовные качества, которыми руководствуется человек, этические нормы; правила поведения, определяемые этими качествами» [Ожегов С. И., 1991].

Как видим, если говорится о духовности, то говорится и о нравственности, и, напротив, когда речь идет о нравственности, указывается на ее связь с духовностью. А это значит, что такие фундаментальные качества человека, как духовность и нравственность, выступают как родственные, взаимосвязанные свойства человека, которые определяют его поведение. Иными словами, духовно-нравственная (духовная) составляющая личности и есть ее главная основа, которая определяет поступки человека и его роль в обществе и государстве. Что касается нашего народа, то, как свидетельствует многовековая история, его духовность и нравственность проявляются в высшей степени, как говорится, по предопределению свыше – особенно во времена наиболее тяжелых испытаний, войн, эпидемий, независимо от социально-политической ситуации в стране [Зверев В. Ф., 2005].

Пьянство, наркомания и другие патологические зависимости давно приобрели в нашем обществе характер самой массовой эпидемии – пандемии. Сегодня их следует рассматривать не только как чрезвычайную социальную ситуацию и проблему национальной безопасности в обществе, но и как самый массовый терроризм, ведущий к генетическому вырождению и истреблению нации, к деградации и гибели множества людей. По своей сути сегодня идет необъявленная, но самая массовая и кровопролитная в истории России война, уносящая миллионы жизней, являющаяся тягчайшим испытанием для нашего народа. Сегодня у нас просто нет выбора эффективных средств в борьбе с наркоманиями, кроме одного: необходимо апеллировать к основополагающим духовно-нравственным качествам всего нашего народа, его генетической памяти, к его святым предкам, мученикам и новомученикам Российским, максимально мобилизовав все резервы духовности в противостоянии общему врагу [Григорьев Г. И., 2004].

Метод духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зарока на православной основе сформировался в процессе развития массовой эмоционально-эстетической стрессовой психотерапии (ЭЭСПТ) [Григорьев Г. И., 1993; Григорьев Г. И., 1996; 1999] и интеграции ее с православной психотерапией [Ершов С. А., Григорьев Г. И., Зверев В. Ф., 2002; Григорьев Г. И., Ершов С. А., Зверев В. Ф., 2003].

Метод ДОП ЦЗ положительно зарекомендовал себя на практике МИРВЧ в период с марта 1994 г. по настоящее время достаточно высокой эффективностью при лечении наркоманий, алкоголизма, никотинизма, игроманий, чревоугодия и иных болезненных влечений, приводящих человека к развитию патологических зависимостей.

18 ноября 2004 г. в ученом совете Всероссийского центра экстренной и радиационной медицины МЧС России он был защищен докторской диссертацией на тему: «Кризисно-реабилитационная помощь при наркоманиях на основе стрессовой психотерапии» (под сокращенным названием ДО СПТ – духовно ориентированная стрессовая психотерапия).

Методология духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зарока на православной основе включает данные естественнонаучного и вненаучного познания:

клинические симптомы зависимостей и обыденный здравый смысл, богословскую экзегезу и философскую рефлексию, духовный опыт и этические нормы христианства. Рациональность и медицинский прагматизм в данном методе гармонично сочетаются с мистическим учением Церкви. При этом естественно и органически успешно устраняется искусственно создававшееся неприятие психотерапии одновременно как медицинской науки и как искусства врачевания. Доступное для восприятия пациентов вербальное изложение научно-медицинской и духовно-религиозной информации, а также фабулы строго, продуманного многоэтапного лечения обеспечивает высокое качество психотерапевтических результатов.

В научной литературе метод ДОП ЦЗ первоначально назывался ме-тодом лечебного зарока, отражая лишь финальный этап комплексного психотерапевтического процесса, не раскрывая его важной отличительной особенности - обращенности к духовному началу в человеке. После медицинских и богословских научных исследований в МИРВЧ был сформулирован ряд концептуальных положений, определивших основу теории и практики метода духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зарока на православной основе.

1. Между естественнонаучными и церковно-антропологическими категориями и понятиями устанавливаются прямые и косвенные аналогии.

2. Интерпретация психотерапевтического процесса, его стратегий и анализ результатов проводятся как на современной научно-методологической платформе, так и на основе древнейшего аскетического и патриотического опытного знания.

3. Природа и состав человека соотносятся как с медицинскими представлениями, так и с эмпирическими данными христианской антропологии.

4. Этиология и патогенез болезненных влечений рассматривается не только с позиций научно-медицинских знаний, но и с учетом аскетического опыта борьбы со страстями.

5. Межличностная коммуникация в процессе оказания помощи больным строится не только по медицинским правилам, но и в соответствии с правилами духовно полезной беседы.

Метод является духовно ориентированной психотерапией на право-славной основе не только потому, что имеет прочный фундамент в религиозно-культурной традиции, но и потому, что обращен к духовному началу в человеке, т. е. к тому, что выше психики, изучаемой и врачующей естественнонаучной медициной. Подобная психотерапия является не просто безмедикаментозным вербальным лечением, ориентированным только на психофизического человека, его ум, волю и чувства, но, прежде всего, она направлена на невидимые и анатомически не локализованные в человеке «органы» - дух, совесть и душу.

Таким образом, можно сказать, что главной задачей метода ДОП ЦЗ, его основной отличительной особенностью от современных методов научной психотерапии является устранение не только психической (психологической) и физической (физиологической) зависимостей, но в первую очередь преодоление зависимости духовной (донныне «незамечаемой», а иногда и отрицаемой современной наркологической наукой).

Говоря о сущности психической (психологической) зависимости можно сказать, что она заключается:

1) в фиксации эмоциональной памяти на чувстве услаждения от алкоголя, табака, других наркотиков и азартных игр;

2) в возникновении в сознании ложного ощущения силы, несуществующих способностей и талантов, сверхзначимости собственного «Я», вседозволенности;

3) в целеустремленности воли к простоте и легкости получения усладительного самовозвеличивающего состояния.

Наиболее яркое проявление психической (психологической) зависимости – болезненное влечение к алкоголю и другим наркотикам: от ситуационного к навязчивому, а далее – к доминирующему и сверхценному, вплоть до бредоподобного.

И поверх всего этого – снижение, вплоть до полной утраты, смысла и радости жизни вне наркотика.

Суть физической (физиологической) зависимости – в повреждении биологической природы человека, в разрушении нейрогормонального фундамента, обеспечивающего естественное функционирование всех внутренних органов и систем организма и в первую очередь центральной нервной системы, отвечающей за выживание человека, его психоэмоциональное состояние, настроение и жизненный тонус.

Основное внешнее проявление физической зависимости – увеличение дозы и тяга к опохмелению, на фоне уже сформировавшихся психологических механизмов зависимости.

Духовная зависимость – не понимается, не признается, не изучается современными психиатрией и наркологией, да и медико-психологическими методами, по-видимому, может быть изучена лишь косвенно и отчасти. В то время как именно она, духовная зависимость, является главенствующей в развитии всех без исключения наркологических заболеваний на любых их стадиях.

Духовная зависимость многолика, но конкретна и проявляется, в частности, в следующем:

1) в неприятии человеком самого факта болезни, самого факта зависимости при всей очевидности этого факта;

2) в неосознании пьянства, употребления наркотиков, табака и алчной игровой страсти как зла, тем более как греха. Зла и греха против себя, своего здоровья и жизни, а вкупе здоровья и жизни близких людей, как греха против Бога;

3) вначале в периодических, а впоследствии в постоянных наплывах мыслей, связанных с имеющимися патологическими зависимостями, внутренних самооправданиях и диалогах по данной теме.

Последнее случается под воздействием злой, невидимой и лукавой силы, посылающей внешние навязчивые мысли, затмевающей разум и притупляющей совесть человека, противостоять которой без Бога, Божией помощи личность до конца не может. В этот зловещий капкан душа заманивается вкрадчиво, постепенно, коварным и обманчивым образом. При этом больной, не сознавая того, неуклонно меняется в своих личностных качествах, становится другим человеком – антиподом самому себе. Происходит как бы замена одной личности на другую: спокойный и сдержанный человек становится раздражительным и гневливым; добрый и отзывчивый – завистливым и злобливым; рачительный – расточительным и т. д. Вначале дается пряник: удовольствия много, а серьезных последствий нет; затем пряник отнимается, а взамен в действие приводится бич: удовольствий никаких, а тяжких последствий – тьма-тьмушая. Сатана куражится, бесчинствует над человеком, добровольно подставившимся ему, отдавшим в его распоряжение свою волю.

Таким образом, доминирующим проявлением духовной зависимости является внезапное появление ненужных и ставших уже чуждыми человеку, как бы внешних, мыслей по теме зависимости, назойливо лезущих в голову помимо воли самого человека. Это мысли о возможности, полезности, необходимости и безобидности выпить, покурить, принять наркотик, сыграть («все в меру»), о чем якобы никто и знать не будет, так как все непременно обойдется... Случается такое обычно на фоне более или менее продолжительной трезвой жизни практически подавляющего большинства людей, принимающих психоактивные вещества.

При значительном ослаблении духовного иммунитета в иных случаях в голову лезут чуждые для любого нормального человека мысли отчаяния: все потеряно, все в прошлом, все

пропало... Так происходит чаще при срывах, в похмельном состоянии. В любую щелку лезет лукавый...

Типичными искушающими и провоцирующими пагубные влечения факторами, приводящими к развитию психической, физической и духовной зависимостей являются:

1) менталитет нашего народа – снисходительное, благодушное, легковесное отношение к пьяному человеку: «пьяный проспится...»; «рюмка вина добавит ума»; «кто пьян да умен – два угодя в нем» и т. п. А в иных странах не так. В Италии, например, пьяные осуждаются, а в Испании и того более - презираются; быть пьяным - во всем мире позор;

2) бездуховность, порожающая вседозволенность: «Бери от жизни все» - прямо-таки сатанинский лозунг;

3) так называемые стрессы, отчаяние, атеистический, переходящий в панический жизненный настрой – «Бога нет, надеяться не на кого...»;

4) неправильные взаимоотношения в семье – самолюбие, эгоизм, отчужденность и прочая, и прочая...

Метод целебного зарока на православной основе дает мощный импульс к физиологическому и духовному восстановлению человека:

1) снимаются тяга и патологическое влечение к алкоголю, нормализуется настроение и укрепляется жизненный тонус и т. д. Человек настраивается на восприятие трезвости не как на ущемление и ограничение своей личности, а как на событие спасительное и жизненно необходимое, сверхзначимое и радостное;

2) появляется (или хотя бы намечается) понимание истинного положения вещей, что такое алкоголь и прочее, осознание пьянства и других пагубных пристрастий как зла, как греха губящего его тело и душу;

3) происходит (начинается) пересмотр прежней, привитой атеистической жизнью системы ценностей: от алкоголя и других наркотиков к непреходящим истинам, к Богу;

4) создается биологический и духовно-нравственный психологический фундамент к выходу на новое качество жизни, для которой трезвость лишь одно, но базовое, фундаментальное и абсолютно необходимое условие;

5) перед человеком открывается (обосновывается и конкретизируется) путь к воцерковлению через пост, покаяние и молитву – предлагаются конкретные шаги для восстановления отношений с любящим Отцом – Богом [Григорьев Г. И., Григорьев С. Г., Зверев В. Ф., 2007].

Таким образом, с позиций духовно ориентированной психотерапии, психическая зависимость – это возникающее после приема психоактивных веществ состояние наркотического «кайфа» или прельщающей душу эйфории. В православном определении - возможно, состояние прелести. Физиологическим фундаментом этого состояния является временное и периодическое (в момент приема алкоголя и наркотиков) нарушение в организме человека выработки нейrogормонов психической адаптации - «гормонов радости жизни». Это происходит вследствие внешнего введения химических аналогов данных гормонов вовнутрь, что постепенно снижает их внутреннюю выработку. Такими синтетическими аналогами «гормонов радости жизни» и являются психоактивные вещества.

При достаточно регулярном достижении состояния прельщающей эйфории со временем развивается стойкая хроническая недостаточность «гормонов радости жизни» - физическая зависимость. В самом начале она проявляется в увеличении дозы потребляемого психоактивного вещества (повышении толерантности), а впоследствии – в полной потере контроля над дозой, проявляющейся в запоях. При этом состояние наркотического «кайфа» все более уменьшается и на смену прельщающей эйфории приходит тяжелое абстинентное состояние – «ломка».

В поисках «потерянного рая» больной патологической зависимостью человек все более увеличивает дозу потребляемого наркотика. Последнее нередко приводит к передозировке и летальным исходам. На подобном психосоматическом фундаменте психической и физической зависимостей постепенно формируется необходимая почва для неизбежного подчинения воли человека духам злобы поднебесной.

В результате последнего у человека формируется духовная зависимость, поглощающая и вбирающая в себя физическую и психическую зависимости. Когда все три зависимости соединяются в одно монолитное заболевание, они частично или полностью поработают волю человека. Так человек, нарушающий закон Божий, становится рабом греха. И грех этот поселяется в нем, становится его сутью [Григорьев Г. И., Григорьев С. Г., Зверев В. Ф., 2007].

Об этом состоянии порабощения воли человека точно и образно сказал первоверховный апостол Павел в своем Послании к Римлянам: «...мы знаем, что закон духовен, а я плотян, продан греху. Ибо не понимаю, что делаю; потому что не то делаю, что хочу, а что ненавижу, то делаю <...> не я делаю то, но живущий во мне грех <.,.>. Доброе, которого хочу, не делаю, а злое, которого не хочу, делаю. Если же делаю то, чего не хочу, уже не я делаю то, но живущий во мне грех <...> Бедный я человек! кто избавит меня от сего тела смерти? Благодарю Бога моего Иисусом Христом, Господом нашим. Итак тот же самый я умом моим служу закону Божию, а плотию закону греха» (Рим. 7: 14-25); «Но все сие преодолеваем силою Возлюбившего нас. Ибо я уверен, что ни смерть, ни жизнь, ни Ангелы, ни Начала, ни Силы, ни настоящее, ни будущее, ни высота, ни глубина, ни другая какая тварь не может отлучить нас от любви Божией во Христе Иисусе, Господе нашем» (Рим. 8: 37-39).

В данной концепции все болезненные влечения рассматриваются прежде всего как имеющие духовную обусловленность, а органические психосоматические поражения и функциональные расстройства зачастую являются следствиями духовного поражения личности, порабощения ее воли. Этиология и патогенез патологических зависимостей, рассматриваемых как страсти, гораздо проникновеннее и ближе к их первопричине, чем в медицинской модели. Неизлечимость болезненных влечений современными медицинскими методами (зачастую, достижение лишь кратковременной ремиссии) обусловлена главным образом тем, что основная цель современной наркологии - преодоление физической и психической зависимостей от психоактивных веществ. Духовная же зависимость, до настоящего времени, в медицинскую модель не включается, врачами психиатрами-наркологами в расчет не принимается и потому остается неизлеченной. Отсюда же и современные мифы о неизлечимости зависимостей, на которых вырастают и воспитываются практически все без исключения сегодняшние наркологи.

Почему же с точки зрения современной наркологии до конца не излечимы патологические зависимости? Потому что современные врачи даже и не пытаются с Божией помощью преодолеть духовную зависимость, зачастую отрицая ее. Оттого-то и неустойчиво здание современной наркологии, ведь фундамент ее зиждется не на камне святоотеческих традиций и Божественных истин, а на песке беспрестанно видоизменяющихся современных научных концепций.

Вот что говорится по этому поводу в Евангелии: «Итак всякого, кто слушает слова Мои сии и исполняет их, уподоблю мужу благоразумному, который построил дом свой на камне; и пошел дождь, и разлились реки, и подули ветры, и устремились на дом тот; и он не упал, потому что основан был на камне. А всякий, кто слушает сии слова Мои и не исполняет их, уподобится человеку безрассудному, который построил дом свой на песке; и пошел дождь, и разлились реки, и подули ветры, и налегли, на дом тот; и он упал, и было падение его великое» (Мф. 7: 24-27). «И сбывается над ними пророчество Исаяи, которое говорит: "Слухом услышите, и не уразумеете; и глазами смотреть будете, и не увидите, ибо огрубело

сердце людей сих, и ушами с трудом слышат, и глаза свои сомкнули, да не увидят глазами, и не услышат ушами, и не уразумеют сердцем, и да не обратятся, чтобы Я исцелил их"» (Мф. 13: 14-15; Ис. 6: 9-10). И как результат: «...если слепой ведет слепого, то оба упадут в яму» (Мф. 15: 14).

Обращение к внутреннему человеку в психотерапевтическом попечении метода духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зарока на православной основе - это попытка осознания (путем смирения и покаяния) и исцеления (Божией благодатью) не только видимых врачу отдельных симптомов болезни (психической и физической зависимости), но и скрытых от современной медицины, однако хорошо известных в святоотеческой традиции коренных причин грехопадения в болезнь (духовной зависимости от психоактивных веществ), что принципиально отличает ДОП ЦЗ от всевозможных направлений и методов современной материалистической психотерапии, отрицающих главенствующее положение духовно-душевного над психосоматическим [Григорьев Г. И., Ершов С. А., Зверев В. Ф., 2003; Григорьев Г. И., Григорьев С. Г., Зверев В. Ф., 2007].

В книге «Откуда возникают внутренние проблемы и как их преодолеть» Константин и София Литвиненко пишут: «По учению святых отцов, помыслы или мысли могут приходиться к нам из трех разных источников: от Бога, нас самих и бесов. Святой Иоанн Кассиан так разделяет эти помыслы: "помысел от Бога возбуждает в нас или рвение к высшему преуспеянию, или сокрушение о малоуспешности и поблажках лености и беспечности; или когда открывает нам небесные тайны и намерения наши обращает к лучшим делам. - От дьявола происходят помыслы, когда он покушается преткнуть нас, возбуждая чрез них страстное услаждение, или с лукавейшею хитростью представляет зло под видом добра, преобразуясь пред нами в ангела света (2 Кор. 11: 14). - От нас самих рождаются помыслы, когда естественно вспоминаем, что видели, слышали или делали" («Борьба с помыслами и духом злобы»). У преподобного Иоанна Лествичника читаем: "Когда злой дух приступает невидимо, тогда боится тело; а когда приступает Ангел, тогда радуется душа смиренного" (Лествица⁷ 21, 12). <...>

Если мы не сможем распознать бесовский помысел с самого начала, то он может шаг за шагом привести нас к совершению греха. Кроме того, бесы зачастую подбрасывают нам "привычные" греховные мысли, несущие в себе ранее принятую нами ложь. Появление этих мыслей мы воспринимаем с готовностью, так как не в состоянии разглядеть в них ничего плохого.

Преподобный Исихий, пресвитер Иерусалимский, выделяет следующие стадии между принятием помысла и совершением греха: "Первое есть при-лог (т. е. появление помысла); второе - сочетание, когда наши помыслы и помыслы лукавых демонов смешиваются; третье - сосложение, когда обоюродного рода помыслы сговариваются на зло и порешат между собой, как им быть; четвертое же есть чувственное деяние, или грех" («О трезвении и молитве»)» [Литвиненко К. Л., Литвиненко С. В., 2006].

Согласно святоотеческому преданию, изложенному в «Добротолубии» (1990), существуют несколько стадий формирования страсти как духовной зависимости, различающихся по глубине воздействия на душу духов злобы поднебесной. Первая стадия - стадия прилогов – посылаемых человеку внешних навязчивых мыслей, возгревающих болезненное влечение: мысли лезут в голову. На примере опыта святых подвижников, духовно ориентированная эмоционально-стрессовая психотерапия в форме целебного зарока на православной основе учит человека распознавать эти мысли и бороться с ними, ни в коем случае не принимая их за свои, что достигается воссозданием в сознании добрых помыслов, а также духовным бодрствованием и сердечной молитвой. Если человек проявляет

⁷ Лествица (церк.-слав.) – лестница

легкомыслие и не придает значения подобным навязчивым мыслям, то, сам того не желая, внутренне с ними сочетается. Это вторая стадия – стадия сочетания. Если сочетавшемуся с болезненным влечением не оказать своевременной духовной, психотерапевтической и врачебной помощи, то навязчивые мысли станут сначала доминирующими, а потом сверхценными (состояние «прелести»), и вскоре человек не сможет думать ни о чем другом, а только о способах удовлетворения своей страсти. Это третья стадия – стадия пленения, которая при продолжающемся личном несопротивлении духам злобы поднебесной неизбежно перейдет в заключительную, четвертую – стадию рабства (бесоодержимости).

Вновь обратимся к Константину и Софии Литвиненко:

«Бог, создавая человека по Своему образу и подобию, наделил его свободной волей. Поэтому никто не может нас заставить делать то, чего мы не хотим. Нас можно запугивать наказаниями, даже смертью, но последнее решение всегда остается за нами. Как же тогда бесам удастся нами повелевать? Бесы не отнимают у нас свободной воли, они подсказывают нам различные варианты для выбора, предлагают несколько зол, из которых мы выбираем наименьшее (или наибольшее).

Прежде чем сделать выбор, обычно мы обдумываем ситуацию, просчитываем возможные варианты, представляем, к каким последствиям приведет то или иное наше решение. Человеческий разум можно представить в виде компьютера, который скрупулезно обрабатывает всю доступную информацию. В качестве звеньев, из которых наш разум строит длинные логические цепочки, используются идеи, ранее принятые решения, убеждения. То есть к рассмотрению принимаются лишь те идеи, истинность которых неоднократно была проверена на практике или основывается на мнении непререкаемых авторитетов (коиими, кстати, для ребенка являются его родители).

Бесы могут влиять двояко на процесс принятия решений. Во-первых, они напоминают нам о ложных идеях, которые мы по ошибке приняли за истинные. Во-вторых, они предлагают нам связать между собой идеи, которые по законам логики не имеют ничего общего друг с другом <...> Находясь под таким двояким влиянием, наш разум очерчивает для себя ряд ошибочных решений, свободной воле ничего не остается, как выбрать одно из них. Мы превращаемся в осликов, перед носом которых держат хорошо пахнущий макет зрелой морковки. И мы по своей свободной воле стараемся схватить эту наживку и бежим по жизни, не разбирая дороги. "Все бесы покушаются сначала помрачить наш ум, а потом уже внушают то, что хотят; ибо если ум не смежит очей своих, то сокровище наше не будет похищено" (Лествица 15, 82).

Получая контроль над нашим разумом, бесы обретают контроль и над нашей волей. Поэтому так важно изучить себя, пересмотреть убеждения, которые мы восприняли с детства, разрушить ложные идеи о самом себе, других людях, внешнем мире. Очень важно научиться различать, откуда приходят к нам мысли, чтобы ложь по ошибке не принять за правду и не оказаться в бесовских сетях» [Литвиненко К. Л., Литвиненко С. В., 2006].

В. А. Цыганков на основании Православной Лествицы разработал совершенно самостоятельную, оригинальную и по-своему уникальную методику отрезвления людей, которую назвал «Лествица трезвения». Автор следующим образом описывает свою комплексную многоэтапную психотерапевтическую систему групповой и индивидуальной работы с людьми, духовно ориентированную на святоотеческое православное наследие.

«В 1998 году известный петербургский батюшка протоиерей Иоанн Миронов благословил нас вести приходскую православную трезвенную работу. С этого времени я начал проводить занятия в Школе трезвения с алкоголезависимыми людьми, а также их родственниками. Школа трезвения – это народный университет здоровья. Здоровья, прежде всего, духовно-нравственного, в соответствии с русскими православными трезвенными

традициями. Школа трезвения призвана научить жить трезво людей, зависимых от алкогольно-табачных ядов.

Изучение дореволюционного опыта утверждения трезвости, а также святоотеческого взгляда на природу страстей, к которым относятся и наркомания, и алкоголизм, и никотинизм, позволили мне понять, что истоками этих "химических" зависимостей являются не только физиологические или биохимические нарушения, как считает отечественная наркология, но, в первую очередь, поврежденность души. Прежде всего, на образование и развитие любой патологической зависимости влияет искаженность нашего сознания. Как человек мыслит, так, как правило, и живет. Не случайно премудрый Соломон говорит о человеке: "...каковы мысли в душе его, таков и он..." (Притч. 23: 7).

Зависимость от одурманивающих веществ суть не только и не столько соматическое, сколь духовно-нравственное заболевание, проистекающее главным образом от немалого помрачения ума. А потому требует не только психосоматического, но и духовно-нравственного перевоспитания человека, потерявшего в наркотической зависимости свободу воли, образ и подобие Божие.

Таким образом, объектом лечебно-реабилитационного, педагогического и духовного воздействия "Лестницы трезвения", в первую очередь, становится мышление. Конечной же целью духовно-нравственного воскрешения человека как личности является восстановление его целостности – устранение поврежденности и разобщенности духа, души и тела. Это исцеление достигается посредством духовного трезвения, то есть постоянным стремлением к хранению ума, чувств и воли от воздействия пагубных страстей.

Преподобный Исихий Иерусалимский еще в V веке дает трезвению следующее определение: "Трезвение есть духовное художество, которое <...> с Божией помощью совершенно избавляет человека от страстных помыслов, и слов, и худых дел <...> Трезвение, если оно постоянно пребывает в человеке, делается для него путеводителем к правой и богоугодной жизни" [Исихий Иерусалимский, преподобный, 1999].

Необходимо отметить, что преодоление зависимости не может происходить вне сознательной, длительной, упорной и целеустремленной работы самого страдающего патологической зависимостью человека.

Принципы преодоления алкогольно-табачной зависимости нашли выражение в "Лестнице трезвения" для зависимых людей, которая была разработана в нашей Школе трезвения на основе святоотеческого опыта.

Первая ступень в "Лестнице трезвения" позволяет посредством проводимых занятий и изучения специальной литературы постепенно освободить сознание больного человека от пагубных мнений (в том числе «питейных» и «табакокурительных» заблуждений). Разрушить так называемую алкогольную (табачную) патологическую запрограммированность пьяницы и курильщика, которая состоит в ложной убежденности о якобы имеющейся пользе от возлияний и сигарет. В "невозможности" отказа от пьянства и курения для себя лично и для окружающих.

Прежде чем приступать к долгой и кропотливой работе, которая называется "избавление от зависимости", необходимо расстаться со старыми негативными и вредными мнениями и заблуждениями – иначе невозможно будет найти в самом себе смелость, обрести духовные силы, изменить свое мировоззрение и самую жизнь. Разрушающее действие на сознание людей вносит не только алкогольная (табачная) зависимость современного человека. Болезнь души вызывается многими стрессами и иными пагубными обстоятельствами, которые понуждают человека на пьянство и грехопадение. Что же понимается под грехами в святоотеческой традиции? В чем состоит пагубное и зловерное влияние грехов? К каким последствиям они приводят запутавшегося в сетях патологических

зависимостей человека? Все эти вопросы являются предметами изучения на первой ступени "Лестницы трезвения".

До занятий в Школе трезвения наши слушатели, как правило, находились в неведении относительно пагубности своих ложных представлений как результата атеистического мировоззрения, которое завело их не только в житейский тупик, но и в бездонную пропасть греха. По мере понимания опасности прежнего образа мыслей идущий по пути трезвения приходит к убеждению о необходимости изменения своего мировоззрения согласно заповедям Божиим.

Начало изменения образа мыслей, усвоение трезвомыслия происходит на второй ступени "Лестницы трезвения". Подчеркнем, что на этом этапе закладываются лишь предпосылки для изменения духовного содержания личности, преображения ума человека. Это становится возможным, если наш слушатель отныне стремится всеми силами души познать основы вечных, евангельских истин, содержащихся в учении святой Православной Церкви. И если такое устремление имеется, то благодать Божия показывает человеку путь к дальнейшему изменению души.

Святитель Феофан Затворник поясняет: "Благодать только говорит грешнику: «Видишь, куда зашел; смотри же, возьми меры ко спасению». Она только изъеет из всегдашних уз его, ставит и держит вне их, давая ему возможность избрать совсем иную жизнь и определить себя на нее. Воспользуется сим - благо ему; не воспользуется, опять будет брошен, опять погрузится в тот же сон и ту же бездну пагубы" [Феофан Затворник. Святитель, 1997].

Общей чертой духовного пробуждения от греховного сна под действием благодати Божией становится недовольство человека всем своим поведением, которое он уже не раз пытался изменить, но последнее, как правило, удавалось лишь ненадолго и неизменно заканчивалось очередным падением. Теперь преодолевающему зависимости нужно помочь взойти на ступень духовного трезвения.

На третьей ступени "Лестницы" слушателю Школы предлагается положить начало самопознанию. Отрезвляющемуся человеку придется вести борьбу с собственными негативными чертами характера, которые он приобрел за многие годы своей пьяной жизни. Эти специфические черты характера можно объединить в одно понятие – алкогольная личность. Речь идет о следующем. Если алкоголик прекратил пить, но не изжил основные черты измененной и патологической алкогольной личности, то нормальным человеком он все равно не станет. Что же его ждет? – Возврат к пьяной жизни или глубокий невроз. Как в первом, так и во втором случае человек с алкогольным складом личности доставит себе и своим близким много неприятных минут, часов, дней, недель, месяцев и лет.

Палитра проявлений различных черт измененной алкоголем психики пьющего человека достаточно бесцветна, примитивна и негативна. Базовыми патологическими особенностями и типичными чертами алкогольной личности по нашим наблюдениям (что полностью соответствует литературным научным данным) являются: эгоцентризм; лживость; неблагодарность; тщеславие, самомнение и жажда признания своих несуществующих заслуг; неспособность объективно оценивать многие свои поступки (снижение критической самооценки); завистливость; неуживчивость; желание как можно меньше трудиться, жить легкой и "красивой" жизнью, так, как ее понимает сам алкоголик.

Слушателю Школы трезвения придется осознать не только умом, но и сердцем, что от зависимости (страсти) невозможно избавиться одними лишь собственными силами. Признание собственной немощи в единоборстве с духами злобы поднебесной открывает искренне кающемуся человеку путь к спасению. Самомнение, неведение, нежелание признать свою болезнь делает человека не излечимым никакими средствами. Именно потому апостол Иоанн Богослов указывает на первоочередную необходимость видения своих грехов;

"Если говорим, что не имеем греха, - обманываем самих себя, и истины нет в нас" (1 Ин. 1: 8). Признать свою немощь – признать истину. Здесь придется немало потрудиться, поскольку, как указывает преподобный Никита Стифат, страсти узнаются с трудом [Преподобный Никита Стифат, 1993]. В процессе познания себя, своих немощей человек готовит свою душу для духовного преображения.

По мере осознания невозможности спастись только собственными силами, по мере понимания, что зависимость – тяжелейшая и опаснейшая болезнь тела, души и духа, по мере сокрушения сердечного за свое настоящее гибельное состояние пьяница начинает видеть крайнюю нужду в Спасителе. И по благодати Божией обретает веру в Него. Такая вера действительно спасает человека. Еще раз подчеркнем, что уповать лишь на собственные силы в избавлении от пагубной зависимости крайне опасно, поскольку любая чрезмерная самонадеянность неизбежно приводит к фиаско. Нередко полностью уверенный в себе "трезвенник", порой неожиданно для самого себя, возвращается в свое прежнее рабское состояние запойного алкоголика. Этот духовный бумеранг всегда возвращается назад. И мы часто наблюдаем на судьбах разных самонадеянных людей рецидив их болезни.

Если человек понял свою немощь, отбросил пагубную самоуверенность, то ему необходимо помочь взойти на четвертую ступень "Лестницы трезвения" – обрести основы смирения. Именно преодоление гордости («я избавлюсь от зависимости сам») и обретение смирения («я надеюсь на избавление по милости Божией») – открывают нам возможность исцеления от питейной страсти, "потому что Бог гордым противится, а смиренным дает благодать" (1 Петр. 5: 5).

Благодать Божия дается человеку не за добродетель и не за труды преодоления жизненных препятствий, но за рождающееся в скорбях и трудах смирение. Нет смирения – напрасны все труды, все добродетели. Почему? Потому что добродетель (например, трезвость) и понесенные труды ради ее обретения при отсутствии смирения приводят к еще более ужасному состоянию нежели пьянство – гордости. Печальные примеры тому, к сожалению, встречаются увы нередко.

Пятая ступень "Лестницы трезвения" – познание спасительных истин православной веры. Святитель Иннокентий, Митрополит Московский и Коломенский, пишет так: "Иисус Христос учением Своим разогнал тьму неведения и заблуждений ума человеческого, и весь мир просветил светом Евангелия. И теперь всякий, кто только хочет, может познавать волю Божию и путь, и средства к своемзг блаженству" [Святитель Иннокентий Московский, 1997]. Подчеркнем, что в Школе трезвения не навязывается православное мировоззрение. Но в лоне Церкви преподается лишь то, что проверено многовековым духовным опытом подвижников православного благочестия.

Возможно ли полностью избавиться от страсти, не прибегая к духовному просвещению? Наш опыт показывает, что нет – невозможно. Прежде всего, потому, что с момента совершения первородного греха, падения Адама, человечество духовно повредилось: "непослушанием одного человека сделались многие грешными" (Рим. 5: 19). Это духовная поврежденность, говоря словами Митрополита Иерофея (Влахоса), выразилась в ослеплении, помрачении ума: "Мы с достаточной точностью можем утверждать, что падение человека или состояние наследственного греха заключается <...> в утрате умом способности функционировать правильно" [Митрополит Иерофей Влахос, 2004].

Неправильное функционирование человеческого ума невозможно вылечить лекарствами или исправить усилиями человеческой воли. Его можно скорректировать лишь с Божией помощью. Здесь еще раз уместно заметить, что те, кто помышляет преодолеть алкогольную или табачную запрограммированность сознания без духовного преображения, навряд ли добьются стойких и длительных результатов. Но даже если подобное временное "выздоровление" и случится, то возгордившийся мнимой "трезвостью" человек рискует

оказаться в плену других страстей – "семи злейших", чем бес пьянства, "нечистых духов". Ведь, по словам Спасителя: "Когда нечистый дух выйдет из человека, то ходит по безводным местам, ища покоя, и не находит; тогда говорит: возвращусь в дом мой, откуда я вышел, и иршед находит его незанятым, выметенным и убранным; тогда идет и берет с собою семь других духов, злейших себя, и вошедши живут там; и бывает для человека того последнее хуже первого" (Мф. 12: 43-45).

Преподобный Максим Исповедник пишет, что помрачение ума вследствие грехопадения проявляется в четырех видах: "во-первых, в ложном знании, во-вторых, в неведении чего-либо всеобщего <...> в-третьих, в страстных помыслах, в-четвертых, в соизволении на грех" [Преподобный Максим Исповедник, 1993]. Следовательно, возникает первоочередная потребность в лечении человеческого ума, которое святые отцы Православной Церкви называют оживлением, обновлением или очищением. О том, к примеру, говорил Господь Иисус Христос фарисеям, которые заботились только о своем внешнем виде, но пренебрегали внутренней чистотой ума (Мф. 23: 26).

Оживление, очищение, уврачевание ума совершается только при содействии благодати Божией, которая подается смиренному человеку, противоборствующему греху, из последних сил, до "крови", сражающемуся против страстных помыслов, тем самым просвещая свой ум светом евангельской истины. Так умственная часть души, "очищаясь мало-помалу скорбями подвигов, приходит в свое естественное" состояние [Преподобный Авва Дорофей, 1900].

Подчеркнем, что именно учение Господа нашего Иисуса Христа, два тысячелетия хранящееся не искаженным в Православной Церкви, делает ум человека свободным от всякого рода лукавых заблуждений. Святоотеческая традиция дает возможность человеку духовно познавать волю Божию, обновляя, очищая и просвещая дух, душу и тело. Потому апостол Павел и взывает к чадам Христовым: "...не сообразуйтесь с веком сим, но преобразуйтесь обновлением ума вашего, чтобы вам познавать, что есть воля Божия, благая, угодная и совершенная" (Рим. 12: 2).

Именно православная система мировосприятия позволяет заблудившемуся в жизни, разочаровавшемуся и отчаявшемуся человеку найти ответ на сложнейшие духовно-нравственные вопросы, обрести верные жизненные ориентиры, духовно пробудиться. Первый признак такого пробуждения – беспокойство о здоровье своей души, стремление приложить усилия для своего исцеления от пагубных пристрастий.

Шестая ступень – центральная не только в результате своей расположенности в центре "Лестницы трезвения", но и в силу ее главенствующего значения для духовной жизни каждого человека. На этой ступени зависимому человеку предстоит самостоятельно принять решительные намерения:

- 1) прекратить саморазрушение личности одурманивающими веществами;
- 2) начать жить по заповедям Божиим.

Безусловно, точно выражает сущность православного учения по данному вопросу святитель Феофан Затворник, когда говорит, что твердое намерение бросить грех и начать добрую жизнь есть важнейший, коренной, момент в деле духовного оздоровления [Феофан Затворник. Святитель, 1997].

Намерение – это твердый замысел сделать что-то конкретное. Сюда входят и чувственное желание, и осмысленное понимание, и волевое усилие. Таким образом, в твердом намерении действовать участвуют все составляющие личности человека, что во многом гарантирует успех начинания. Святые отцы Православной Церкви утверждают, что Бог не спасает нас без нас самих, а святитель Иоанн Златоуст поясняет: "Верен Бог и, дав обещание спасти нас, несомненно, спасет; но - как обещал. А как Он обещал? Если мы сами

будем иметь намерение, если будем повиноваться Ему, а не просто, не тогда, когда будем пребывать в бездействии, подобно камням и деревьям" [Иоанн Златоуст, святитель, 1905].

Седьмая ступень "Лестницы трезвения" – заключается в надежде на избавление от патологической зависимости, путем смиренного соединения своей воли с волей Божией. В чем заключается воля Божия? В спасении человеческих душ. По слову апостола Павла, Бог "хочет, чтобы все люди спаслись и достигли познания истины" (1 Тим. 2: 4).

Повторим еще раз: человеку, подвизающемуся на поприще борьбы со змием пьянства или табачным бесом, следует, насколько удастся, оставить самомнение, воспринять сердцем основы смирения и, с Божией помощью, попытаться обрести смиренномудрие. Наш опыт утверждения трезвости полностью согласуется со словами прославленного афонского старца Паисия Святогорца: "Но, что ни говори, я убедился в том, что если, подвизаясь, человек все равно продолжает спотыкаться и не меняется, то причина в его эгоизме, себялюбии и своекорыстии. Такому человеку не хватает смирения и любви, и это препятствует божественному вмешательству. Сам человек не дает Богу ему помочь. К примеру, если Бог поможет такому человеку преодолеть какую-то страсть, то он припишет это себе и возгордится, потому что решит, что справился со своей страстью сам – без Божией помощи" [Паисий Святогорец, 2003].

Как человек не может видеть без глаз или говорить без языка, точно также он не в состоянии преодолеть свою зависимость без Божией благодати, которая имеет основополагающее значение в деле очищения человеческой души от страстей. Соединить свою волю с волей Божией фактически означает иметь всецелое упование на Бога, максимально стремясь исполнять Его заповеди.

Воля Божия в первую очередь состоит в том, чтобы человек искренне, с сокрушенным сердцем раскаялся пред Любящим Отцом. Именно потому на восьмой ступени "Лестницы трезвения" слушателям нашей Школы предлагается совершить покаяние и Исповедь. В соответствии со Священным Писанием и святоотеческой традицией, понятия покаяния и Таинства Исповеди следует разделять. Покаяние человек может совершать всегда, в молитве раскаиваясь пред Богом за совершенный грех. Но Таинство Исповеди возможно только в присутствии священнослужителя и, как правило, в Церкви.

Примером истинного покаяния могут служить дневники святого праведного Иоанна Кронштадтского, в которых он тотчас после малейшего совершенного прегрешения (пусть даже мысленного) приносил покаяние Господу нашему Иисусу Христу. Исповедь, как Церковное Таинство, осуществляется через священника Самим Богом, при условии покаяния грешника. Таким образом, Таинство Исповеди и покаяние сочетаются и взаимодополняют друг друга. И, в конечном счете, Исповедь становится финалом покаяния. Прохождение восьмой ступени "Лестницы трезвения" предполагает воцерковление слушателей, крещенных в Православной Церкви. А также принятие Таинства Крещения для некрещеных, но желающих встать на путь православия.

Покаяние (по-гречески – метанойя) переводится как изменение, преобразование ума. Благотворное изменение ума неизбежно укрепляет веру в Бога. Мы обращаем внимание слушателей Школы трезвения еще и на то, что вера должна становиться деятельной. По словам апостола Иакова: "Что пользы, братия мои, если кто говорит, что он имеет веру, а дел не имеет? может ли эта вера спасти его? <...> вера без дел мертва" (Иак. 2: 14, 20).

Покаяние, выражаемое в делах веры, для больных зависимостью людей предполагает, в частности, их личное участие в утверждении православной трезвости в нашем современном обществе. Оно может выражаться в распространении православной трезвеннической литературы, в материальной поддержке Школы трезвения, а также иных формах, которые каждому нашему слушателю предлагается избрать самостоятельно, соразмерно своим талантам и возможностям.

Девятая ступень "Лестницы трезвения" – пост как добровольная и сознательная форма самоограничения. Это самоограничение для зависимых людей в первую очередь предполагает полный отказ от всех видов одурманивающих веществ. Важнейшее средство обретения трезвой жизни – тобет трезвости как церковная форма отказа от алкоголя и табака.

Пост – не только ограничение для желудка. Пост вводит человека в духовное очищение ума. "Пост, будучи по наружности законом для чрева, в сущности есть закон для ума, - пишет святитель Игнатий (Брянчанинов). – Ум, этот царь в человеке, если желает вступить в права своего самодержавия и сохранить их, должен прежде всего подчиниться закону поста. Только тогда он будет постоянно бодр и светел; только тогда он может властвовать над пожеланиями сердца и тела; только при постоянной трезвости он может изучать заповеди евангельские и следовать им. Основание добродетелей – пост <...> Очищенный постом <...> способен к приятию Божественной благодати" [Святитель Игнатий Брянчанинов, 1996].

Десятая ступень "Лестницы трезвения" – молитва, основанная на посте. Святитель Игнатий (Брянчанинов) указывает: "Глава добродетелей – молитва; их основание – пост <...> Молитва бессильна, если не основана на посте, и пост бесплоден, если на нем не создана молитва <...> Пост отрешает человека от плотских страстей, а молитва борется с душевными страстями, и, победив их, проникает весь состав человека, очищает его; в очищенный словесный храм она вводит Бога" [Святитель Игнатий Брянчанинов, 1996].

На этой ступени человек, избавляющийся от зависимости, проходит курс научения домашней и церковной молитве, для чего в Школе трезвения проводятся специальные пастырские беседы. Кроме того, уже много лет среди наших слушателей существует добрая традиция собираться на акафист иконе Божией Матери "Неупиваемая Чаша". На эту соборную молитву приходят как те, кто уже много лет ведет трезвый образ жизни, так и желающие с Божией помощью преодолеть свою пагубную страсть.

Одиннадцатая ступень "Лестницы трезвения" – воцерковление. Как уже неоднократно отмечалось, духовные истоки страстей исцеляются в духовной Лечебнице – Православной Церкви. Именно в храме, посредством священника, имеющего благодатный дар священства, во время совершения Таинств Исповеди и Причастия может произойти восстановление нарушенных отношений человека с Всеблагим Богом. В этом случае

Любящий Отец непременно исцелит блудного сына от оков тяжелейших страстей. Это происходит путем таинственного воздействия непостижимой благодати Божией на дух, душу и тело человека.

Внимание слушателей Школы трезвения мы обращаем на благоговение, которое необходимо в себе воспитывать, особенно в храме при совершении Церковных Таинств. Как говорил старец Паисий Святогорец, "благоговение есть величайшая добродетель, потому что человек благоговейный привлекает к себе благодать Божию, он становится приемником благодати, и она естественно пребывает с ним" [Паисий Святогорец, 2003]. Также важно понимать, что благодать Божия пребывает в том человеке, который всегда помнит, Кому он обязан исцелением от страсти и не забывает с благодарности Богу, искренне стремясь исполнить Его святые евангельские заповеди.

Исполнение заповедей Божиих должно строиться на внутреннем к тому расположении сердца, на ревности о Богоугождении. Святитель Феофан Затворник поясняет: "Как, удерживаясь внешне от дел греховных, можнс питать к ним привязанность или соуслаждение в сердце, так равно, делая правые дела внешне, можно не иметь к ним расположения сердечного. Только истинная ревность как добро хочет совершать во всей полноте и Чистоте, так и грех преследует до малейших его оттенков. Первого ищет она как насущного хлеба, с последним поступает как с врагом смертельным". Чем же поддержать такую истинную ревность? Святитель Феофан отвечает: "Купец, воин, судья, ученый проходят службу

многозаботливую и многотрудную. Чем поддерживают они себя в трудах своих? – Воодушевлением и любовью к своему делу. Ни чем иным можно поддержать себя и на пути благочестия" [Святитель Феофан Затворник, 1997].

Воспитывать любовь к своему делу, поддерживать воодушевление жить трезво, благочестиво наперекор своей лени, при желании, вполне возможно для каждого. Помощью в том нам служат православные общества и братства трезвости, которые в наше время возрождаются во многих городах России. Православная трезвенническая работа дает нам возможность явить себя ревностным исполнителем добрых дел во славу Божию. Без таковой ревности, какие мы христиане? Разве естественно для православного христианина жить вяло, теплохладно, расслабленно? Подчеркнем, что мы ведем речь не об отдельных добрых поступках, совершаемых время от времени каждым человеком, а о перерождении всей человеческой жизни, о жизни новой, которая приводит человека ко спасению. Будем помнить, что все земные дела, как говорил преподобный Серафим Саровский, должны в первую очередь стать средством для основной христианской цели – стяжание Духа Святаго Божьего и приготовление к Отечеству Небесному.

Двенадцатая ступень нашей "Лествицы" – трезвение, сущностью которого является отсечение поводов к возобновлению пагубной привычки. Трезвение основывается на истинной ревности о Богоугождении.

"Истинная ревность о Богоугождении преследует грех в малейшем о нем напоминаниях или намеках, ибо ревнует о решительной чистоте. Не будь этого, сколько нечистоты может залечь в сердце" [Святитель Феофан Затворник, 1997].

Что необходимо учесть, чтобы избежать возобновления пагубного пристрастия? Необходимо постоянное внимание к себе, своим помыслам, своему внутреннему состоянию, чтобы вовремя замечать и молитвенно преодолевать различные искушения. Такая невидимая борьба за спасение души на святоотеческом языке называется трезвением. Эта борьба начинается с отсечения вредных помыслов и принятия помыслов добрых, поскольку действие страсти на душу человека происходит именно через помыслы.

Духовное трезвение – не только борьба с помыслами. По слову святителя Игнатия (Брянчанинова), в сущность трезвения входят: "Усердие ко всякому доброму делу. Неленостное исправление церковного и домашнего (молитвенного) правила. Внимание при молитве. Тщательное наблюдение за всеми делами, словами и помышлениями своими. Крайняя недоверчивость к себе*. Непрестанное пребывание в молитве и слове Божиим. Благоговение. Постоянное бодрствование над собой. Хранение себя от многого сна, изнеженности, празднословия, шуток и острых слов <...> Воспоминание о вечных благах, желание и ожидание их" [Святитель Игнатий Брянчанинов, 1996]. Надо ли пояснять, что двенадцатая ступень не оканчивается во времени. Она продолжается вплоть до завершения самой земной человеческой жизни.

Итак, в процессе духовно-нравственной реабилитации зависимому человеку нами предлагается сделать двенадцать шагов по "Лестнице трезвения":

- I ступень: очищение сознания от пагубных мнений;
- II ступень: усвоение трезвомыслия;
- III ступень: познание себя, понимание, что от зависимости (страсти) невозможно полностью избавиться только лишь собственными силами или излечиться медицинскими методами;
- IV ступень: обретение основ смирения;
- V ступень: познание спасительных истин православной веры;
- VI ступень: принятие решительного намерения жить по заповедям Божиим, прекращение саморазрушения личности одурманивающими веществами;
- VII ступень: соединение личной воли с волей Божией;

- VIII ступень: покаяние и исповедь;
- IX ступень: пост как форма сознательного самоограничения;
- X ступень: молитва;
- XI ступень: воцерковление;
- XII ступень: духовное трезвение.

Особенно не следует в процессе духовного лечения полагаться лишь на собственные силы.

Завершая описание "Лестницы трезвения" и духовного освобождение от зависимостей, как итог вышесказанного мы приводим укрепляющие нашу веру и надежду на спасение слова первоверховного апостола Петра; "...покажите в вере вашей добродетель, в добродетели рассудительность, рассудительности воздержание, в воздержании терпение, в терпении благочестие, в благочестии братолюбие, в братолюбии любовь. Если это в вас есть и умножается, то вы не останетесь без успеха и плода в познании Господа нашего Иисуса Христа" (2 Петр. 1: 5-8).

В заключение описания "Лестницы трезвения" считаем необходимым на основании личного опыта утверждения трезвости назвать критерии успешного преодоления алкогольно-табачной зависимости. Именно по тем изменениям личности человека, которые указывают на духовное выздоровление можно судить о прогнозе и результатах предполагаемого исцеления.

1. Отсутствует влечение к одурманивающим веществам - страсть не терзает душу человека.

2. Имеется четкое понимание необходимости сохранения трезвости во всех жизненных ситуациях.

3. Исчезают демонстративные черты характера – бахвальство, игра на публику, стремление к показухе.

4. Лживость - уступает место правдивости.

5. Высокомерие, тщеславие, самомнение, жажда признания несуществующих заслуг – заменяются на смирение.

6. Неуживчивость и конфликтность - перестают проявляться и служить пусковым механизмом невротических нарушений.

7. Исчезает безудержное осуждение.

8. Желание как можно меньше трудиться, жить легкой и "красивой" жизнью – сменяется ответственным отношением к своим социальным обязанностям.

9. Исчезает толерантное отношение к происходящим в стране событиям – появляется патриотизм, стремление помогать высокому делу утверждения трезвости.

10. Идет процесс воцерковления, приобщения к исконным национальным культурным и духовным ценностям.

Следует отметить, что в настоящее время, в соответствии с положениями "Лестницы трезвения", в Санкт-Петербургской епархии при отделе по противодействию наркомании и алкоголизму проводится большая трезвеническая работа.

1. В Школе трезвения Свято-Троицкой Александро-Невской лавры.

2. В клубе "Бодрствование" во имя святого мученика Вонифатия при Церкви во имя иконы Божией Матери "Неупиваемая чаша" на заводе АТИ.

3. В соборе Святой великомученицы Екатерины в городе Луге при Александро-Невском Обществе трезвости [Цыганков В. А., 2004].

Попавшие в зависимость от алкоголя и наркотиков больные люди являются пусть даже невольными, но противниками веры Христовой.

А верующий врач является рабом Божиим. По словам апостола Павла, «рабу же Господа не должно ссориться, но быть приветливым ко всем, учительным, незлобивым, с

кротостью наставлять противников, не даст ли им Бог покаяния к познанию истины, чтобы они освободились от сети диавола, которой уловил их в свою волю» (2 Тим. 2: 24-26).

В своем «Обращении ко всем работающим в госпиталях для нервнобольных» архимандрит Виталий, впоследствии Первоиерарх Русской Православной Церкви за границей, говорил: «По учению архиепископа Иннокентия Херсонского, в человеческом теле в некоей тончайшей сети, сотканной из нервов, восседает душа. Эта сеть является пределом телесности в теле и в то же время способом для души выразиться в нем. Нервы – это последние конечности материальности в человеке, которые ее ограждают от другой плоскости духовного мира и в то же время служат материальным посредником для тела ощущать этот потусторонний мир. Таким образом, когда мы своими ли переживаниями, непокорностью воле Божией в горе, беспутной жизнью или излишествами всякого рода повреждаем свою нервную систему, то в этой тонкой, хрупкой сети образуются некие скважины, в которые врываются темные силы, обитающие в области земли, месте изгнания сатаны и всего воинства его. Не Божья же сила, ни Дух Святой будет обитать в этом человеке, растлившем самопроизвольно храм своей души – свое тело.

Другой род душевного заболевания бывает при полном здоровье нервной системы, что в собственном смысле называется одержимостью, но, в сущности, Церковь не делает разницы и оба случая называет одержимостью. Священное Писание помогает нам понять причины этих страшных заболеваний: одни попустием Божиим захватываются темной силой, потому что Господь видит, что разум свой они будут использовать себе на гибель. Других Господь попускает впасть в эту немощь, чтобы отвратить от какого-нибудь страшного греха по слову ап. Павла: "Предать сатане во измождение плоти, чтоб дух был спасен в день Господа нашего Иисуса Христа" (1 Кор. 5: 5).

Но даже в этом страшном состоянии душа человеческая, созданная по образу и по подобию Божью, не может быть полностью захвачена темной силой. Сатана укрывается, как вор, в некоем промежуточном месте между разумом, отдающим приказание и всеми членами, которые исполняют их. Дьявол перехватывает эти приказы и заставляет члены наши исполнять то, чего сама душа не хочет. От этого постоянного противоречия самой себе, от этого насилия душа одержимая невероятно страдает. Вспомните их дикие крики, вопли, их нечеловеческие стоны, - это кричит душа, которую насилуют темные силы. В таких страшных муках находится душа одержимого человека, и многое она искупляет в этих страданиях. Преподобный Серафим Саровский, святой Иоанн Кронштадтский и многие другие подвижники отказывали в исцелении тому или другому одержимому, ибо увидели своим духовным оком, что одержимость для них более спасительна, чем возвращение им разума» [Виталий, архимандрит, 1996].

«Нам надо быть внимательными, чтобы не принимать лукавых телеграмм диавола, - предупреждает старец Паисий, - Принимая их, мы оскверним "Храм Духа Святаго", от нас удалится Благодать Божия, в результате чего мы (духовно) ослепнем. Увидев наше сердце непорочным, чистым, Святой Дух приходит и обитает в нем. Ведь Святой Дух любит непорочную чистоту. Поэтому Он и явился (на Иордане) в виде голубя.

Для того чтобы кто-то пришел к свету Христову, он должен захотеть выйти из греховной тьмы. Давайте возьмем в пример человека, который оказался в темном погребе и по оплошности захлопнул за собой дверь. Увидев, как через какую-нибудь дырочку в погреб пробивается луч света, он идет на этот свет, потихоньку расширяет отверстие, находит дверь и выходит наружу. Так же и человек, находящийся во тьме греха: с того момента, как он почувствует добро необходимостью и в него войдет добрая обеспокоенность, он будет прилагать усилия, чтобы выйти из этого мрака. Сказав: "То, что я делаю, - неправильно, я сбился с пути", человек смиряется, к нему приходит благодать Божия, и в дальнейшем он живет правильно.

Для того чтобы прекратить впадать в грех, человек должен стараться избегать всего того, что провоцирует его на этот грех. К примеру, если пьяница хочет получить помощь и бросить пить, то он не должен проходить даже близко от пивной. <...> Если он падает при том, хотя и прилагает необходимые старания к исправлению, то у него есть некоторые смягчающие вину обстоятельства. Вначале изменить свою жизнь нелегко. Однако, действительно поняв, насколько тяжелы грехи, которые он совершил, человек перестает в них впадать. <...> Таким людям нужно быть очень внимательными. И когда у них появляются различные образы или помыслы из их прежней жизни, им надо изгонять их как помыслы хульные. Такое изгнание будет доказательством того, что они уже не принимают эти помыслы, что их (духовный) организм реагирует на них (отрицательно).

Если человек держит [в себе] пусть даже и "немного левый", то есть злой, помысел о ком-то, то какой бы подвиг он ни совершал - посты, бдение или что-то еще, - все пойдет насмарку. Чем поможет ему аскеза, если он не борется против злых помыслов, но принимает их? Почему он не хочет сначала очистить сосуд от грязного масляного отстоя, пригодного лишь на мыло, а только потом влить в него чистое масло? Зачем он смешивает чистое с нечистым и делает чистое ни на что не годным?

Один чистый, добрый помысел обладает силой большей, чем любой аскетический подвиг» [Паисий Святгорец, 2003].

Вот что говорил по этому же поводу святой праведный Иоанн Кронштадтский: «Иди с миром и постарайся не грешить, не допускай прежде всего мыслей греховных: после мыслей придут дела худые, тогда труднее бороться. Если почувствуешь тяжесть борьбы и увидишь, что тебе не справиться со злом самому, беги к духовному отцу и проси приобщить тебя Святых Тайн. Это великое и всесильное оружие в борьбе с пьянством. Не стыдись перед священником назвать свои грехи настоящим именем и не скрывай сего в душе своей. Иначе нельзя получить прощения и силы в борьбе. Православная Церковь никому из сынов своих не отказывает в Святых Таинствах, а литургия совершается у нас ежедневно.

<...> Братия, - взывал к русскому народу кронштадтский пастырь сто лет назад, - пьянство - дьявольская сеть, дьявольская отравка, ибо пьянство губит души человеческие, а вместе с душами и тела. Что такое питейные дома? Западни дьявола. В домах ставят какую-нибудь посуду с мухоморной водой для изведения мух: мухи напьются ее, опьянеют, а потом издыхают. Подобно этому и питейные дома. Вино, не в меру принятое, человекоубийственная вещь, а человек жаден, это его природная немощь, унаследованная от прародителей. Винопродавцы, простите мне, - не человекоубийцы ли вы? Как так? Очень просто. Человек, особенно простой, необразованный, да и всяк, - слаб, грешен: его легко втравить во всякий порок. А содержатели питейных домов втравляют бедный народ в пьянство. Но, горе тому человеку, говорит Спаситель, через которого соблазн приходит, потому что Сын Человеческий, Сын Божий пришел "взыскать и спасти погибающих". Горе строящим и умножающим питейные дома, в которых люди гибнут телесно и душевно, как мухи от мухоморной жидкости, а содержатели этих домов виновны в их гибели. Если содержатели питейных домов и те, кои попускают им строить их во множестве, хотят заслужить помилование на Страшном суде Господа, да очистят немедленно питейные дома от вина и пусть обратят их в жилые дома или для других настоящих надобностей: время перестать играть вином и губить тела и души бедного народа. А вы, люди Господни, немедленно прекратите пьянствовать и разорять себя и свои семейства. Именем Господним умоляю вас: бросьте пьянство и особенно по воскресеньям, праздничным дням. Дни Господни надо святить воздержанием, молитвой, добрыми делами, а не осквернять пьянством, буйством, сквернословием и другими непотребными делами. Не растлевайте себя пьянством, помните, что ваши тела – нерукотворные храмы Духа Святого и, "если кто разорит храм Божий, того покарает Бог, ибо храм Божий свят; а этот храм – вы". Стало быть,

и здесь подвергнет болезням и при кончине самому смрадному тлению, а в будущем веке – вечному тлению в вечном огне».

« - Батюшка, - в свое время говорил ему один писатель, - я всегда и в настоящее время особенно настойчиво ратую против пьянства и тех, кто спаивает народ водкой. Но находятся люди, которые негодуют на это, обвиняют меня в пристрастности, говорят, что преувеличиваю...

- Пишите, дорогой, пишите! - засверкали вдохновением глаза пастыря кронштадтского. - Больше пишите, я вас благословляю на это! Никого не слушайте и ни на кого не смотрите! Вы получите награду от Господа, если больше будете писать! Нет зла столь великого, нет врага сильнеешего, как народное пьянство. Хорошо делает ваш редактор, что восстает против этого врага Церкви, нравственности, семьи и народа от мала до велика!» [Горбачева Н. Б., 1999].

Метод ДОП ЦЗ имеет опытно сформировавшуюся и строго продуманную последовательную структуру: он сочетает этапы групповой и индивидуальной духовно ориентированной психотерапии на православной основе. В рамках этих организационных форм выделяются этапы доврачебной (непосредственно при обращении), врачебной и церковной помощи.

Важнейшие отличия духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зарока на православной основе от массовой эмоционально-эстетической стрессовой психотерапии – это дальнейшее углубленное осознание и преодоление духовной зависимости, выработка правил и практических приемов духовной безопасности (в первую очередь, борьба с мыслями), интуитивно соборно развиваемых верующими врачами-специалистами под окормлением Церкви. Кроме того, мы хотели подчеркнуть в новом названии метода ДОП ЦЗ его более глубокую, постоянно возрастающую духовную ориентацию на православной основе (по мере дальнейшего личного воцерковления врачей и сотрудников МИРВЧ, их духовного роста), а также обязательное разделение медицинской и церковной частей лечения (по благословению Церкви), при полномправном сотрудничестве медицины и Церкви.

Если при проведении ЭЭСПТ понятие духовной зависимости лишь интуитивно нащупывалось, а священник принимал непосредственное участие в структуре психотерапевтического сеанса с проповедью и молебном в период с 1991 по 1994 г., то после введения в 1994 г. метода ДОП ЦЗ по настоящее время медицинское лечение проводится отдельно от церковного, а духовная зависимость теперь рассматривается как снижение способности самого человека бороться с внешними навязчивыми мыслями и тем самым противостоять злу. Одни больные, которые лечатся в Международном институте резервных возможностей человека, сегодня дают только медицинский (лечебный) зарок. Другие решают пойти в храм для участия в Божественной Литургии, где во время Таинства Исповеди, при свидетельстве и разрешительной молитве священника перед Крестом и Евангелием приносят еще и церковный (целебный) зарок – Богу. По своему желанию люди могут давать медицинский и церковный зарок как вместе, тот и другой, так и порознь.

К сожалению, в современной России еще не устоялись многие социальные и общественные ценности, нет единой, понятной всем идеи общественного развития государства в целом и отдельной личности в частности, поэтому возникают гедонистские настроения: стремление без труда получить все, сразу и сейчас. Душа человека опустошена, и, по нашему мнению, именно вера в высшее духовное начало – в Бога – призвана исцелить и спасти душу, оказать ей поддержку, раскрыть истинный смысл жизни и заполнить образовавшийся современный духовный вакуум, погружающий душу в адскую бездну отрицательных психо-эмоциональных состояний (в том числе и депрессии).

Несомненно, метод духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зарока на православной основе, построенный на проверенном многолетней практикой фундаменте массовой эмоционально-эстетической стрессовой психотерапии, сохраняет не только ее этапы, но и важнейшие принципы краткосрочности и экономичности, столь популярные сегодня в концепциях развития современного психотерапевтического сообщества. А ведь совсем недавно эти принципы категорически отвергались комплексными многоэтапными подходами в лечении человека, но время внесло свои коррективы. При этом эффективность лечения патологических зависимостей методом ДОП ЦЗ не только не снижается, но, по данным центра информации МИРВЧ, наоборот, повышается приблизительно на 10-15% по сравнению с эффективностью ЭЭСПТ. Метод целебного зарока является сегодня доступным для самых широких слоев общества, которые, по мнению выдающегося немецкого психиатра и политика середины XX века К. Ясперса, становятся народом лишь тогда, когда обретают единую веру. Без веры люди остаются лишь разобщенной человеческой массой или же превращаются в плохо организованных зрителей.

Корректировка отдельных этапов и элементов лечебного сеанса постоянно проводилась под пристальным духовным руководством протоиерея Василия Лесняка; после его кончины 6 мая 1995 г. – протоиереем Михаилом Уляхиным в Белоруссии (Полоцк – Витебск) и протоиереем Михаилом Сечейко, другом и однокурсником по Ленинградской духовной академии отца Василия, взамен него назначенным настоятелем Спасо-Парголового храма в Санкт-Петербурге (а также и другими священниками этой церкви), при постоянном архипастырском окормлении приснопамятного Владыки Иоанна (Снычева), впоследствии ныне здравствующего Владыки Владимира (Котлярова) Митрополита Санкт-Петербургского и Ладожского. Указанные выше духовные отцы и архиереи Русской Православной Церкви явились как наставниками, так и полноправными и активными соработниками в создании метода ДОП ЦЗ (наряду с врачами-специалистами), ведь именно под их духовным окормлением проходило становление нового, православного психотерапевтического направления.

В окончательном варианте медицинская и церковная части именно по благословению владыки Иоанна с 1994 г. стали проводиться отдельно. После психотерапевтического лечения в Международном институте резервных возможностей человека и принесения перед врачами медицинского (лечебного) зарока желающие посещали Спасо-Парголово-Скитский храм, где во время Таинства Исповеди перед Крестом и Евангелием давали зарок, который мы определили как церковный (целебный).

После принятия зарока за пациентами сохранялась полная свобода выбора по добровольному освобождению от своего обета или снятию его при нарушении. Следует отметить: если зарок был засвидетельствован лишь врачом (медицинский или лечебный зарок), то снимал его только врач, а в том случае, когда зарок приносился на Кресте и Евангелии во время индивидуальной исповеди (церковный или целебный зарок), принять покаяние в его нарушении или даже освободить человека от зарока мог лишь Господь на Таинстве Исповеди при свидетельстве священника. Если больной нарушал и медицинский, и церковный зарок, то обращался он как к врачу, так и к священнику.

Индивидуальная коммуникация с пациентом во время его психотерапевтического взаимодействия с врачом на этапах ДОП ЦЗ имела характер вербальный и деятельный; деятельное участие, в свою очередь, заключало в себе процедуру вербальной и сакральной (Таинства) формы. В зависимости от нозологической формы – видов плотоугодия с их клиническими и психологическими проявлениями – духовно ориентированная психотерапия в форме целебного зарока на православной основе применялась с учетом групповой стратификации. Лечебные сессии проводились отдельно по профильным группам - это было вызвано спецификой разъяснений, примеров и рекомендаций во время беседы. Терапия

осуществлялась в группах пациентов, страдающих наркоманиями, алкоголизмом, никотинизмом, игроманиями и тревожностью,

В зависимости от факторов риска при возникновении патологических влечений, особенностей премоурбиды и других статистически и прогностически значимых социально-психологических и клинических показателей возможна дальнейшая разработка новых вариантов метода ДОП ЦЗ. Например, при патологическом влечении к всевозможным бессмысленным покупкам, патологическом нежелании отдавать долги и т. п. В связи с этим напрашивается вопрос: где граница жадности (нахальства) и патологии? Может быть, - жить в долг, что так характерно для современного общества? При этом категорически необходимо сохранять и развивать основополагающие принципы: духовности, стрессовости, краткосрочности, доступности и экономичности, а также последующее (индивидуальное и групповое) психотерапевтическое и реабилитационное сопровождение пациентов.

На первый взгляд может показаться, что между терминами духовный и стрессовый существует несовместимое противоречие, но это не так. Под стрессом мы понимаем определенное психическое состояние человека, включающее психосоматические резервные возможности (реализующиеся через самовнушение) для преодоления экстремальных жизненных ситуаций. Человек создан для преодоления трудностей, но необходимо, чтобы стресс проявлялся и включал резервы не только на биологическом, но, что особенно важно для перестройки личности, и на духовно-нравственном уровне.

В методе А. Р. Довженко под стрессовостью подразумевался внушенный врачом страх физической смерти при нарушении режима трезвости, в методе же ДОП ЦЗ под стрессом понимается в первую очередь страх Божий, а также смирение (слышание врача) и покаяние (осознание себя больным), что приводит к нравственному потрясению личности, ее духовному очищению, разрушению наркотического мировоззрения и «наркотической нравственности» как доминанты «патологической духовности».

(Как уже сказано выше, мы рассматриваем понятия духовность и нравственность как родственные.) Поэтому термины «духовный» и «стрессовый» всецело взаимодополняют друг друга в сути и названии самого метода духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зорка на православной основе, а также указывают на его ведущие духовно-нравственные, душевно-психологические, психофизиологические и психосоматические механизмы, проявляющиеся в неразрывной целостности и триединстве исцеления духа, души и тела.

По мнению современных исследователей православной психологии, Константина и Софии Литвиненко, «Дух – есть божественная природа человека, созданная для общения с Богом, проявляющаяся через страх Божий, совесть и молитву. Душа – это часть человека, делающая его способным жить в обществе, посредством ума (интеллекта, способностей), воли, эмоций, чувств и характера. А тело – "дом", в котором живут и проявляют себя душа и дух. Проявление тела – питание, движение, органы чувств» [Литвиненко К. Л., Литвиненко С. В., 2006].

По нашим данным, результаты лечения и реабилитации больных наркоманиями, алкоголизмом, табакокурением, игроманиями и другими болезненными влечениями зависят не только от метода психотерапевтического воздействия, но и от реабилитационного потенциала, включающего в себя стаж заболевания, сопутствующие социальные условия, премоурбиды и установку на лечение. По аналитическим данным центра информации МИРВЧ, на позитивный долговременный результат в равной мере влияют как лечебное психотерапевтическое воздействие, так и реабилитационный потенциал. Таким образом, с научно-медицинской точки зрения, конечный результат лечения зависит от встречи прогностически благоприятного пациента с высокопрофессиональным и любящим больного

врачом. Ведь дар исцеления – это в первую очередь способность врача сострадать больному, сопереживать ему, почувствовать его боль и даже быть готовым взять эту боль на себя.

Общая организационная структура метода ДОП ЦЗ получила письменное благословение Митрополита Санкт-Петербургского и Ладожского Иоанна 16 ноября 1994 г. и полностью соответствует «Основам социальной концепции Русской Православной Церкви», принятой на Юбилейном Архиерейском Соборе в 2000 г. Но еще в 1996 г. патриарх Московский и всея Руси Алексий II и министр здравоохранения А. Д. Царегородцев подписали «Соглашение о сотрудничестве», где говорилось и о совместной работе по организации и обеспечению деятельности церковных обществ и братств трезвости. В 2003 г. было подписано новое «Соглашение о сотрудничестве между Министерством здравоохранения РФ и Русской Православной Церковью». Таким образом, взаимодействие врачей и священников было окончательно узаконено как мирской, так и духовной властью.

Во время совместной работы со Спасо-Парголово-Скитским храмом Санкт-Петербургской епархии, в период с 13 февраля 1994 г. по 22 февраля 2003 г., организационная структура метода духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зорка на православной основе, разработанная врачами-специалистами и духовниками МИРВЧ под научным руководством декана терапевтического факультета Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования Росздрава доктора медицинских наук профессора К. И. Разнатовского включала следующие этапы:

1. Огласительная беседа врача-психотерапевта;
2. Лечебная эмоционально-стрессовая психотерапевтическая беседа, обращенная к пациентам с предложением преодолеть болезненные влечения путем добровольной дачи совместного медицинского (лечебного) зорка;
3. Индивидуальная работа врачей с каждым пациентом для осуществления медицинского (лечебного) зорка;
4. Беседа о покаянии с пациентами, выразившими желание дать церковный (целебный) зорок;
5. Общая исповедь в Церкви после медицинского лечения;
6. Молебен Александре-Невского братства трезвости, утвержденный дореволюционным Святейшим Синодом;
7. Индивидуальная исповедь священнику и принятие церковного (целебного) зорка перед Крестом и Евангелием;
8. Причащение пациентов, готовившихся к этому Таинству, Святыми Дарами, оставленными после Божественной Литургии.

В некоторых случаях перед общей исповедью совершалось Таинство Крещения оглашенных больных.

В связи с переносом дальнейшей работы МИРВЧ и Александро-Невского общества трезвости, по благословию Митрополита Санкт-Петербургского и Ладожского Владимира (Котлярова), в часовню Святых Новомучеников и Исповедников Российских при храме Феодоровской иконы Божией Матери с 23 февраля 2003 г. по 10 декабря 2005 г. и в собор Феодоровской иконы Божией Матери с 14 января 2006 г., схема эта существенно изменилась. Теперь все больные, решившие принять церковный (целебный) зорок, обязательно участвуют в Божественной Литургии, чего не было в Спасо-Парголово-Скитском храме. Божественная Литургия с Александро-Невским братством трезвости служилась в Феодоровском соборе по 24 августа 2007 г., когда собор был закрыт на реставрацию до 2013 г. и вновь вернулась в часовню Новомучеников Российских. В настоящее время эта работа проводится при духовном окормлении секретаря Епархиального Совета, благочинного Центрального округа Санкт-Петербургской епархии, настоятеля прихода Князь-Владимирского собора профессора, протоиерея Владимира Сорокина и председателя издательского отдела Санкт-

Петербургской епархии, настоятеля прихода собора Феодоровской иконы Божией Матери⁸ кандидата богословия, протоиерея Александра Сорокина.

Таким образом, организационная структура лечения патологических зависимостей от алкоголя, курения, наркотиков, азартных игр и чревоугодия врачами совместно со священниками в настоящее время (на 1 января 2008 г. – мы не исключаем его дальнейшее соборное интуитивное научно-практическое развитие) выглядит следующим образом:

1. Предварительный индивидуальный врачебный прием и медицинская подготовка больных к лечению, в том числе и в специализированной наркологической клинике (по показаниям);
2. Огласительная беседа врача-психотерапевта: как научно-медицински обоснованная, так и духовно полезная, с предложением преодолеть болезненные влечения путем смирения, покаяния и обращения к Богу за помощью;
3. Совместная молитва врачей и больных и добровольное принятие общего медицинского (лечебного) зарока;
4. Индивидуальный прием пациентов – прием врачами индивидуального медицинского (лечебного) зарока;
5. Участие в Божественной Литургии в соборе Феодоровской иконы Божией Матери всех пациентов, пожелавших принять церковный (целебный) зарок;
6. Чин исповеди и проповедь перед Божественной Литургией;
7. Индивидуальная исповедь и принятие индивидуального церковного (целебного) зарока перед Крестом и Евангелием;
8. Врачебная проповедь перед Таинством Причастия с произнесением текста общего церковного (целебного) зарока с амвона врачом, повторяемого больными;
9. Причащение на Божественной Литургии пациентов, готовившихся к этому Таинству;
10. Молебен Александро-Невского братства трезвости;
11. Дальнейшее воцерковление и регулярные (не реже одного раза в месяц) посещения пациентами православных храмов для участия в Божественной Литургии;
12. Последующее врачебное психотерапевтическое реабилитационное сопровождение, включающее, при необходимости, и направление в реабилитационные центры. Тесное организационно-методическое сотрудничество с отделом по противодействию наркомании и алкоголизму Санкт-Петербургской епархии. Индивидуальный прием психотерапевтом проводится по мере необходимости: при первичном обращении, после беседы-сеанса и в дальнейшем при появлении любых жалоб пациента на здоровье [Духовно ориентированная психотерапия, 2008].

Собственно к врачебному сеансу относятся первые четыре этапа, а также последующие врачебные приемы и реабилитация, которые являются психотерапевтически самодостаточными для первичной эффективной специализированной наркологической помощи (преодоление физической, психической и частично духовной зависимостей). Кроме того, эти этапы подготавливают пациентов к получению целительной помощи Церкви. Противники метода могут возразить, что он эффективен лишь для верующих, а у

⁸ В данном храме-памятнике 300-летия Дома Романовых с 1913 по 1932 г. проводилась большая работа по отрезвлению людей от пьянства. Последний настоятель собора архимандрит Лев (Егоров), расстрелянный в 1937 г., являлся последним председателем Александро-Невского братства, ныне канонизирован как новомученик и исповедник Российский. В настоящее время при Феодоровском соборе совместно со Свято-Александро-Невским братством трезвости (председатель Г. И. Григорьев) действует и Общество православных христиан-трезвенников Братца Иоанна Чурикова (руководитель В. Н. Глинский), продолжающее дореволюционные традиции великого борца за народную трезвость незабвенного Братца Иоанна Чурикова.

неверующих и представителей других конфессий может вызвать протестную реакцию. Но жизненная практика это опровергает [Григорьев Г. И. с соавт., 2004, 2007].

Таинство Крещения оглашенных больных, пожелавших принести церковный (целебный) зарок, проводится во время вечерней службы или утром накануне Божественной Литургии. Иногда скептики заявляют, что подобный порыв человека прийти в храм после лечения у врача, по сути, часто бывает единственным и не приводит к последующему воцерковлению, так как атеистическая почва, на которой сеется слово Божие, зачастую неблагоприятна [Духовно ориентированная психотерапия, 2008].

Отвечая на подобный вопрос одному подвижнику, преподобный Серафим Саровский сказал: «Сей, отец Тимон, сей, всюду сей данную тебе пшеницу. Сей на благой земле, сей и на песке, сей на камени, сей при пути, сей и в тернии: все где-нибудь и прозябнет, и возрастет, и плод принесет, хотя и не скоро» [Преподобный Серафим Саровский, 1993].

Китайская мудрость гласит: «Следует обращаться к врачу за три года до начала болезни, а не за три дня до смерти». Наши же пациенты обращаются за помощью именно «за три дня до смерти», а иногда «даже после нее» (имеется в виду тяжелый запой, нередко заканчивающийся коматозным состоянием и реанимацией). Как же их, далеких от Церкви, привести в храм на исповедь и Причастие? Как не потерять их на дорогах жизни?

По-нашему мнению, для страждущих и болящих (даже если они и не находятся на стационарном лечении) в особых случаях, по усмотрению священника, подготовка к совершению церковных Таинств должна предельно упрощаться. Ведь многие из этих несчастных людей не знают даже «Отче наш», так их воспитали в атеистическое время. И пусть люди эти впервые придут в храм, по промыслу Божию, возможно, и однократно. Все же это лучше, чем в кабак - привычно и регулярно.

Вот что говорил по поводу «случайно» приходящих в храм приснопамятный архимандрит Свято-Успенского Псково-Печерского мужского монастыря Иоанн (Крестьянкин):

«Духом Святым оживляется всякая душа, даже самая-самая грязная и смрадная от грехов и пороков. <...> Но если она потянется к Богу, если она захочет очиститься, - Святой Дух, ниспосланный Христом Спасителем от Отца в помощь нам, совершит это чудо! Он очистит грешную душу и, очищенную, возвысит до степени святости. Только бы пожелал этого сам человек. У некоторых "встреча" со Христом происходит неожиданно и почти мгновенно. Зайдет человек по Промыслу Божию как будто случайно в храм Божий посторонним наблюдателем, и вдруг какой-то момент службы, песнопение или слова произнесенной молитвы внезапно так пронзят его душу, так глубоко западут в сердце, что человек становится верующим. И вера его обычно очень крепка, так как поверил он не с чужих слов, не с подсказки, а сам познал, почувствовал присутствие в своей душе благодати Святого Духа» [Архимандрит Иоанн Крестьянкин, 2003].

Начинается духовно ориентированная эмоционально-стрессовая психотерапия в форме целебного зарока на православной основе с первичного приема. Первичный прием – не формальность, не статистическое анкетирование, он является важнейшим подготовительным этапом к лечению. Рассказ о внутренней картине болезни и переживаниях, связанных состоянием пациента, становится для него своего рода формой исповедования перед врачом конкретного укоренившегося в душе и теле греха.

Большинство людей не считают свою патологическую зависимость болезнью, не признают себя больными. То, что при такой самооценке они вся таки обратились за помощью к врачу, является знаменательным событием свидетельством того, что не столько по разуму, сколько по совести они чувствуют себя грешниками, настроенными на преодоление мучающего их недуга. От психотерапевта требуется поставить наряду с развернутым клиническим диагнозом общий духовный диагноз по святоотеческой шкале страстей, определить

этиологию страсти чревоугодия, выявить мотивы формирования установки на исцеление, оценить реабилитационный потенциал и сделать прогноз результатов лечения. Завершается эта стадия необходимыми духовно-нравственными и врачебными советами, а также рекомендациями по прохождению психотерапевтического и церковного этапов лечения. Особый акцент делается на том, что лечит врач, а исцеляет Господь. При необходимости рекомендуется дополнительное стационарное лечение в условиях специализированной наркологической клиники [Григорьев Г. И. с соавт., 2004, 2007].

Огласительная беседа врача-психотерапевта строится в традициях рациональной психотерапии. Опыт духовно полезной беседы и церковного красноречия предлагает правила бережного соблюдения свободы человеческой воли и учит не только доказывать верность оценок тех или иных явлений, но и изъяснять их. Изъяснять – значит выявлять те идеи и побуждения воли, которые созвучны душам слушателей.

«Церковное красноречие – зародилось в первые века христианства среди апостолов, из которых многие были блестящими ораторами. Умение красноречиво проповедовать вызывалось требованиями тогдашней культуры, находившейся под влиянием греко-латинских писателей. Проповедник должен смотреть на церковное красноречие как на особый вид служения делу религии, распространения и укрепления христианства, должен вызывать у слушателей высокие стремления к добру и вечному спасению, для чего церковное красноречие дает целый ряд правил и наставлений. Правила эти унаследованы были от великих ораторов церкви: Иоанна Златоуста, Григория Богослова, Василия Великого. Церковное красноречие у этих корифеев было двух родов: *genus deliberativum*, *genus demonstrativum*, т. е. учительно-совещательное и торжественно-панегирическое. В церковном красноречии употребляются особые приемы:

- 1) повторение с целью сгустить краски и приковать внимание;
- 2) противопоставление и антитеза двух событий, например, Ветхого и Нового Завета;
- 3) обращение к изображенному с патетической восторженностью;
- 4) восклицание для отражения подъема души проповедника;
- 5) переход речи в гимн, в богослужебное песнопение, в акафист;
- 6) сравнения и уподобления;
- 7) эпитеты, тропы, фигуры, метафоры, гиперболы, словом, все виды поэтической речи;
- 8) музыкальность речи и переход в поэзию» [Полный православный богословский энциклопедический словарь, 1992].

Беседа-проповедь как метод воздействия представляет собой духовно-полезное разъяснение и убеждение, т. е. воздействие на сознание личности через обращение к ее собственному критическому суждению. В результате слушатель путем сравнения и логического упорядочения информации приходит к новым для себя выводам путем свободного волеизъявления. Беседа состоит из двух взаимопроникающих частей. В одной освещаются медицинские аспекты проблемы зависимостей, в другой – духовные.

Медицинская часть беседы содержит объяснение механизмов лечебного действия метода духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зарока на православной основе, т. е. понятие о резервных возможностях человека и включении их в момент психологического и нейрофизиологического стресса, что приводит к значительному усилению обмена веществ, функций опиатной и других нейро-медиаторных эндокринных систем головного мозга, снижению и даже исчезновению проявлений физической и психической зависимостей от алкоголя, наркотиков, курения, азартных игр и др. По каждой конкретной нозологической форме заболевания (виды плотоугодия или чревоугодия по церковной терминологии) даются ясные и четкие разъяснения о нейрофизиологических механизмах его развития [Григорьев Г. И. с соавт., 2004, 2007].

Обогащает беседу упоминание о верующих великих русских врачах и ученых. Так, например, великий хирург Н. И. Пирогов молился и просил у Бога помощи перед операцией. Регулярно молились и посещали Божественную Литургию врачи династии Боткиных, старший из которых является мировым светилом терапии внутренних болезней, а младший – личным врачом императора Николая II и его семьи, принявшим мученическую смерть вместе с царственными страстотерпцами. Лауреат Нобелевской премии академик И. П. Павлов молился перед прочтением лекции чисто научного содержания слушателям и врачам Военно-медицинской академии. В тяжелые для церкви времена он отстоял храм в Колтушах от разрушения и даже не позволил снять с него колокол. И это во время страшных атеистических гонений на Церковь. Проезжая в трамвае возле православного храма, академик Павлов неизменно снимал шляпу и троекратно крестился. При этом за его спиной нередко слышался шепот: «Вот темнота...». Эти великие врачи милостью Божией лечили своих больных, памятуя о Боге, с непрестанной молитвой к Нему.

Неожиданным откровением для пациентов являются понятия о зависимости как гормональной недостаточности; о качестве и содержании ремиссии; о так называемых «неверующих», которые крестятся «под бомбежкой» или «в тонущем батискафе на Тихоокеанском флоте»; об алкоголизме как психической болезни; о том, что главное для врача – это любовь к больному и большой личный практический опыт; о неполноценности современных методов лечения; о незнании и непонимании нынешними врачами и медицинской наукой в целом духовных корней зависимостей; о зависимости как «королевстве кривых зеркал», из которого возможен лишь полный, а не частичный выход; о необходимости тренировки воли путем преодоления лени и «духа праздности»; о неверии многих современных атеистически настроенных врачей в излечение алкоголизма и наркомании; об их собственной склонности к алкоголю; о большой лжи «малых доз»; о «полулжи». И многом-многом другом – рождающем ложь и хрупкость лечебных результатов [Зверев В. Ф., 2005; Григорьев Г. И., Григорьев С. Г., Зверев В. Ф., 2007].

Духовная часть беседы затрагивает вопросы, связанные с духовной зависимостью от наркотиков, приводящей к нарушению незримых связей между духом, душой и телом, - исцеление человека трактуется при этом как восстановление нарушенного триединства. Также в этой части беседы разъясняется святоотеческое учение о восстановлении отношений с любящим Отцом – Богом, о борьбе со «злыми помыслами», о страстях, их болезнетворной и губительной активности, исцеляющем (преображающем) значении Покаяния и Исповеди, о молитвенной помощи в исцелении, о благодатных Таинствах Православной Церкви и, особенно, о смирении человека пред Богом. «Не обманывайтесь: худые сообщества развращают добрые нравы. Отрезвитесь, как должно и не грешите; ибо, к стыду вашему скажу, некоторые из вас не знают Бога» (1 Кор. 15: 33-34). Ведь «с кем поведешься, от того и наберешься», - гласит народная мудрость. И еще: «Посеешь поступок – пожнешь привычку; посеешь привычку – пожнешь характер; посеешь характер – пожнешь судьбу».

Этот этап является самым продолжительным в лечении и длится не менее 2-3 часов. Пациенты должны прежде всего понять: почему им необходима именно духовно ориентированная стрессовая психотерапия в форме целебного зарока? Правда о болезни, воспринятая как пророчество и глубоко прочувствованная больными во время их беседы с врачом, приводит к потрясению и смирению личности, переосмыслению самого себя и к покаянной перемене ума. В результате такого психоэмоционального стресса в организме человека активизируются эмоциогенные зоны, пробуждаются резервные (потенциальные, нереализованные) возможности – скрытые до времени защитные силы. А согласие на молитвенную поддержку со стороны Церкви даже если и не приводит исцеляемого к Богу, то помогает обнаружить (осознать) в нем духовное начало. Такой способ ведения беседы был свойствен Спасителю и Апостолам, которые обращались к лучшим стремлениям своих

слушателей и в своих пророчествах возводили их к евангельским откровениям и заповедям [Григорьев Г. И., Ершов С. А., Зверев В. Ф., 2003; Григорьев Г. И., Григорьев С. Г., Зверев В. Ф., 2007].

Вот что говорится в Святом Писании о пророчестве: «...мы отчасти знаем и отчасти пророчествуем; когда же настанет совершенное, тогда то, что отчасти, прекратится. Когда я был младенцем, то по-младенчески говорил, по-младенчески мыслил, по-младенчески рассуждал; а как стал мужем, то оставил младенческое. Теперь мы видим, как бы сквозь тусклое стекло, гадательно, тогда же лицом к лицу; теперь знаю я отчасти, а тогда познаю, подобно как я познан» (1 Кор. 13: 9-12); «Достигайте любви; ревнуйте о дарах духовных, особенно же о том, чтобы пророчествовать. Ибо кто говорит на незнакомом языке, тот говорит не людям, а Богу, потому что никто не понимает его, он тайны говорит духом; а кто пророчествует, тот говорит людям в назидание, увещание и утешение. Кто говорит на незнакомом языке, тот назидает себя; а кто пророчествует, тот назидает церковь» (1 Кор. 14: 1-4).

Вероисповедного ценза для больных не существует. Церковную же часть лечения проходят только считающие себя православными христианами и лишь по собственному желанию. Верующие других конфессий, а также атеисты и агностики, благодаря обыденному языку беседы психотерапевта, проявляют толерантность к церковно-религиозной интерпретации своего состояния и пути личного исцеления через обращение к Божией помощи. Они дают лишь медицинский (лечебный) зарок в первую очередь перед собственной совестью и, наконец, перед лечащим врачом. Определенную роль в этом играет житейская философия, как, например, у членов широко распространенных в Америке и Европе анонимных сообществ (алкоголиков, наркоманов, должников, покупателей). Каждый член сообщества, признающий себя зависимым, соотносит свою беспомощность с некоей Высшей Силой, смиряя своеволие и своеумие, а в ответ получает надежду на выздоровление, активизирующую резервные возможности духовного и физического исцеления.

В огласительной беседе психотерапевт расставляет необходимые акценты в истории болезни так, что каждый больной осознает траекторию своего грехопадения и ответственность – как личности, созданной по образу и подобию Божию. Содержательность, эмоциональность и сострадательность духовно полезной беседы, как показывает врачебный опыт, сравнима только с опытом проповедничества, преображает слушающих и услышавших. Можно сказать, что внутренняя картина зависимости у каждого больного приобретает новый личностный колорит, меняется не только этика внутреннего восприятия болезненной страсти, но и ее концептуальность.

Простые, проникновенные слова врача предназначены лично для каждого и для всех вместе. Сами же пациенты, во время лечебной, беседы стремясь помочь врачу в своем исцелении, эмоционально объединяются в едином порыве избавиться от зависимостей. Формирование доверия к врачу и вера в эффективность метода через объяснения и убеждения часто трактуются как внушение, что в корне неверно, так как в данном случае слово психотерапевта не подавляет волю пациента, а, напротив, пробуждает, укрепляет и активизирует ее. Врач пытается пробудить больного. Слушание слова врача – фаза активного состояния, внимательного и критического. При этом психотерапевт воспринимается не столько как искушенный и всезнающий целитель, сколько как умудренный большим жизненным опытом высокоавторитетный друг и помощник по выходу из зависимости.

Далее врач произносит заградительные молитвы (молитву священо-мученика Киприана III в. и молитву задержания темных сил старца Афонского Пансофия, XIX в.) вместе с больными, окропляет их святой водой, читает Святое Евангелие от Матфея (Мф. 11: 28-30). После прочтения Святого Евангелия люди смиренно просят Бога о помощи и совместно приносят медицинский (лечебный) зарок перед Крестом и Евангелием.

Заканчивается этот этап совместной молитвой «Отче наш». Повторяя за лечащим врачом слова этой главной для христиан молитвы, данной Самим Богом, многие пациенты впервые сознательно с покаянной душой и сокрушенным сердцем обращаются за помощью к Отцу Небесному. Так заканчивается их атеистическое «сиротство».

Подобная огласительная беседа врача не только подвигает больного к покаянию и желанию преодолеть болезнь, но и окончательно формирует это желание. На этом этапе сила желания лечиться и быть исцеленным способна возрасти многократно – до уровня духовно-нравственного преображения личности. Надежда на исцеление, достигнув высшей степени эмоционального накала и потрясения путем физиологического стресса и покаянной перемены ума, включает резервы духовного и физического исцеления. Формируется доминанта освобождения от пагубной зависимости, условно определяемая как медицинская «материализация зарока». С позиций православной психотерапии – это принятие благодатной Божией помощи вследствие покаянного осознания своей греховности [Григорьев Г. И. с соавт., 2004; Григорьев Г. И., Григорьев С. Г., Зверев В. Ф., 2007].

Покаяние мы рассматриваем как активное действие и необходимое условие подготовки к Таинству Исповеди. «Сказываю Вам, что так на небесах более радости будет об одном грешнике кающемся, нежели о девяноста девяти праведниках, не имеющих нужды в покаянии» (Лк. 15: 7). Как учит старец Паисий, «настоящее покаяние – осознать свои прегрешения, испытать за них боль, попросить у Бога прощения и после этого поисповедоваться. Таким образом к человеку придет божественное утешение. Поэтому я всегда рекомендую людям покаяние и исповедь. Одну только исповедь я не рекомендую никогда» [Паисий Святогорец, 2003].

«В работе и беседах с пациентами мы, возможно, упускаем один частный, но, представляется, весьма важный момент. А именно, не подчеркиваем то обстоятельство, что покаяние (памятование о зле, которое нам причинили алкоголь и прочие наркотики и еще больше могли бы причинить), является не разовым сиюминутным актом, а должно быть постоянно удерживающим, навсегда сохраняющимся в сознании и сердце. Притом постоянство чувства покаяния не должно сопровождаться унынием (депрессией), а напротив – сочетаться с чувством удовлетворения и радости от того, что вы более не совершаете раскаянного греха и впредь его не будете совершать.

Утрата же чувства покаяния обезоруживает, оголяет человека перед лукавым духом. И взамен покаяния неизбежно и все более назойливо в голову ползут мысли о том, какое якобы удовольствие вы получали от алкоголя, других наркотиков, табака, игровой страсти. В таком случае лукавый дух всегда одерживает победу, а борющийся человек обрекает себя на тяжелый срыв в адскую бездну зависимостей» [Зверев В. Ф., 2005].

Как же больной должен слушать врача?

Данные клинических, психологических и психофизиологических исследований состояния больных до и после сеанса духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зарока на православной основе показали своеобразный всплеск сознания и пробуждения личности: значительный рост уровня внимания и сосредоточения, уменьшение рассеянности и расконцентрированности, что, несомненно, указывает на начало формирования основополагающих качеств для исцеления души человека – бесстрастия, смирения и послушания [Григорьев Г. И., 2004; Григорьев Г. И., Григорьев С. Г., Зверев В. Ф., 2007].

В «Церковно-славянском словаре» протоиерея Григория Дьяченко о смирении сказано следующее: «Смирение – примирение, мир. <...> Смиреномудрие – обыкновенно берется в писании за смирение, т. е. добродетель – гордости противную» [Протоиерей Григорий Дьяченко, 1900, 1993].

В «Собрании писем оптинского старца Макария к монашествующим» говорится: «Смирением бо все силы вражий сокрушаются. <...> Молитва, пост, хотя и великие орудия, но без смирения они не действуют» [Макарий Оптинский, 1994].

В книге «Начертание христианского учения» сказано: «Возможность, основание, условие всех внутренних побед есть первая победа над собою – в переломе воли и в предании себя Богу, с неприязненным отвержением всего греховного. <...> Потому сила, борющаяся со страстями, есть также ум или дух, в коем сознании свобода, - дух, держимый и укрепляемый благодатию» [Феофан Затворник, 1994].

Только через «кротость и смирение сердца» возможно восприятие Слова Божия: «Приидите ко Мне, все труждающиеся и обремененные, и Я успокою вас; возьмите иго Мое на себя и научитесь от Меня, ибо Я кроток и смирен сердцем, и найдете покой душам вашим; ибо иго Мое благо, и бремя Мое легко» (Мф. 11: 28-30). «Ключ, коим отверзаются таинственные сокровищницы духовных даров ведения и Божественной любви, есть смирение, самоотвержение и предание себя Богу во всякое время и во всяком деле. Этим же ключом заключается и дверь неведения и холодности духовной» [Преподобный Никодим Святогорец, 1991].

О смирении, или смиренномудрии, пишет святой игумен Синайской горы Иоанн в своем наставлении «Лествица» (лестница восхождения на небо в борьбе со страстями). Слово, или ступень, 25 (всего их 30) озаглавлено

«Об искоренителе страстей, высочайшем смиренномудрии, бывающем в невидимом чувстве». Святой говорит о смирении: «Никакое слово не может изъяснить его качество. Одну надпись имеет сие сокровище, - надпись непостижимую, как свыше происходящую; и те, которые стараются истолковать ее словами, принимают на себя труд великого и бесконечного испытания. Надпись эта такова: святое смирение <...> не мог я слухом познать блаженное чувство смирения; и потому, будучи последним из всех, как пес, собрав крупичицы, падавшие со стола мудрых и блаженных мужей, т. е. слова их уст, определяя добродетель оную, говорю так: смиренномудрие есть безыменная благодать души, имя которой тем только известно, кои познали ее собственным опытом; оно есть несказанное богатство; Божие именование; ибо Господь говорит: научитесь не от Ангела, не от человека, не от книги, но от Мене, т. е. от Моего в вас вселения и осияния и действия, яко кроток есмь и смирен сердцем и помыслами, и образом мыслей, и обрящете покой душам вашим от браней, и облегчение от искусительных помыслов (Мф. 11: 29)» [Иоанн Лествичник, 1908]

Вот что говорит по этому поводу почетный доктор богословия двух университетов и двух православных духовных академий, приснопамятный Митрополит Антоний (Сурожский), все чаще называемый в современной богословской литературе Отцом Церкви нашего времени: «Если бы мы умели видеть, освободившись от самих себя, в той внутренней свободе, которую отцы Церкви называют "бесстрастие", то есть отсутствие страстности, когда человеком не движет, не управляет ничто внешнее и он в царственной свободе действует изнутри, мы тоже могли бы в окружающей нас плотности различать светоносные глубины людей и предметов. Мы тоже могли бы в этом мире, который нам кажется таким непроницаемым и густым, видеть отблеск присутствия Божия, благодати Его действующей везде и во всем.

Но недостаточно видеть, надо еще и слышать. Слышание – акт неослабного внимания. Чтобы услышать, надо не только напрячь слух, но за пределом услышанных слов стремиться уловить смысл, направленность того, что было произнесено или осталось невысказанным. Слышать означает смиренно склониться, стать способным принять то, что другой сеет на поле нашего ума, на поле нашего сердца. В этом подлинный смысл латинского слова *humilitas*, смирение: оно происходит от *humus*, "плодородная земля". Эту землю мы не замечаем, потому что привыкли, что она всегда тут, под ногами. Это безмолвная, безропотная

земля, которая умеет обогатиться всем, что мы выбрасываем в нее, которая способна все превратить в богатство, принять в себя любые семена и дать им плоть, дать им жизнь, позволить им взойти, стать в полноте самими собой, никогда не навязывая семенам своих законов. Наша способность слышать начинается со смирения. Мы должны предложить себя Другому, как эта земля, богатая, безмолвная и полная творческих возможностей.

Но смирение означает также и послушание. Латинское слово *obaudire* имеет два значения: "прислушиваться" и "повиноваться". Прислушиваться с тем, чтобы услышать, понять и принести плод. Основные условия, чтобы нам предстать перед Богом, - полное внимание, рождающееся из того, что мы во что бы то ни стало хотим услышать, и желание, решимость принять услышанное и принести плод, то есть преобразиться, измениться, из того, что мы есть, стать тем, чем мы призваны быть. Это основоположное состояние в молитве может быть проиллюстрировано на примере человека, который любит наблюдать птиц. Он встает ранним утром, так как должен успеть в поле, в лес до пробуждения птиц, чтобы его приход остался незамеченным. Он затаивается молча и без движения, он весь – слух, весь – внимание. Все его существо прозрачно и восприимчиво, готовое принять печать каждого звука, каждого движения. Он слушает, смотрит, но услышит и увидит то, что происходит вокруг него, только при условии, что он свободен от предвзятости, готов услышать все, что пошлет ему Бог. Его отношение одновременно пассивное и активное: пассивное в том смысле, что он, как земля, *humus*, до конца открыт, активное в том, что он напряженно готов отозваться на всякий вызов, любой призыв Божий. Разве не ясно, что в таком случае, если мы хотим, чтобы наша встреча с Богом стала возможной, если хотим видеть и слышать, недостаточно просто иметь уши и глаза? В нас должен быть порыв, желание, мы должны стремиться услышать и увидеть.

А для этого нужна любовь, хотя бы малая. <...> Потому что мы видим только то, что любим. Нам кажется, будто мы видим то, что нам ненавистно, на самом деле ненависть нам представляет искаженные образы, уродливые карикатуры. А безразличие, равнодушие – слепы.

Но чтобы достичь глубинного, истинного познания, чтобы видение реальности соответствовало своему предмету, недостаточно видеть, слышать или даже любить: надо еще иметь чистое сердце, способное различить Бога за слоями окружающей потемненности, которые Его скрывают. Потому что подобно тому, как око, потерявшее чистоту, ясность, отбрасывает на все, что видит, свое потемнение, так сердце, потерявшее цельность, не может ни оценивать, ни улавливать реальность вещей, как ее видит Бог» [Митрополит Антоний Сурожский, 2002].

Главная задача духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зарока на православной основе – через восстановление видения (бесстрастия), слышания (смирения и послушания), любви и смиренной чистоты сердца восстановить благодатную радость восприятия мира у современного человека, попавшего в патологическую зависимость, как непостижимого чуда созданного Творцом.

И тем самым привести к исполнению главной Божией заповеди: «"...Господь Бог наш есть Господь Единый; и возлюби Господа Бога твоего всем сердцем твоим, и всею душою твоею, и всем разумением твоим, и всею крепостию твоею": вот, первая заповедь! Вторая подобная ей: "возлюби ближнего твоего, как самого себя"; иной большей сих заповедей нет» (Мк. 12: 29-31).

«Если Бог даст, человек придет в себя и, осмотревшись кругом, почувствует тяжесть своего положения и скажет: да из-за чего же, в самом деле, я работаю этим гадким страстям? Все делаю в угоду им, а покоя не имею <...> Не хочу с этих пор покоряться им, брошу все похоти и начну работать Господу Богу и Спасителю моему. Когда <...> скажет так в сердце своем грешник и самым делом обратится ко Господу с сердечным сокрушением и исповедью,

тогда в Таинствах преподается ему благодать и сила устоять в своем намерении и одолевать привычные страсти, с каким бы ожесточением ни нападали они на него. Пришедшая благодать оживит его дух, который, восприяв права свои, начнет все устремлять к Богу и, встречая на пути преграды со стороны страстей, одолевает, прогоняет и искореняет их. С этого времени начинается борьба насмерть, и чем кто решительнее противится страстям, тем быстрее выходит из области смерти и вступает в область жизни» [Святитель Феофан Затворник, 1998].

И здесь врач-психотерапевт подобен сеятелю Слова Божия из евангельской притчи, а результат его деятельности зависит от плодородия возделываемой им почвы (смирения человека): «...вышел сеятель сеять; и когда сеял, случилось, что иное упало при дороге, и налетели птицы и поклевали то; иное упало на каменистое место, где не много было земли, и скоро взошло, потому что земля была не глубока; когда же взошло солнце, увяло и, как не имело корня, засохло; иное упало в тернии, и тернии выросло и заглушило семя, и оно не дало плода; иное упало на добрую землю и дало плод, который взошел и вырос, и принесло иное тридцать, иное шестьдесят и иное сто. И сказал им: кто имеет уши слышать, да слышит!» (Мк. 4: 3-9).

Таким образом, проводящий духовно ориентированную на православной основе эмоционально-стрессовую психотерапию врач является перед больным в первую очередь как молитвенник, ходатайствующий пред Богом за исцеление своих больных. И как подвижник, пробуждающий покаяние и подготавливающий человека к Таинству Исповеди, свято чтущий свободу выбора воли человека между зависимостью и независимостью от страстей. Главной задачей психотерапевта является разъяснение больному механизмов физической, психической и духовной зависимостей для осознания своего заболевания и формирования желания (внимания) исцеления. «Иисус же сказал им в ответ: не здоровые имеют нужду во врачах, но больные; Я пришел призвать не праведников, а грешников к покаянию» (Лк. 5: 31-32). Безусловно, подобное возможно лишь тогда, когда исполняется правило: врач! исцели Самого Себя» (Лк. 4: 23). Только слово абсолютно трезвого, верующего и любящего людей психотерапевта растопит лед недоверия больного к врачу, между ними установится духовный контакт, который поможет привести к покаянию «блудного сына» перед любящим Отцом Небесным, единственно могущим угасить костер любых человеческих страстей.

«Еще сказал: у некоторого человека было два сына; и сказал младший из них отцу: отче! дай мне следующую мне часть имения. И отец разделил им имение. По прошествии немногих дней, младший сын, собрав все, пошел в дальнюю сторону и там расточил имение свое, живя распутно. Когда же он прожил все, настал великий голод в той стране, и он начал нуждаться; и пошел, пристал к одному из жителей страны той, а тот послал его на поля свои пасти свиней; и он рад был наполнить чрево свое рожками, которые ели свиньи, но никто не давал ему. Пришед же в себя, сказал: сколько наемников у отца моего избыточествуют хлебом, а я умираю от голода! Встану, пойду к отцу моему и скажу ему: отче! я согрешил против неба и пред тобою, и уже недостоин называться сыном твоим; прими меня в число наемников твоих. Встал и пошел к отцу своему. И когда он был еще далеко, увидел его отец его и сжалился; и побежав пал ему на шею и целовал его. Сын же сказал ему: отче! я согрешил против неба и пред тобою, и уже недостоин называться сыном твоим. А отец сказал рабам своим: принесите лучшую одежду и оденьте его, и дайте перстень на руку его и обувь на ноги; и приведите откормленного теленка, и заколите: станем есть и веселиться, ибо этот сын мой был мертв и ожил, пропадал и нашелся...» (Лк. 15: 11-24).

Должен ли православный врач изучать мудрость других религий? Или даже иметь представление об антихристианских и оккультных учениях? Могут ли подобные знания пригодиться врачу с больными не православной веры?

Вся человеческая премудрость проистекает от Бога. Бог един для всех народов и религий. Человеческие перегородки не доходят до Бога. Авва Дорофей говорил, что не надо быть перебежчиком в сад чужих знаний, но надо быть лазутчиком, добывающим ценные и полезные сведения, которые несомненно присутствуют в других вероисповеданиях по непостижимому Божию промыслу.

Православный человек в силу профессиональной необходимости может изучать любые религии, главное, чтобы его основными путеводителями всегда оставались Святое Евангелие и заповеди Божий.

«Бытие человека коренится в воле Божией. Каждый из нас существует, потому что Бог его пожелал. И эта Божественная воля не есть проявление власти и как бы снисхождения, а акт любви: Бог создает человека ради того, чтобы сделать его участником всего, чем Сам обладает, почти всего, что Он Сам есть. Мы боги по призванию. Разница между нами и Богом в этом процессе достижения обожения в том, что мы можем быть богами по приобщению, не по природе, подобно тому как Христос стал человеком, приобщившись нашей природе, будучи Сам по Себе Богом. Мы укоренены в этом действии Божиим, в этом творческом слове Божиим, обусловленном Его волей и любовью. Мы несамобытны; что касается нашей природы, у нас нет корней и в Боге, и потому мы полностью зависим от Него и вместе с тем странным образом независимы. Мы существуем, потому что Бог нас возжелал и вместе с тем потому что мы Богу не необходимы: Богу не было необходимости творить нас, чтобы Самому быть Богом. Мы, в некотором смысле, "лишние" Ему, Он – полнота и без нас, и поэтому у нас есть своего рода независимость. Мы не являемся Его отражением, мы не являемся Его тенью, мы не являемся как бы уменьшенным выражением Его бытия. Мы стоим лицом к лицу с Богом, черпая свое бытие из Его воли и, однако, независимые от Него, потому что можем или принять, или отвергнуть и Его Самого, и все, что Он нам предлагает, любой Его дар. Воля Божия всемогуща. Он Творец, Он самовластен, Он может все – кроме одного: Он не может заставить никакую тварь любить Его, потому что любовь царственно свободна и несовместима ни с принуждением, ни с предначертанностью.

Когда мы говорим, что Бог нас возжелал, потому что прежде существования мы уже возлюблены Им, мы этим определяем самые корни, самое основание, на котором зиждется наше бытие. Но не следует заблуждаться: мы – не чисто духовные существа, мы – не душа, заключенная в теле или на время связанная с телом, мы – воплощенный дух, и полнота человека не в его духе или его душе, а в его духовно-душевном единстве с телом. В этом отношении наше тело бесконечно более значительно и обладает бесконечно большими возможностями, чем мы обычно думаем» [Митрополит Сурожский Антоний, 2002].

Зарок как действие внутреннего человека дается на любой выбранный большим срок путем свободного волеизъявления отказа от конкретных болезненных влечений. Добровольное желание пациента может свидетельствоваться как врачом, так и священником, а контролируется собственной совестью. Словосочетание «дать зарок» точно отражает решимость, достигнутую страдающей совестью, смирением, сокрушением и покаянием, когда человек с Божией помощью осознает пагубность своего жизненного пути, чувствует волевое бессилие перед грядущим соблазном или укоренившейся греховной страстью и просит о помощи врача, священника и, в конечном счете, - Бога.

Преподобный Серафим Саровский выделял три вида капитала: денежный, чиновный и духовный. Без духовного стяжания человек неизбежно попадет в зависимость от стяжания денежного и чиновного. По мнению святого человекаа Климента Александрийского, для того чтобы не попасть в болезненную зависимость от богатства, независимо от его размеров, следует считать себя лишь временным распорядителем своих сокровищ, а не их собственником. При этом следует приложить немало усердия и распорядительности, чтобы использовать денежный и чиновный капитал на пользу себе и людям. Такому человеку вовсе

не следует забывать, что за свои «таланты» вскоре придется дать ответ Нелицеприятному Судие на Страшном суде.

Святитель Иоанн Златоуст считал, что деньги не являются главным препятствием для приближения человека к Богу. Главным препятствием на пути к Богу является сам человек, а точнее, отсутствие его желания. В истории православия неоднократно появлялись люди, которые служили своим богатством и чинами Самому Спасителю, совершая великое множество добрых дел во славу Божию. Но нередко встречались и те, кто, используя свое служебное положение, преследовал Самого Христа. А также те, про кого

Иисус Христос сказал, «что трудно богатому войти в Царство Небесное <...> удобнее верблюду пройти сквозь игольные уши, нежели богатому войти в Царство Божие» (Мф. 19: 23-24).

Неоднократно Спаситель говорил: «Ищите же прежде Царства Божия и правды Его, и это все приложится вам» (Мф. 6: 33). И «еще подобно Царство Небесное сокровищу, скрытому на поле, которое найдет человек угаил, и от радости о нем идет и продает все, что имеет, и покупает поле то. Еще подобно Царство Небесное купцу, ищущему хороших жемчужин, который, нашед одну драгоценную жемчужину, пошел и продал все, что имел, и купил ее» (Мф. 13: 44-45).

Преподобный Макарий Египетский утверждал, что христианство есть пища и питье. «И чем больше кто вкушает его, тем более возбуждается сладостью дух, делаясь неудержимым и ненасытимым, более и более требующим и вкушающим. Или как если кто в жажде и подано ему сладкое питье, то, отведав его, еще сильнее распаляется жаждою и ближе подвигается к питию; так и вкушение Духа производит неутолимую почти жажду, которая справедливо уподобляется жажде такого человека. И это не одни слова, но действие Святого Духа <...> приявший благодать почитает себя униженным паче всех грешников. И такой помысел насажден в нем как естественный. И чем глубже входит он в познание Бога, тем больше почитает себя невеждою; чем более учится, тем паче признает себя ничего не знающим».

Зарок – акт не юридический и не купирующе-медицинский, а исключительно духовный с глубоким нравственным содержанием; он представляет собой свидетельство перед Богом и своей совестью о принятом решении избавиться от недуга. Этот акт можно определить не как денежно или чиновно выгодный, но как духовно полезный для пациента договор покаянного примирения «блудного сына» с Всеблагим и Любящим Отцом Небесным на путях стяжания Святого Духа. Что вполне соответствует прагматике современной жизни. Последнее полностью согласуется с божественными заповедями и способствует процессу восстановления (реконструкции) личности, по сути являясь актом добровольного выбора между злом и добром – добра.

После общего сеанса пациент приходит на врачебный прием. Здесь он свидетельствует перед психотерапевтом о даче индивидуального медицинского (лечебного) зарока о полном воздержании (не принимать наркотиков, не употреблять спиртосодержащих напитков, не курить, не играть в азартные игры – в зависимости от группы заболевания) и подтверждает выбранный им срок зарока (на год, два, три и большее количество лет и даже – на всю жизнь). Очень важно помнить больному, что, в конечном счете, необходимо дать зарок на всю жизнь, но лишь тогда, когда он к этому готов [Григорьев Г. И., Григорьев С. Г., Зверев В. Ф., 2007].

Страшную ошибку делает человек, если, пройдя лечение на какой-либо ограниченный срок, в своей душе считает, что по истечении этого срока он может вернуться к употреблению алкоголя, наркотика и при этом сможет соблюдать так называемую меру. Такое представление является крайне опасным, а нередко просто роковым. Это дьявольское изощрение, дьявольская уловка, дьявольская гордыня. Сколько людей пострадали от этого!

Таким образом, зарок – это глубоко эшелонированная оборона, защищающая человека от физической, психической и духовной зависимостей. За многие годы работы мы не встречали человека, который снял бы зарок, полагаясь на самого себя, или не продлил его, а впоследствии не пожалел об этом [Зверев В. Ф., 2005].

Живи настоящим, помни о прошлом и не заглядывай в будущее. «Не говори никому о победе, - это сильно раздражит врага, а тебя обессилит. Тщеславие, которого при сем избежать нельзя, отворит двери душевного укрепления, и после победы над одним врагом должно будет сражаться с целой их толпой, - наставляет Феофан Затворник. – Господь наш подобен матери, которая ведет дитя за руку и не покидает его, хотя бы он очень часто спотыкался и падал. Лучше, вместо бездейственного уныния, ободрись к новым подвигам, извлекая из настоящего падения урок смирения и осмотрительности, чтобы не ходить там, где скользко и где нельзя не падать» [Феофан Затворник, 1994].

Речевые и поведенческие знаковые признаки позволяют психотерапевту оценить степень осознания и аффективность пациента, уровень его покаянного сокрушения и личностных психоэмоциональных изменений в установке на преодоление собственного недуга. Во время этого приема, условно называемого индивидуальным «закреплением» медицинского (лечебного) зарока, врач прежде всего осеняет больного крестным знаменем.

Невозможно перечислить все случаи, когда, защищаясь крестным знаменем, православные христиане находили в нем врача наших недугов, как душевных, так и телесных. Случаев многоцелебной силы крестного знамения можно найти неисчислимое множество. «Так, например, благочестивый Ир, по наставлению святого апостола Филиппа, начертал своей рукой образ креста Христова на поврежденных членах недужного Аристарха, и тотчас усохшая рука исцелела, око прозрело, слух открылся, и больной стал здоров. Нонна, мать святого Григория Богослова, заболев тяжелой болезнью, испытывала "многия страдания", отвращение от пищи, не поддающиеся никакому лечению. Сам Бог исцелил ее знаменем святого креста. "Ей представилось в ночном видении, - говорит сам святой Григорий, - будто я явился к ней ночью, с корзиной и самыми белыми хлебами, потом, произнеся над ними молитву и запечатлев их крестным знаменем, по введенному у нас обыкновению, подаю ей вкусить" – для подкрепления сил. И действительно, ее силы сразу же восстановились и укрепились так, что больная пробудилась от сна уже исцеленной. Святой епископ Юлиан, начертав на поднесенной ему злоумышленниками чаше крестное знамение, выпил смертоносный яд и не почувствовал его смертельного действия. Был даже такой случай, когда некий христианин, в отчаянии решившийся на самоубийство, но в последний момент, испытывая страх, знаменал крестом отраву и остался жив и здоров» [Святитель Димитрий Ростовский, 1998].

В заключение лечения врач накладывает руки на голову больного, читая молитвы о его исцелении: «Царю Небесный...», 90-й псалом, «Да воскреснет Бог...», Спасителю, Божией Матери, Ангелу-Хранителю и др., после чего крестообразно помазует страждущего освященным в церкви елеем или елеем с Гроба Господня (голову, глаза, уши, гортань, руки) и крестообразно окропляет его святой водой. При этом врач с верою произносит слова: «Во имя Отца и Сына и Святого Духа. Раб божий имярек помазуется святым елеем с Гроба Господня во исцеление болезней души и тела – пьянства, наркомании, табакокурения, азартных игр и др.».

Это помазание пяти органов чувств, словно омовение «окон души», совершается по благословию священноначалия, оно не является подменой обряда церковного елеопомазания и тем более Таинства Елеосвящения. В данном случае врач помазывает святым елеем больных, как любящий отец – своих детей. Благодатная сила крестного знамения, молитвы, освященного елея и святой воды не подлежит терапевтическому описанию, но действенность соприкосновения и принятия сакрального средства сравнима с

живительным действием возбуждающей Божией благодати – Слова Божия, которое, по словам апостола Павла, «проникает до разделения души и духа, составов и мозгов, и судит помышления и намерения сердечные» (Евр. 4: 12).

Елеопомазание как христианское Таинство ведет свое начало от Самого Иисуса Христа. Когда Господь, избрав двенадцать апостолов, послал их с проповедью по городам иудейским, они многих недужных помазывали маслом, и те исцелялись (Мк. 4: 13). Без сомнения, посланные Господом апостолы совершали это по данной им власти от Господа, согласно с Его волей, и, таким образом, Елеопомазание представляется как учреждение Господа. Не ясно высказанная воля Господа об этом должна была стать вполне ясной по Воскресении Господа, когда Он, являясь им на протяжении сорока дней, говорил им о Царствии Божием (Деян. 1: 3). Со всей ясностью и определенностью об этом Таинстве говорит апостол Иаков: «Болит ли кто в вас, - пишет он, - да призовет пресвитеры церковные и да молитву сотворят над ним, помазавше его елеем, во имя Господне: и молитва веры спасет болящего, и воздвигнет его Господь, и аще грехи сотворил есть, отпустятся ему» (Иак. 4: 14-15). Апостол говорит здесь о елеопомазании не как о чем-либо новом, чего прежде не знали христиане, а только указывает им на это врачебное средство как на уже существовавшее и общеизвестное между ними, которым и заповедует пользоваться в случае болезней. При этом известно, что апостолы ничего не проповедовали сами от себя (Гал. 1: 11-12), но учили только тому, что заповедал им Господь (Мф. 28: 20) и что внушал им Святой Дух (Ин. 26: 13); и поэтому они называли себя только слугами Христовыми и строителями тайн, а не их установителями (1 Кор. 4: 1). Следовательно, и Елеосвящение установлено и поведено Самим Господом. А то, что оно действительно является Таинством, видно из того, что, кроме божественного установления, оно имеет и чувственную сторону – помазание больных елеем с молитвой и соединенное с этой внешней стороной сверхъестественное действие благодати – исцеление болезней и отпущение грехов. Нужно заметить, что после елеосвящения больной выздоравливает не всегда, а только тогда, когда он принимает это Таинство с непоколебимой верой и когда его выздоровление угодно Промыслу Божию. Если бы после елеосвящения человек выздоравливал всегда, то он бы никогда и не умирал, что противно воле Божией, назначившей человеку смерть после его грехопадения.

Вот как описывается исцеление знатного вельможи преподобным Патапием (VII век): «Один знатный византиец страдал водянкой, и все тело его опухло. Много тратил он на врачей денег, ища от них исцеления, но не получая. Услышав о святом Патапии, он повелел нести себя к нему и со слезами просил святого, чтобы он исцелил его телесную немощь целебной благодатью Божией. Безмездный врач сначала з'сердно помолился о нем Богу, затем осенил его крестным знамением и помазал святым елеем, и потом вся вода, отягчавшее его тело, вытекла естественными путями, вся внутренность его очистилась, и он стал совершенно здоров» [Святитель Димитрий Ростовский, 1998].

Наложение рук на больного для молитвенного исцеления всегда было традиционным для православия и называлось хиротесия. Так «первоначально назывался обряд, заключавшийся в наложении рук лица, пользовавшегося авторитетом, на голову больного. В основе его лежала та же вера в непосредственную передачу свойств, как и в хиротонии. Разница между ними та, что хиротесия имела своей целью исцеление от физической немощи, между тем как хиротония сообщала известное духовное достоинство. Понятие хиротесии и хиротонии перешло и в христианскую церковь, ибо в христианской церкви руковозложение явилось символом сообщения благодати.

Хиротесия собственно значит руковозложение, а хиротония – рукопротяжение. <...> Современное словоупотребление несколько видоизменило понятия: посвящение во священника называется "рукоположением", а с "хиротонии" говорят лишь в применении к

посвящению во епископа» [Полный православный богословский энциклопедический словарь, 1992].

В «Житиях святых» мы часто встречаем примеры хиротесии – исцелений при наложении рук. Вот как описывается исцеление больного преподобным Макарием Александрийским: «Однажды к преподобному был приведен одержимый бесом отрок, который был весь опухший от водянки. Возложив на голову его правую руку, а на сердце левую, преподобный стал молиться Богу. Внезапно отрок вскричал громким голосом, и немедленно из тела его вылилось огромное количество воды. После сего тело отрока пришло в естественное состояние, каким оно было раньше. Помазав отрока святым елеем и окропив его святой водой, преподобный передал его отцу» [Святитель Димитрий Ростовский, 1998].

Неоднократные исцеления больных, в том числе и посредством хиротесии, постоянно приводятся в Новом Завете. И наконец, во время своего последнего явления одиннадцати апостолам, перед вознесением на небо, Иисус сказал: «Уверовавших же будут сопровождать сии знамения: именем Моим будут изгонять бесов; будут говорить новыми языками; будут брать змей; и если что смертоносное выпьют, не повредит им; возложат руки на больных, и они будут здоровы» (Мк. 16: 17-18).

Подводя итог вышесказанному, владыка Антоний Сурожский говорит: «Почти все религиозные обряды совершаются через контакт: возложение рук, благословение – так многое совершается физически, и мы должны осознавать духовные способности, восприимчивость нашего тела к области духа. Без тела мы не могли бы причащаться таинству Тела и Крови Христовых, не могли бы приобщиться Богу. Через тело и благодаря тому, что оно представляет, чем является, можем мы иметь это соединение со Христом и Богом. В человеческих взаимоотношениях прикосновение играет колоссальную роль. Столько сострадания, любви, нежности можно передать прикосновением руки, не словами и речами, а – взяв человека за руку, положив руку ему на плечо... Это тем более относится к больным детям. Или вернее, нет, не только к детям, потому что в тяжелой, серьезной болезни каждый снова становится ребенком. Прикосновением можно передать столь многое – таинственное, священное или просто человеческое (что тоже является священным и таинственным), и этому следует научить родителей больных детей: где бессильны слова, где нет как будто пути к общению, есть таинственный путь передать непередаваемое, то, что невозможно выразить. Любовь, нежность, сострадание, но также веру и непоколебимую уверенность - все это можно вложить в жесты и прикосновения, в то, как мы обращаемся с телом» [Митрополит Сурожский Антоний, 2002].

В конце индивидуального приема врач предупреждает пациента, что, согласно «Начертанию христианского нравоучения», человек как «благоразумный воин должен:

1) перестроить все свое внешнее поведение, всему в нем дать новый вид, новые побуждения, новое время и прочее по духу новой жизни;

2) распределить время свое так, чтобы не оставалось ни одного часа без должного занятия. Промежутки, свободные от необходимых занятий, должны быть наполняемы не чем-нибудь, но занятиями, способствующими умерщвлению греха и укреплению духа. Сколько в этом отношении полезны некоторые телесные подвиги, противоположные замеченным наклонностям, это может испытать всякий;

3) связать свои чувства, особенно глаза, слух и язык легчайшие про-водники греха из сердца вовне и извне в сердце;

4) всему вообще, с чем необходимо встречаться, - вещам, лицам, случаям, - дать духовное знаменование и, особенно, место постоянного своего пребывания исполнить вещами поразительнейшими для души, чтобы, таким образом, живя во внешнем, человек жил как бы в некоем Божественном училище» [Феофан Затворник, святитель, 1994].

Пациент сам сообщает врачу о завершении психотерапии на данном этапе или о решении пойти вместе с членами Александро-Невского братства трезвости в храм для принесения церковного (целебного) зорока. Врач, при необходимости (тяжелая форма зависимости, недостаточная готовность к лечению), предлагает больному прийти на повторный сеанс или же на «закрепление» медицинского зорока.

«Закрепление» зорока для неверующих пациентов или тех, кто не выразил желание продолжить лечение в храме, проводится иногда с использованием врачебных приемов массовой эмоционально-эстетической стрессовой психотерапии. Эта процедура психосоматически ориентированна и имеет медицински обоснованный смысл. Ее необходимость в первую очередь связана с психологическим состоянием пациента, ожидающего конкретных действий и врачебных манипуляций.

При желании самого человека над ним также читаются все необходимые молитвы закрепления лечебного зорока. Для «материализации» зорока у атеистов зев пациента орошается препаратом «плацебо» (по аналогии с «мертвой водой»), после чего ему предлагается сделать три глотка святой воды (по аналогии с живой водой). Заканчивается данная процедура; также домазыванием святым елеем или елеем с Гроба Господня.

Врач должен дать индивидуальные врачебно-духовные советы и рекомендации, а при необходимости назначить очередной индивидуальный прием для контроля за состоянием больного и оказания ему дополнительной помощи – поддерживающей психотерапии («закрепления лечения» и медицинской реабилитации в специализированных наркологических центрах).

Почему же необходимы «закрепления лечения» и повторные приемы. Ведущая задача духовно ориентированной психотерапии, как уже говорилось, - формирование стойкого трезвеннического мировоззрения и православной духовной ориентации, которые должны обеспечивать устойчивости к любым, как внешним, так и внутренним, стрессовым событиям, а также разнообразным личностно значимым переживаниям самого больного.

Для этого, в идеале, требуется создать в сознании больного (его центральной нервной системе) «психологический очаг трезвости». То есть; добиться от человека глубокого понимания разумом и прочувствования сердцем (эмоциями) безусловной целесообразности, необходимости, выгоды и радости ведения трезвой жизни. Такое, вкуче рациональное и эмоциональное понимание и восприятие, будучи устойчиво действующим и есть - «психологический очаг трезвости».

На сеансе ДОП ЦЗ такой очаг формируется, но в последующем под влиянием жизненных, бытовых и прочих ситуаций, особенно стрессов (п: Селье - дистрессов) может размываться, ослабляться и, следовательно, нуждается в периодическом подкреплении. Последнее делается в МИРВЧ согласно принятой методике, когда пациент обращается к врачу для «закрепления лечения».

Но больной по разным причинам не всегда прибегает к помощи врача в сложных жизненных ситуациях. И поэтому попадает в зону риска, в зону реальной опасности срыва положительных результатов лечения. Вот тут-то и напрашивается необходимость «автономного» подкрепления «очага трезвости».

Как это может и должно произойти, нам подсказывают теория И. П. Павлова о «стойком очаге возбуждения» в коре головного мозга и в особенности теория «доминанты» А. А. Ухтомского. Известно, что, согласно данным теориям, «очаг возбуждения» и «доминанта» заглушают, притягивают и поглощают другие очаги возбуждения, сами укрепляясь при этом. Но павловский «очаг возбуждения» и «доминанта» Ухтомского - это лишь физиологический уровень. Речь здесь идет прежде всего не о психологических, а о нейрофизиологических явлениях.

Но почему же аналогичное не может происходить и на психологическом уровне, в свою очередь опирающемся на нейрофизиологические закономерности? Наши данные объективно свидетельствуют о том, что в ряде случаев последнее вполне достижимо. Для того чтобы это произошло, больному всеми средствами рациональной психотерапии целенаправленно разъясняется, как на общем сеансе и на индивидуальном приеме, так и при повторных обращениях, мысль об опасности срывов. Срывы положительных результатов лечения возможны в случае стрессов либо при возникновении мыслей о выпивке, а также при появлении полной уверенности в том, что пьянство преодолено навсегда.

В этих случаях необходимо максимально сосредоточиться на очевидных достоинствах и явных преимуществах трезвости, перечеркнув тем самым «приятные» воспоминания, связанные с алкоголем, которые практически пожизненно сохраняются в памяти больного патологическими зависимостями. В противовес этому следует мысленно вызвать в памяти все головные боли и тяжкие психологические последствия пьянства. Вспомнить лечебный сеанс и слова врача о том, что запить в любую минуту вновь можно даже после 50 лет трезвости.

При «закреплении» результатов лечения врач апеллирует к чувству достоинства пациента, его пониманию и осознанию своей ответственности перед самыми близкими людьми и Богом. Нам представляется крайне важным научить больного за хаотическими жизненными стрессами видеть непостижимый Божий промысел. А за питейными помыслами распознавать хитрые, злобные и коварные измышления лукавого врага, желающего грехопадения человека и его гибели в адской бездне.

Вся индивидуальная работа врача с больным при этом направлена на то, чтобы в итоге разрушить наплывы внешних помыслов, чтобы внутренние греховные желания о выпивке были подавлены, поглощены и ассимилированы «психологическим очагом трезвости». «Очаг трезвости» при этом неизбежно упрочается как навык его мобилизации в критических состояниях самим больным. В этой невидимой прежде брани, ставшей отныне видимой, мобилизуется, укрепляется и закаляется воля исцеляющегося человека. Конечно, при укреплении «доминанты трезвости» требуется немалое искусство, сила убеждения, доходящая порой до экспрессии. И наконец, великое сопереживание и дар сострадания православного врача страждущему и болящему человеку.

«Доминанта трезвости» срабатывает в качестве «психологического очага трезвости» аналогично тому, как на нейрофизиологическом уровне действуют «очаг стойкого возбуждения» И. П. Павлова и «доминанта» А. А. Ухтомского [Зверев В. Ф., 2005].

Пациенты, которые проходят полный курс духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зорока на православной основе, посещают храм организованно, в специально назначенный священником день, для совместного участия в Божественной Литургии, где проводится Таинство Исповеди и перед Крестом и Евангелием, в присутствии священника дается целебный (церковный) зорок. Для тех, кто готовился и был допущен священником, проводится Таинство Причащения Святого Тела и Крови Христовых, после чего служится специальный молебен Ачехсандро-Невского братства трезвости. Во время проповеди больным обязательно напоминает о необходимости постоянного «духовного бодрствования», регулярного посещения Божественной Литургии и Причастия не реже одного раза в месяц. В этой части духовно ориентированная на православной основе эмоционально-стрессовая психотерапия опирается на многовековой церковный опыт. Таким образом, лечение конкретных зависимостей через воцерковление пациентов естественно и органически переходит в выбор ими христианского образа жизни.

Задавая себе вопрос, в какой мере человек может измениться, если по-настоящему воспримет христианство, и что в его характере, природных свойствах может измениться и что останется навсегда, мы вновь обратимся к приснопамятному Митрополиту Антонию

Сурожскому: «Я думаю, что человек может стать лучше, но каждый по-разному. Кажется, Амвросий Оптинский говорил, что суровый человек и святым будет суровым, а мягкий человек будет мягким святым. Но суровость без любви – одно, а суровость с любовью – другое, то есть суровость при глубокой любви может превратиться в очень большую строгость к себе, в стройность жизни или хотя бы перестанет быть мучением для других. Судя по тому, что мне приходилось читать, я не думаю, что человек просто делается иным в том смысле, что его природные свойства или дарования меняются на обратные, но все же они меняются. Скажем, мягкость может быть слабостью или состраданием, сочувствием, лаской; и вот – слабость должна уйти, а ласка, сострадание должны ее заменить. Наши свойства сами по себе большей частью нейтральны и поляризуются в зависимости от того, в какую сторону мы смотрим, каков наш идеал, какова наша направленность» [Митрополит Сурожский Антоний, 2002].

Таким образом, выросшая из массовой эмоционально-эстетической стрессовой психотерапии (ЭЭСПТ) духовно ориентированная на православной основе эмоционально-стрессовая психотерапия в форме целебного зарока (ДОП ЦЗ) – интуитивно соборно развиваемый (верующими врачами-специалистами под духовным окормлением Церкви) комплексный многоэтапный (разделенный на медицинскую и церковную части), как разъясняющий (катехизаторский), так и убеждающий (собственно лечебный), эмоционально-стрессовый психотерапевтический метод лечения патологических зависимостей (по святоотеческому определению – разновидностей страсти чревоугодия), ориентированный не только на психосоматическое лечение (тела и души), но и на духовное исцеление (духа, души и тела).

Стрессорность духовного воздействия являет собой понуждение души на избавление от греховных немощей, направляет ее путь в Царство Небесное, «ибо Царство Небесное силою берется и употребляющие усилия восхищают его» (Мф. 14: 12).

Стрессорность же психотерапевтического воздействия достигается при этом максимальной мобилизацией воли пациентов и их активным участием в собственном исцелении, что происходит путем сосредоточения их внимания на словах врача (смирением); формированием большого искреннего желания лечиться (покаянием); снятием наркотической анозогнозии (смирением, восстановлением самокритики и чувства Божественной реальности); а также совместной молитвой врачей и больных; чтением Святого Евангелия; торжественным произнесением зарока перед Крестом и Евангелием; окроплением пациентов святой водой (освященной в церкви); хиротесией (возложением рук врача на голову больного с произнесением молитвы о его исцелении); елеопомазанием (крестообразным помазанием освященным в церкви елеем органов чувств больного как окон его души) и последующим воцерковлением (той части больных, которые после лечения у врача добровольно пришли в храм для совершения Церковных Таинств).

Механизм нейро- и психофизиологического исцеляющего воздействия данного психотерапевтического комплекса в сочетании с приобщением пациентов к Церковным Таинствам в храме Божиим (Крещения, Покаяния, Причащения) направлен на преодоление духовной зависимости (главного патогенетического звена чревоугодия – фундамента всех патологических зависимостей). И как следствие этого – одновременное освобождение от психической и физической зависимостей (в том понимании, что последствия физической зависимости никоим образом не будут сказываться на здоровье пациента в условиях его трезвой жизни).

Не отрицая важнейшей роли внушения (как положительного, так и отрицательного) в личной и общественной жизни человека, врач, проводящий духовно ориентированную психотерапию и психокоррекцию на православной основе, искренне стремится максимально (насколько это возможно) уменьшить свое личностное (авторитетное) влияние на больного.

Ведь Господь сказал: «...сила Моя совершается в немощи» (2 Кор. 12: 9). И там, где умаляется и смиряется человек, возвеличивается Бог.

А человеческое внушение (даже самое сильное и эффективное) в лучшем случае дает лишь временный результат. И это время передышки от зависимости следует максимально использовать для примирения человека с Богом. Если же этого не произойдет, однажды «вылечившийся» у врача пьяница встретит бывших собутыльников и те проведут ему свое встречное контрвнушение, направленное на неизбежное возобновление патологического влечения к выпивке...

А посему следует помнить: «Не обманывайтесь: худые сообщества развращают добрые нравы. Отрезвитесь, как должно, и не грешите: ибо, к стыду вашему скажу, некоторые из вас не знают Бога» (1 Кор. 15: 33-34). Стало быть, при борьбе с искушениями первым делом следует устранить из своего общения сам источник искушения. Но лишь тогда битва со змием станет эффективной, когда отрезвеет самое войско: врачи, учителя и священники.

Святой Ефрем Сирийский говорил, что пост и молитва – два крыла, помогающие человеку воспарить к Богу. Перефразируя великого подвижника православия, сегодня мы говорим, что врач и священник – два ангельских крыла, помогающие больному подняться из зловонной пучины зависимостей. Пожалуй, в этом подходе и состоит основное качественное (коренное) отличие духовно ориентированной психотерапии и психокоррекции в форме целебного зарока на православной основе от существующих ныне современных методов лечения патологических зависимостей.

Таким образом, врач-психотерапевт, проводящий духовно ориентированную психотерапию и психокоррекцию патологических зависимостей на православной основе, для достижения исцеления больного человека должен иметь веру, надежду и любовь. Верить в результаты своей работы, в эффективную помощь больному. Явить собой личный пример абсолютной трезвости, тем самым дав страждущему надежду на возможную трезвую и счастливую жизнь. Но главное, несомненно, любить человека сострадать и сопереживать болящему. Всеми силами души ощутить людскую боль и даже иногда взять ее на себя. И такого врача, имеющего дар сострадания и духовного сопереживания, по праву нарекут человеколюбцем и целителем. И люди скажут: «У него бесценный Божий дар, которому невозможно научиться».

Метод духовно ориентированной психотерапии и психокоррекции в форме целебного зарока на православной основе (включая все его модификации) внедрен и применяется в течение долгого времени (с 15 декабря 1988 г. по настоящее время) на базе Международного института резервных возможностей человека и Александро-Невского братства трезвости в Санкт-Петербурге, а также в его представительствах в Ленинградской, Псковской, Калининградской и других областях и филиалах в Литве и Белоруссии. В настоящее время на основе метода выполнены и защищены три докторские и шесть кандидатских диссертаций, готовятся к защите еще две докторские и пять кандидатских диссертаций.

Необходимо отметить, что частота пятилетних ремиссий в группе больных, давших двойной зарок (медицинский и церковный), значительно ($p < 0,05$) выше, чем в группе больных, давших только медицинский (лечебный) зарок [Григорьев Г. И., Григорьев С. Г., Мизерене Р. В., 2004; Григорьев Г. И., Григорьев С. Г., Зверев В. Ф., 2007]. Таким образом, совместная работа врачей и священников достоверно повышает эффективность лечения патологическими зависимостями [Григорьев Г. И., Слатвицкий А. И., Советная Н. В., 2004].

Не только по нашим данным, но и в научной литературе говорится о высокой эффективности духовно ориентированного лечения современных больных. Так, например, по данным Р. Уоллеса и его коллег, среди пожилых людей, регулярно посещающих церковь, на 35 % больше долгожителей, чем среди их неверующих ровесников [Wallace R. et al., 2004].

Роберт Б. Уоллес не знает, в чем тут дело, однако рекомендует своим больным посещать церковь. Фактом является и то, что у пациентов с сердечными заболеваниями возникает на 30 % меньше осложнений, если за них молятся [Fultz N., 2003]. В течение многих лет в Санкт-Петербургской епархиальной благотворительной больнице Святой Блаженной Ксении Петербургской обследовали и лечили больных ортопедо-травматологического профиля, узнавая об их отношении к религии. Руководствуясь статьями 23 и 24 Конституции РФ о неприкосновенности частной жизни, информацию о вере или безверии врачи-специалисты получали только пассивно, добровольно со стороны больных, специально не расспрашивая их. Изучались клинические течения и осложнения следующих травм: переломы бедренной кости после интрамедуллярного остеосинтеза; перелома костей голени, леченного как консервативно, так и оперативно, в том числе после внеочагового компрессионно-дистракционного остеосинтеза; перелома обеих лодыжек с подвывихом стопы. Из 102 больных I группы (равнодушные к религии, не относящие себя к какой-либо конфессии и атеисты) осложнения и неудачи наблюдались у 15 человек (14,7 %). Из 93 пациентов II группы (активные прихожане храмов) осложнения и неудачи были у 3 человек (3,2 %). Таким образом, в лечении атеистов больше сложностей и неудач. Верующие в Бога выздоравливают быстрее почти в 5 раз [Попов И. В., 2005].

Немалая работа в деле развития духовно ориентированной психотерапии много лет проводится в Пензенской области под руководством главного психотерапевта Облздравотдела доктора медицинских наук, профессора В. Н. Сгибова и его ближайшего помощника – заместителя директора областного научно-практического центра «Психотерапия» А. Г. Загребаяева. Этими врачами-подвижниками проделана большая работа по установлению трехсторонних контактов между правительством области, медицинской службой и Пензенской епархией. Именно в городе Пензе в декабре 2005 г., по решению губернатора области, выделившего для этого необходимые средства, на базе научно-практического центра «Психотерапия» был проведен первый в истории современной России выездной цикл духовно ориентированной на православной основе психотерапии профессором Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования (СПбМАПО) Г. И. Григорьевым.

В Северо-Западном государственном медицинском университете им. И.И. Мечикова (ранее СПбМАПО) Минздрава РФ на кафедре медицинской психологии с июня 2005 г. профессор Г. И. Григорьев ведет цикл научно-практических занятий по духовно ориентированной на православной основе психотерапии.

Число сторонников духовно ориентированного направления в медицине неизменно будет увеличиваться год от года. Последнее связано как с высокой потребностью населения в данном виде помощи, так и с кризисом современной психотерапии, несмотря на множество психотерапевтических методов и методик. Кризис современной медицины, в первую очередь, - есть результат бездуховности современного общества.

Не ставя задачи статистически оценить и математически смоделировать механизм воздействия на человека Святого Духа, мы смиренно дерзаем оценить результаты этого воздействия, увидеть те плоды возбуждающей благодати Божией, которые надеется получить всякий православный человек в молитве: «Царю Небесный, Утешителю, Душе истины, Иже везде сый и вся исполняи, Сокровище благих и жизни Подателю, прииди и вселися в ны, и очисти ны от всякия скверны, и спаси, Блаже, души наша».

ГЛАВА 6. СОВРЕМЕННОЕ РОССИЙСКОЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО В СФЕРЕ ПРОФИЛАКТИКИ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПАВ

6.1. Проблемы законодательства в сфере профилактики употребления ПАВ

В рамках профилактики особый акцент следует делать на работу с молодежью в рамках действующего законодательства. В связи с этим представляется важным анализ правового поля в России с точки зрения профилактики злоупотребления ПАВ.

Все стороны, заинтересованные в решении проблемы профилактики наркомании, ощущают потребность в конкретных законодательных актах, четко регламентирующих такую деятельность. Современное развитие законодательной базы характеризуется тем, что место профилактики среди других юридических понятий не определено, то есть правовое поле профилактики не разработано и законодательное обеспечение государственной системы профилактики наркомании практически отсутствует.

Повышению эффективности антинаркотической деятельности служит развитие правовой базы, основу которой составляют Единая конвенция о наркотических средствах 1961 года с поправками, внесенными в нее в соответствии с Протоколом 1972 года о поправках к Единой конвенции о наркотических средствах 1961 года, Конвенция о психотропных веществах 1971 года и Конвенция Организации Объединенных Наций о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ 1988 года, другие многосторонние и двусторонние договоры, участником которых является Российская Федерация, Конституция Российской Федерации, федеральные конституционные законы, федеральные законы, указы и распоряжения Президента Российской Федерации, постановления и распоряжения Правительства Российской Федерации, а также нормативные правовые акты федеральных органов исполнительной власти.

В соответствии с Концепцией государственной политики по контролю за наркотиками в Российской Федерации (утверждена Постановлением Верховного Совета Российской Федерации от 22 июля 1993 года № 5494-1) одним из главных направлений государственной политики являются предупреждение незаконного потребления наркотиков, лечение и реабилитация больных наркоманией. В связи с этим в Концепции подчеркивается необходимость определить группы населения с повышенным риском незаконного потребления наркотических средств и обеспечить юридически обоснованные мероприятия по предупреждению потребления наркотиков и выявлению их незаконных потребителей.

Федеральный закон от 8 января 1998 года № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» (статья 4, пункт 2) особо отмечает, что одним из принципов государственной политики в области противодействия незаконному обороту наркотиков является приоритетность мер по профилактике наркомании и стимулирование деятельности, направленной на антинаркотическую пропаганду. Федеральным законом от 24 июня 1999 года № 120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» к органам и учреждениям системы профилактики отнесены органы управления образованием, которые разрабатывают и внедряют в практику образовательных учреждений программы и методики, направленные на формирование законопослушного поведения несовершеннолетних, и образовательные учреждения, обеспечивающие выявление несовершеннолетних, находящихся в социально опасном положении (в том числе употребляющих наркотики), и в пределах своей компетенции осуществляющих индивидуальную профилактическую работу с такими несовершеннолетними.

На пути решения поставленных задач профилактики стоит целый ряд нерешенных

проблем:

- Федеральный закон от 8 января 1998 года № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» предусматривает оказание наркологической (в том числе реабилитационной помощи) исключительно в учреждениях системы здравоохранения. В то же время представляется необходимым обеспечить возможность оказания реабилитационной помощи несовершеннолетним и молодежи в учреждениях системы образования, получивших в установленном законом порядке лицензию на указанный вид деятельности.
- До сих пор не принят федеральный закон «О социально-медицинской реабилитации лиц, больных наркоманией», призванный регламентировать порядок оказания реабилитационной помощи лицам (включая несовершеннолетних), злоупотребляющим наркотическими средствами, в том числе совершившим общественно опасные деяния (преступления).
- Действующее законодательство допускает медицинское освидетельствование потребителей наркотических средств только по постановлению органов прокуратуры, органов дознания, следователя или судьи. В связи с этим в настоящее время возникают проблемы с оперативным освидетельствованием несовершеннолетних на предмет употребления наркотиков. Иногда приходится ждать недели, за это время наркотик выводится из организма, и в результате экспертный анализ биологических сред подростка, подозреваемого в употреблении наркотиков, не дает положительного результата.
- Российское законодательство запрещает потребление наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача, но не определяет меру ответственности за подобное нарушение закона. Отсутствие хотя бы административной ответственности для потребителя наркотиков создает целый ряд препятствий решению задач первичной профилактики наркозависимости, а также решению задач вторичной и третичной профилактики при осуществлении лечебных и реабилитационных программ для больных наркоманией.

Наркомания — это не личное дело каждого. В результате наркотизации у потребителя возникают серьезные проблемы со здоровьем, он легко заболевает тяжелейшими инфекционными заболеваниями (гепатиты, ВИЧ-инфекция, СПИД, венерические болезни) и столь же легко их распространяет. Потребители наркотиков или больные наркоманией втягиваются в криминальную деятельность. Находясь в состоянии наркотического опьянения, особенно если управляют транспортом или имеют доступ к оружию, они представляют серьезную опасность для здоровья и жизни окружающих. Практически невозможно сочетать учебу или работу с употреблением наркотиков. Ко всему прочему наркоманы разрушают и деструктурируют семьи, они не могут выполнять свой долг перед обществом и защищать интересы государства. Тем самым они становятся обузой для семьи и общества, потенциально наркоман всегда опасен. Лица, злоупотребляющие наркотиками, должны знать, что им придется смириться с отступлениями от «правила неприкосновенности», так как в конечном счете речь идет о том, что закон, мораль, общечеловеческие ценности имеют приоритет и должны господствовать в демократическом обществе.

Чтобы обеспечить активную профилактическую работу, остановить эпидемию наркомании, оказать лечебно-реабилитационную помощь потребителям наркотиков и больным наркоманией, требуется совершенствовать законодательство и обеспечить вмешательство на всех уровнях так называемой наркотической пирамиды. Прежде всего, должна быть введена административная ответственность за употребление наркотиков,

обеспечена возможность оперативного обследования лиц, подозреваемых в употреблении наркотических средств, расширены правовые основы для профилактической работы и реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих ПАВ. Совместно с МВД России, Минздравом России, Минтрудом России, иными заинтересованными министерствами и ведомствами должны быть определены формы межведомственного взаимодействия в вопросах выявления, взаимного информирования и учета обучающихся и студентов, злоупотребляющих ПАВ, пресечения распространения наркотических средств, психотропных и иных одурманивающих веществ в образовательных учреждениях.

Эпидемия наркозависимости в среде молодежи и подростков не может рассматриваться как отдельная проблема, вне связи с общими причинами социальной дезадаптации. Таким образом, только координация усилий различных ведомств, направленных на профилактику наркомании позволит снизить рост наркозависимых лиц. Важно подчеркнуть, что при решении данной задачи необходимо реализовывать весь спектр профилактических мероприятий.

6.2. Действующая нормативно-правовая база в сфере профилактики употребления ПАВ

Деятельность в сфере профилактики употребления ПАВ регулируется Гражданским, Трудовым, Семейным, Уголовным и другими кодексами Российской Федерации, а также законами, принимаемыми высшим органом законодательной власти, указами и иными актами главы государства, постановлениями правительства, актами, издаваемыми министерствами и ведомствами, и т. д. Ниже представлены выдержки из наиболее значимых для темы профилактики употребления ПАВ нормативно-правовых актов.

ГРАЖДАНСКИЙ КОДЕКС РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ **Части 1, 2** от 30.11.1994 № 51-ФЗ

Статья 30. Ограничение дееспособности гражданина

1. Гражданин, который вследствие пристрастия к азартным играм, злоупотребления спиртными напитками или наркотическими средствами ставит свою семью в тяжелое материальное положение, может быть ограничен судом в дееспособности в порядке, установленном гражданским процессуальным законодательством. Над ним устанавливается попечительство.

Он вправе самостоятельно совершать мелкие бытовые сделки.

Совершать другие сделки он может лишь с согласия попечителя. Однако такой гражданин самостоятельно несет имущественную ответственность по совершенным им сделкам и за причиненный им вред. Попечитель получает и расходует заработок, пенсию и иные доходы гражданина, ограниченного судом в дееспособности, в интересах подопечного в порядке, предусмотренном статьей 37 настоящего Кодекса.

2. Если основания, в силу которых гражданин был ограничен в дееспособности, отпали, суд отменяет ограничение его дееспособности. На основании решения суда отменяется установленное над гражданином попечительство.

Статья 33. Попечительство

1. Попечительство устанавливается над несовершеннолетними в возрасте от четырнадцати до восемнадцати лет, а также над гражданами, ограниченными судом в дееспособности.

2. Попечители дают согласие на совершение тех сделок, которые граждане, находящиеся под попечительством, не вправе совершать самостоятельно.

Попечители несовершеннолетних граждан оказывают подопечным содействие в осуществлении ими своих прав и исполнении обязанностей, а также охраняют их от злоупотреблений со стороны третьих лиц.

Статья 34. Органы опеки и попечительства

1. Органами опеки и попечительства являются органы исполнительной власти субъекта Российской Федерации.

<...>

Статья 35. Опекун и попечитель

1. Опекун или попечитель назначается органом опеки и попечительства по месту жительства лица, нуждающегося в опеке или попечительстве, в течение месяца с момента, когда указанным органам стало известно о необходимости установления опеки или попечительства над гражданином. При наличии заслуживающих внимания обстоятельств опекун или попечитель может быть назначен органом опеки и попечительства по месту жительства опекуна (попечителя). Если лицу, нуждающемуся в опеке или попечительстве, в течение месяца не назначен опекун или попечитель, исполнение обязанностей опекуна или попечителя временно возлагается на орган опеки и попечительства.

Назначение опекуна или попечителя может быть оспорено в суде заинтересованными лицами.

2. Опекун и попечитель могут назначаться только совершеннолетние дееспособные граждане. Не могут быть назначены опекунами и попечителями граждане, лишенные родительских прав, а также граждане, имеющие на момент установления опеки или попечительства судимость за умышленное преступление против жизни или здоровья граждан.

3. Опекун или попечитель может быть назначен только с его согласия. При этом должны учитываться его нравственные и иные личные качества, способность к выполнению обязанностей опекуна или попечителя, отношения, существующие между ним и лицом, нуждающимся в опеке или попечительстве, а если это возможно — и желание подопечного.

4. Недееспособным или не полностью дееспособным гражданам, помещенным под надзор в образовательные организации, медицинские организации, организации, оказывающие социальные услуги, или иные организации, в том числе в организации для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, опекун или попечитель не назначаются. Исполнение обязанностей опекунов или попечителей возлагается на указанные организации.

Статья 36. Исполнение опекунами и попечителями своих обязанностей

1. Обязанности по опеке и попечительству исполняются безвозмездно, кроме случаев, предусмотренных законом.

<...>

5. Если основания, в силу которых гражданин был признан недееспособным или ограниченно дееспособным вследствие злоупотребления спиртными напитками или наркотическими средствами, отпали, опекун или попечитель обязан ходатайствовать перед судом о признании подопечного дееспособным и о снятии с него опеки или попечительства.

Статья 1077. Ответственность за вред, причиненный гражданином, признанным ограниченно дееспособным

Вред, причиненный гражданином, ограниченным в дееспособности вследствие злоупотребления спиртными напитками или наркотическими средствами, возмещается самим причинителем вреда.

Статья 1078. Ответственность за вред, причиненный гражданином,

не способным понимать значение своих действий.

<...>

2. Причинитель вреда не освобождается от ответственности, если сам привел себя в состояние, в котором не мог понимать значение своих действий или руководить ими, употреблением спиртных напитков, наркотических средств или иным способом.

<...>

ГРАЖДАНСКИЙ ПРОЦЕССУАЛЬНЫЙ КОДЕКС РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ от 14.11.2002 № 138-ФЗ

Статья 281. Подача заявления об ограничении дееспособности гражданина, о признании гражданина недееспособным, об ограничении или о лишении несовершеннолетнего в возрасте от четырнадцати до восемнадцати лет права самостоятельно распоряжаться своими доходами

1. Дело об ограничении гражданина в дееспособности вследствие злоупотребления спиртными напитками или наркотическими средствами может быть возбуждено на основании заявления членов его семьи, органа опеки и попечительства, психиатрического или психоневрологического учреждения.

2. Дело о признании гражданина недееспособным вследствие психического расстройства может быть возбуждено в суде на основании заявления членов его семьи, близких родственников (родителей, детей, братьев, сестер) независимо от совместного с ним проживания, органа опеки и попечительства, психиатрического или психоневрологического учреждения.

<...>

4. Заявление об ограничении гражданина в дееспособности, о признании гражданина недееспособным, об ограничении или о лишении несовершеннолетнего в возрасте от четырнадцати до восемнадцати лет права самостоятельно распоряжаться своими доходами подается в суд по месту жительства данного гражданина, а если гражданин помещен в психиатрическое или психоневрологическое учреждение, по месту нахождения этого учреждения.

Статья 282. Содержание заявления об ограничении дееспособности гражданина, о признании гражданина недееспособным, об ограничении или о лишении несовершеннолетнего в возрасте от четырнадцати до восемнадцати лет права самостоятельно распоряжаться своими доходами

1. В заявлении об ограничении дееспособности гражданина должны быть изложены обстоятельства, свидетельствующие о том, что гражданин, злоупотребляющий спиртными напитками или наркотическими средствами, ставит свою семью в тяжелое материальное положение.

2. В заявлении о признании гражданина недееспособным должны быть изложены обстоятельства, свидетельствующие о наличии у гражданина психического расстройства, вследствие чего он не может понимать значение своих действий или руководить ими.

<...>

Статья 283. Назначение экспертизы для определения психического состояния гражданина

Судья в порядке подготовки к судебному разбирательству дела о признании гражданина недееспособным при наличии достаточных данных о психическом расстройстве гражданина назначает для определения его психического состояния судебно-

психиатрическую экспертизу. При явном уклонении гражданина, в отношении которого возбуждено дело, от прохождения экспертизы суд в судебном заседании с участием прокурора и психиатра может вынести определение о принудительном направлении гражданина на судебно-психиатрическую экспертизу.

Статья 284. Рассмотрение заявления об ограничении дееспособности гражданина, о признании гражданина недееспособным, об ограничении или о лишении несовершеннолетнего в возрасте от четырнадцати до восемнадцати лет права самостоятельно распоряжаться своими доходами

1. Заявление об ограничении дееспособности гражданина, о признании гражданина недееспособным <...> суд рассматривает с участием самого гражданина, заявителя, прокурора, представителя органа опеки и попечительства. Гражданин, в отношении которого рассматривается дело о признании его недееспособным, должен быть вызван в судебное заседание, если его присутствие в судебном заседании не создает опасности для его жизни или здоровья либо для жизни или здоровья окружающих, для предоставления ему судом возможности изложить свою позицию лично либо через выбранных им представителей.

В случае, если личное участие гражданина в проводимом в помещении суда судебном заседании по делу о признании гражданина недееспособным создает опасность для его жизни или здоровья либо для жизни или здоровья окружающих, данное дело рассматривается судом по месту нахождения гражданина, в том числе в помещении психиатрического стационара или психоневрологического учреждения, с участием самого гражданина.

2. Заявитель освобождается от уплаты издержек, связанных с рассмотрением заявления об ограничении гражданина в дееспособности, о признании гражданина недееспособным <...>. Суд, установив, что лицо, подавшее заявление, действовало недобросовестно в целях заведомо необоснованного ограничения или лишения дееспособности гражданина, взыскивает с такого лица все издержки, связанные с рассмотрением дела.

Статья 285. Решение суда по заявлению об ограничении дееспособности гражданина, о признании гражданина недееспособным

1. Решение суда, которым гражданин ограничен в дееспособности, является основанием для назначения ему попечителя органом опеки и попечительства.

2. Решение суда, которым гражданин признан недееспособным, является основанием для назначения ему опекуна органом опеки и попечительства.

ТРУДОВОЙ КОДЕКС РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
от 30.12.2001 № 197-ФЗ

Статья 76. Отстранение от работы

Работодатель обязан отстранить от работы (не допускать к работе) работника <...> появившегося на работе в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения.

Статья 81. Расторжение трудового договора по инициативе работодателя

Трудовой договор может быть расторгнут работодателем в случаях: появления работника на работе (на своем рабочем месте либо на территории организации — работодателя или объекта, где по поручению работодателя работник должен выполнять трудовую функцию) в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения.

**Статья 265. Работы, на которых запрещается применение труда лиц
в возрасте до восемнадцати лет**

Запрещается применение труда лиц в возрасте до восемнадцати лет на работах с вредными и (или) опасными условиями труда, на подземных работах, а также на работах, выполнение которых может причинить вред их здоровью и нравственному развитию (игорный бизнес, работа в ночных кабаре и клубах, производство, перевозка и торговля спиртными напитками, табачными изделиями, наркотическими и иными токсическими препаратами).

СЕМЕЙНЫЙ КОДЕКС РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
от 29.12.1995 № 223-ФЗ

Статья 69. Лишение родительских прав

Родители (один из них) могут быть лишены родительских прав, если они <...> являются больными хроническим алкоголизмом или наркоманией.

Статья 70. Порядок лишения родительских прав

1. Лишение родительских прав производится в судебном порядке.

Дела о лишении родительских прав рассматриваются по заявлению одного из родителей или лиц, их заменяющих, заявлению прокурора, а также по заявлениям органов или организаций, на которые возложены обязанности по охране прав несовершеннолетних детей (органов опеки и попечительства, комиссий по делам несовершеннолетних, организаций для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, и других).

2. Дела о лишении родительских прав рассматриваются с участием прокурора и органа опеки и попечительства.

КОДЕКС РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ОБ АДМИНИСТРАТИВНЫХ ПРАВОНАРУШЕНИЯХ
от 30.12.2001 № 195-ФЗ

**Статья 6.8. Незаконный оборот наркотических средств, психотропных веществ
или их аналогов и незаконные приобретение, хранение, перевозка растений,
содержащих наркотические средства или психотропные вещества, либо их частей,
содержащих наркотические средства или психотропные вещества**

1. Незаконные приобретение, хранение, перевозка, изготовление, переработка без цели сбыта наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов, а также незаконные приобретение, хранение, перевозка без цели сбыта растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества, либо их частей, содержащих наркотические средства или психотропные вещества, влекут наложение административного штрафа в размере от четырех тысяч до пяти тысяч рублей или административный арест на срок до пятнадцати суток.

<...>

Примечание. Лицо, добровольно сдавшее приобретенные без цели сбыта наркотические средства, психотропные вещества, их аналоги или растения, содержащие наркотические средства или психотропные вещества, либо их части, содержащие наркотические средства или психотропные вещества, освобождается от административной ответственности за данное административное правонарушение.

**Статья 6.9. Потребление наркотических средств
или психотропных веществ без назначения врача**

1. Потребление наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача, за исключением случаев, предусмотренных частью 3 статьи 20.20, статьей 20.22 настоящего Кодекса, влечет наложение административного штрафа в размере от четырех тысяч до пяти тысяч рублей или административный арест на срок до пятнадцати суток.

<...>

Примечание. Лицо, добровольно обратившееся в лечебно-профилактическое учреждение для лечения в связи с потреблением наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача, освобождается от административной ответственности за данное правонарушение. Лицо, в установленном порядке признанное больным наркоманией, может быть с его согласия направлено на медицинское и социальное восстановление в лечебно-профилактическое учреждение и в связи с этим освобождается от административной ответственности за совершение правонарушений, связанных с потреблением наркотических средств или психотропных веществ.

УГОЛОВНЫЙ КОДЕКС РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
от 13.06.1996 № 63-ФЗ

Статья 19. Общие условия уголовной ответственности

Уголовной ответственности подлежит только вменяемое физическое лицо, достигшее возраста, установленного настоящим Кодексом.

Статья 20. Возраст, с которого наступает уголовная ответственность

1. Уголовной ответственности подлежит лицо, достигшее ко времени совершения преступления шестнадцатилетнего возраста.

2. Лица, достигшие ко времени совершения преступления четырнадцатилетнего возраста, подлежат уголовной ответственности за убийство (статья 105), умышленное причинение тяжкого вреда здоровью (статья 111), умышленное причинение средней тяжести вреда здоровью (статья 112), похищение человека (статья 126), изнасилование (статья 131), насильственные действия сексуального характера (статья 132), кражу (статья 158), грабеж (статья 161), разбой (статья 162), вымогательство (статья 163), неправомерное завладение автомобилем или иным транспортным средством без цели хищения (статья 166), умышленные уничтожение или повреждение имущества при отягчающих обстоятельствах (часть вторая статьи 167), террористический акт (статья 205), захват заложника (статья 206), заведомо ложное сообщение об акте терроризма (статья 207), хулиганство при отягчающих обстоятельствах (часть вторая статьи 213), вандализм (статья 214), хищение либо вымогательство оружия, боеприпасов, взрывчатых веществ и взрывных устройств (статья 226), хищение либо вымогательство наркотических средств или психотропных веществ (статья 229), приведение в негодность транспортных средств или путей сообщения (статья 267).

**Статья 23. Уголовная ответственность лиц, совершивших преступление
в состоянии опьянения**

Лицо, совершившее преступление в состоянии опьянения, вызванном употреблением алкоголя, наркотических средств или других одурманивающих веществ, подлежит уголовной ответственности.

Статья 97. Основания применения принудительных мер медицинского характера

1. Принудительные меры медицинского характера могут быть назначены судом

лицам:

а) совершившим деяния, предусмотренные статьями Особенной части настоящего Кодекса, в состоянии невменяемости;

б) у которых после совершения преступления наступило психическое расстройство, делающее невозможным назначение или исполнение наказания;

в) совершившим преступление и страдающим психическими расстройствами, не исключающими вменяемости;

г) утратил силу. — Федеральный закон от 08.12.2003 № 162-ФЗ;

д) совершившим в возрасте старше восемнадцати лет преступление против половой неприкосновенности несовершеннолетнего, не достигшего четырнадцатилетнего возраста, и страдающим расстройством сексуального предпочтения (педофилией), не исключающим вменяемости.

2. Лицам, указанным в части первой настоящей статьи, принудительные меры медицинского характера назначаются только в случаях, когда психические расстройства связаны с возможностью причинения этими лицами иного существенного вреда либо с опасностью для себя или других лиц.

3. Порядок исполнения принудительных мер медицинского характера определяется уголовно-исполнительным законодательством Российской Федерации и иными федеральными законами.

4. В отношении лиц, указанных в части первой настоящей статьи и не представляющих опасности по своему психическому состоянию, суд может передать необходимые материалы органам здравоохранения для решения вопроса о лечении этих лиц или направлении их в психоневрологические учреждения социального обеспечения в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации о здравоохранении.

Статья 98. Цели применения принудительных мер медицинского характера

Целями применения принудительных мер медицинского характера являются излечение лиц, указанных в части первой статьи 97 настоящего Кодекса, или улучшение их психического состояния, а также предупреждение совершения ими новых деяний, предусмотренных статьями Особенной части настоящего Кодекса.

Статья 99. Виды принудительных мер медицинского характера

1. Суд может назначить следующие виды принудительных мер медицинского характера:

а) амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра;

б) принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа;

в) принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа;

г) принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением.

2. Лицам, осужденным за преступления, совершенные в состоянии вменяемости, но нуждающимся в лечении психических расстройств, не исключающих вменяемости, в том числе лицам, указанным в пункте «д» части первой статьи 97 настоящего Кодекса, суд наряду с наказанием может назначить принудительную меру медицинского характера в виде амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра.

Статья 100. Амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра

Амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра может быть назначено при наличии оснований, предусмотренных статьей 97 настоящего Кодекса, если лицо по своему психическому состоянию не нуждается в помещении в психиатрический стационар.

Статья 101. Принудительное лечение в психиатрическом стационаре

1. Принудительное лечение в психиатрическом стационаре может быть назначено при

наличии оснований, предусмотренных статьей 97 настоящего Кодекса, если характер психического расстройства лица требует таких условий лечения, ухода, содержания и наблюдения, которые могут быть осуществлены только в психиатрическом стационаре.

2. Принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа может быть назначено лицу, которое по своему психическому состоянию нуждается в стационарном лечении и наблюдении, но не требует интенсивного наблюдения.

3. Принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа может быть назначено лицу, которое по своему психическому состоянию требует постоянного наблюдения.

4. Принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением может быть назначено лицу, которое по своему психическому состоянию представляет особую опасность для себя или других лиц и требует постоянного и интенсивного наблюдения.

Статья 102. Продление, изменение и прекращение применения принудительных мер медицинского характера

1. Продление, изменение и прекращение применения принудительных мер медицинского характера осуществляются судом по представлению администрации учреждения, осуществляющего принудительное лечение, или уголовно-исполнительной инспекции, контролирующей применение принудительных мер медицинского характера, на основании заключения комиссии врачей-психиатров.

2. Лицо, которому назначена принудительная мера медицинского характера, подлежит освидетельствованию комиссией врачей-психиатров не реже одного раза в шесть месяцев для решения вопроса о наличии оснований для внесения представления в суд о прекращении применения или об изменении такой меры. Освидетельствование такого лица проводится по инициативе лечащего врача, если в процессе лечения он пришел к выводу о необходимости изменения принудительной меры медицинского характера либо прекращения ее применения, а также по ходатайству самого лица, его законного представителя и (или) близкого родственника. Ходатайство подается через администрацию учреждения, осуществляющего принудительное лечение, или уголовно-исполнительную инспекцию, осуществляющую контроль за применением принудительных мер медицинского характера, вне зависимости от времени последнего освидетельствования. При отсутствии оснований для прекращения применения или изменения принудительной меры медицинского характера администрация учреждения, осуществляющего принудительное лечение, или уголовно-исполнительная инспекция, осуществляющая контроль за применением принудительных мер медицинского характера, представляет в суд заключение для продления принудительного лечения. Первое продление принудительного лечения может быть произведено по истечении шести месяцев с момента начала лечения, в последующем продление принудительного лечения производится ежегодно.

2.1. Вне зависимости от времени последнего освидетельствования и от принятого решения о прекращении применения принудительных мер медицинского характера суд на основании внесенного не позднее чем за шесть месяцев до истечения срока исполнения наказания ходатайства администрации учреждения, исполняющего наказание, назначает судебно-психиатрическую экспертизу в отношении лица, указанного в пункте "д" части первой статьи 97 настоящего Кодекса, в целях решения вопроса о необходимости применения к нему принудительных мер медицинского характера в период условно-досрочного освобождения или в период отбывания более мягкого вида наказания, а также после отбытия наказания. Суд на основании заключения судебно-психиатрической экспертизы может назначить принудительную меру медицинского характера, предусмотренную пунктом «а» части первой статьи 99 настоящего Кодекса, или прекратить

ее применение.

3. Изменение или прекращение применения принудительной меры медицинского характера осуществляется судом в случае такого изменения психического состояния лица, при котором отпадает необходимость в применении ранее назначенной меры либо возникает необходимость в назначении иной принудительной меры медицинского характера.

4. В случае прекращения применения принудительного лечения в психиатрическом стационаре суд может передать необходимые материалы в отношении лица, находившегося на принудительном лечении, органам здравоохранения для решения вопроса о его лечении или направлении в психоневрологическое учреждение социального обеспечения в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации о здравоохранении.

Статья 151. Вовлечение несовершеннолетнего в совершение антиобщественных действий

1. Вовлечение несовершеннолетнего в систематическое употребление спиртных напитков, одурманивающих веществ, в занятие бродяжничеством или попрошайничеством, совершенное лицом, достигшим восемнадцатилетнего возраста, наказывается обязательными работами на срок до четырехсот восьмидесяти часов, либо исправительными работами на срок от одного года до двух лет, либо арестом на срок от трех до шести месяцев, либо лишением свободы на срок до четырех лет.

2. То же деяние, совершенное родителем, педагогом либо иным лицом, на которое законом возложены обязанности по воспитанию несовершеннолетнего, наказывается ограничением свободы на срок от двух до четырех лет, либо арестом на срок от четырех до шести месяцев, либо лишением свободы на срок до пяти лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.

3. Деяния, предусмотренные частями первой или второй настоящей статьи, совершенные с применением насилия или с угрозой его применения, наказываются лишением свободы на срок до шести лет с ограничением свободы на срок до двух лет либо без такового.

Примечание. Действие настоящей статьи не распространяется на случаи вовлечения несовершеннолетнего в занятие бродяжничеством, если это деяние совершено родителем вследствие стечения тяжелых жизненных обстоятельств, вызванных утратой источника средств существования или отсутствием места жительства.

Статья 151.1. Розничная продажа несовершеннолетним алкогольной продукции

Розничная продажа несовершеннолетним алкогольной продукции, если это деяние совершено неоднократно, наказывается штрафом в размере до восьмидесяти тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до шести месяцев либо исправительными работами на срок до одного года с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.

Примечание. Розничной продажей несовершеннолетнему алкогольной продукции, совершенной лицом неоднократно, признается розничная продажа несовершеннолетнему алкогольной продукции, если это лицо ранее привлекалось к административной ответственности за аналогичное деяние в течение ста восьмидесяти дней.

Статья 228. Незаконное приобретение, хранение, перевозка, изготовление, переработка наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов, а также незаконное приобретение, хранение, перевозка растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества, либо их частей, содержащих наркотические средства или психотропные вещества

1. Незаконное приобретение, хранение, перевозка, изготовление, переработка без цели

сбыта наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов в значительном размере, а также незаконные приобретение, хранение, перевозка без цели сбыта растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества, либо их частей, содержащих наркотические средства или психотропные вещества, в значительном размере, наказываются штрафом в размере до сорока тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до трех месяцев, либо обязательными работами на срок до четырехсот восьмидесяти часов, либо исправительными работами на срок до двух лет, либо ограничением свободы на срок до трех лет, либо лишением свободы на тот же срок.

2. Те же деяния, совершенные в крупном размере, наказываются лишением свободы на срок от трех до десяти лет со штрафом в размере до пятисот тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до трех лет либо без такового и с ограничением свободы на срок до одного года либо без такового.

3. Те же деяния, совершенные в особо крупном размере, наказываются лишением свободы на срок от десяти до пятнадцати лет со штрафом в размере до пятисот тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до трех лет либо без такового и с ограничением свободы на срок до полутора лет либо без такового.

Примечания. 1. Лицо, совершившее предусмотренное настоящей статьей преступление, добровольно сдавшее наркотические средства, психотропные вещества или их аналоги, растения, содержащие наркотические средства или психотропные вещества, либо их части, содержащие наркотические средства или психотропные вещества, и активно способствовавшее раскрытию или пресечению преступлений, связанных с незаконным оборотом указанных средств, веществ или их аналогов, а также с незаконными приобретением, хранением, перевозкой таких растений либо их частей, содержащих наркотические средства или психотропные вещества, изобличению лиц, их совершивших, обнаружению имущества, добытого преступным путем, освобождается от уголовной ответственности за данное преступление. Не может признаваться добровольной сдачей наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов, растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества, либо их частей, содержащих наркотические средства или психотропные вещества, изъятие указанных средств, веществ или их аналогов, таких растений либо их частей, содержащих наркотические средства или психотропные вещества, при задержании лица и при производстве следственных действий по обнаружению и изъятию указанных средств, веществ или их аналогов, таких растений либо их частей, содержащих наркотические средства или психотропные вещества. <...>

Статья 228.1. Незаконное производство, сбыт или пересылка наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов, а также незаконные сбыт или пересылка растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества, либо их частей, содержащих наркотические средства или психотропные вещества

1. Незаконное производство, сбыт или пересылка наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов, а также незаконные сбыт или пересылка растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества, либо их частей, содержащих наркотические средства или психотропные вещества, наказываются лишением свободы на срок от четырех до восьми лет с ограничением свободы на срок до одного года либо без такового.

2. Сбыт наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов, совершенный:

а) в следственном изоляторе, исправительном учреждении, административном здании, сооружении административного назначения, образовательном учреждении, на объектах спорта, железнодорожного, воздушного, морского, внутреннего водного транспорта или метрополитена, в общественном транспорте либо помещениях, используемых для

развлечений или досуга;

б) с использованием средств массовой информации либо электронных или информационно-телекоммуникационных сетей (включая сеть Интернет), —

наказывается лишением свободы на срок от пяти до двенадцати лет со штрафом в размере до пятисот тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до трех лет либо без такового и с ограничением свободы на срок до одного года либо без такового.

3. Деяния, предусмотренные частями первой или второй настоящей статьи, совершенные:

а) группой лиц по предварительному сговору;

б) в значительном размере, —

наказываются лишением свободы на срок от восьми до пятнадцати лет со штрафом в размере до пятисот тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до трех лет либо без такового и с ограничением свободы на срок до двух лет либо без такового.

4. Деяния, предусмотренные частями первой, второй или третьей настоящей статьи, совершенные:

а) организованной группой;

б) лицом с использованием своего служебного положения;

в) лицом, достигшим восемнадцатилетнего возраста, в отношении несовершеннолетнего;

г) в крупном размере, —

наказываются лишением свободы на срок от десяти до двадцати лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до двадцати лет или без такового и со штрафом в размере до одного миллиона рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до пяти лет либо без такового.

5. Деяния, предусмотренные частями первой, второй, третьей или четвертой настоящей статьи, совершенные в особо крупном размере, —

наказываются лишением свободы на срок от пятнадцати до двадцати лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до двадцати лет или без такового и со штрафом в размере до одного миллиона рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до пяти лет либо без такового или пожизненным лишением свободы.

Статья 228.2. Нарушение правил оборота наркотических средств или психотропных веществ

1. Нарушение правил производства, изготовления, переработки, хранения, учета, отпуска, реализации, продажи, распределения, перевозки, пересылки, приобретения, использования, ввоза, вывоза либо уничтожения наркотических средств или психотропных веществ либо их прекурсоров, инструментов или оборудования, используемых для изготовления наркотических средств или психотропных веществ, находящихся под специальным контролем, повлекшее их утрату, нарушение правил культивирования растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества либо их прекурсоры, для использования в научных, учебных целях и в экспертной деятельности, а также нарушение правил хранения, учета, реализации, продажи, перевозки, приобретения, использования, ввоза, вывоза либо уничтожения растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества либо их прекурсоры, и их частей, содержащих наркотические средства или психотропные вещества либо их прекурсоры, повлекшее утрату таких растений или их частей, если это деяние совершено лицом, в обязанности которого

входит соблюдение указанных правил, наказывается штрафом в размере до ста двадцати тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до одного года либо обязательными работами на срок до трехсот шестидесяти часов с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.

2. То же деяние, совершенное из корыстных побуждений либо повлекшее по неосторожности причинение вреда здоровью человека или иные тяжкие последствия, наказывается штрафом в размере от ста тысяч до трехсот тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период от одного года до двух лет, либо обязательными работами на срок до четырехсот восьмидесяти часов, либо ограничением свободы на срок до трех лет, либо лишением свободы на тот же срок с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет.

Статья 228.3. Незаконное приобретение, хранение или перевозка прекурсоров наркотических средств или психотропных веществ, а также незаконное приобретение, хранение или перевозка растений, содержащих прекурсоры наркотических средств или психотропных веществ, либо их частей, содержащих прекурсоры наркотических средств или психотропных веществ

1. Незаконное приобретение, хранение или перевозка прекурсоров наркотических средств или психотропных веществ, а также незаконное приобретение, хранение или перевозка растений, содержащих прекурсоры наркотических средств или психотропных веществ, либо их частей, содержащих прекурсоры наркотических средств или психотропных веществ, в крупном размере, наказываются штрафом в размере от двухсот тысяч до трехсот тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до девяти месяцев, либо обязательными работами на срок до ста восьмидесяти часов, либо исправительными работами на срок до одного года, либо ограничением свободы на срок до одного года.

2. Те же деяния, совершенные в особо крупном размере, наказываются штрафом в размере от трехсот тысяч до пятисот тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период от девяти месяцев до одного года, либо обязательными работами на срок от ста восьмидесяти до двухсот сорока часов, либо исправительными работами на срок до двух лет, либо ограничением свободы на срок до двух лет, либо лишением свободы на тот же срок.

Примечания. 1. Лицо, совершившее преступление, предусмотренное настоящей статьей, добровольно сдавшее прекурсоры наркотических средств или психотропных веществ, растения, содержащие прекурсоры наркотических средств или психотропных веществ, либо их части, содержащие прекурсоры наркотических средств или психотропных веществ, и активно способствовавшее раскрытию или пресечению преступлений, связанных с незаконным оборотом прекурсоров наркотических средств или психотропных веществ, а также с незаконным приобретением, хранением, перевозкой таких растений либо их частей, содержащих прекурсоры наркотических средств или психотропных веществ, изобличению лиц, их совершивших, обнаружению имущества, добытого преступным путем, освобождается от уголовной ответственности за данное преступление. Не может признаваться добровольной сдачей прекурсоров наркотических средств или психотропных веществ, растений, содержащих прекурсоры наркотических средств или психотропных веществ, либо их частей, содержащих прекурсоры наркотических средств или психотропных веществ, изъятие их при задержании лица, а также при производстве следственных действий по их обнаружению и изъятию.

<...>

Статья 228.4. Незаконное производство, сбыт или пересылка прекурсоров наркотических средств или психотропных веществ, а также незаконный сбыт или пересылка растений, содержащих прекурсоры наркотических средств или психотропных веществ, либо их частей, содержащих прекурсоры наркотических средств или психотропных веществ

1. Незаконное производство, сбыт или пересылка прекурсоров наркотических средств или психотропных веществ, а также незаконный сбыт или пересылка растений, содержащих прекурсоры наркотических средств или психотропных веществ, либо их частей, содержащих прекурсоры наркотических средств или психотропных веществ, в крупном размере наказываются ограничением свободы на срок до четырех лет либо лишением свободы на срок до пяти лет со штрафом в размере от двухсот тысяч до трехсот тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до девяти месяцев либо без такового.

2. Те же деяния, совершенные:

- а) группой лиц по предварительному сговору или организованной группой;
- б) лицом с использованием своего служебного положения;
- в) в особо крупном размере, —

наказываются лишением свободы на срок от четырех до восьми лет со штрафом в размере от трехсот тысяч до пятисот тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период от девяти месяцев до одного года либо без такового и с ограничением свободы на срок до двух лет либо без такового.

Статья 229. Хищение либо вымогательство наркотических средств или психотропных веществ, а также растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества, либо их частей, содержащих наркотические средства или психотропные вещества

1. Хищение либо вымогательство наркотических средств или психотропных веществ, а также растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества, либо их частей, содержащих наркотические средства или психотропные вещества, наказываются лишением свободы на срок от трех до семи лет с ограничением свободы на срок до одного года либо без такового.

2. Те же деяния, совершенные:

- а) группой лиц по предварительному сговору;
- б) утратил силу. — Федеральный закон от 08.12.2003 N 162-ФЗ;
- в) лицом с использованием своего служебного положения;
- г) с применением насилия, не опасного для жизни или здоровья, либо с угрозой применения такого насилия;
- д) в значительном размере, —

наказываются лишением свободы на срок от шести до десяти лет со штрафом в размере до пятисот тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до трех лет либо без такового и с ограничением свободы на срок до одного года либо без такового.

3. Деяния, предусмотренные частями первой или второй настоящей статьи, если они совершены:

- а) организованной группой;
- б) в крупном размере;

в) с применением насилия, опасного для жизни или здоровья, либо с угрозой применения такого насилия, —

наказываются лишением свободы на срок от восьми до пятнадцати лет со штрафом в размере до пятисот тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода

осужденного за период до трех лет либо без такового и с ограничением свободы на срок до двух лет либо без такового.

4. Деяния, предусмотренные частями первой, второй или третьей настоящей статьи, если они совершены в особо крупном размере, наказываются лишением свободы на срок от пятнадцати до двадцати лет со штрафом в размере до одного миллиона рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до пяти лет либо без такового и с ограничением свободы на срок до двух лет либо без такового.

Статья 229.1. Контрабанда наркотических средств, психотропных веществ, их прекурсоров или аналогов, растений, содержащих наркотические средства, психотропные вещества или их прекурсоры, либо их частей, содержащих наркотические средства, психотропные вещества или их прекурсоры, инструментов или оборудования, находящихся под специальным контролем и используемых для изготовления наркотических средств или психотропных веществ

1. Незаконное перемещение через таможенную границу Таможенного союза в рамках ЕврАзЭС либо Государственную границу Российской Федерации с государствами — членами Таможенного союза в рамках ЕврАзЭС наркотических средств, психотропных веществ, их прекурсоров или аналогов, растений, содержащих наркотические средства, психотропные вещества или их прекурсоры, либо их частей, содержащих наркотические средства, психотропные вещества или их прекурсоры, инструментов или оборудования, находящихся под специальным контролем и используемых для изготовления наркотических средств или психотропных веществ, наказывается лишением свободы на срок от трех до семи лет со штрафом в размере до одного миллиона рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до пяти лет или без такового и с ограничением свободы на срок до одного года или без такового.

2. То же деяние, совершенное:

- а) группой лиц по предварительному сговору;
- б) должностным лицом с использованием своего служебного положения;
- в) в отношении наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов, растений, содержащих наркотические средства, психотропные вещества, либо их частей, содержащих наркотические средства или психотропные вещества, в значительном размере,

наказывается лишением свободы на срок от пяти до десяти лет со штрафом в размере до одного миллиона рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до пяти лет или без такового и с ограничением свободы на срок до полутора лет или без такового.

3. Деяния, предусмотренные частями первой или второй настоящей статьи, совершенные в отношении наркотических средств, психотропных веществ, их прекурсоров или аналогов, растений, содержащих наркотические средства, психотропные вещества или их прекурсоры, либо их частей, содержащих наркотические средства, психотропные вещества или их прекурсоры, в крупном размере, наказываются лишением свободы на срок от десяти до двадцати лет со штрафом в размере до одного миллиона рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до пяти лет или без такового и с ограничением свободы на срок до двух лет или без такового.

4. Деяния, предусмотренные частями первой, второй или третьей настоящей статьи, совершенные:

- а) организованной группой;
- б) в отношении наркотических средств, психотропных веществ, их прекурсоров или аналогов, растений, содержащих наркотические средства, психотропные вещества или их прекурсоры, либо их частей, содержащих наркотические средства, психотропные вещества

или их прекурсоры, в особо крупном размере;

в) с применением насилия к лицу, осуществляющему таможенный или пограничный контроль, —

наказываются лишением свободы на срок от пятнадцати до двадцати лет со штрафом в размере до одного миллиона рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до пяти лет либо без такового и с ограничением свободы на срок до двух лет или без такового или пожизненным лишением свободы.

Статья 230. Склонение к потреблению наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов

1. Склонение к потреблению наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов наказывается ограничением свободы на срок до трех лет, либо арестом на срок до шести месяцев, либо лишением свободы на срок от трех до пяти лет.

2. То же деяние, совершенное:

а) группой лиц по предварительному сговору или организованной группой;

б) утратил силу. — Федеральный закон от 08.12.2003 № 162-ФЗ;

в) в отношении двух или более лиц;

г) с применением насилия или с угрозой его применения, —

наказывается лишением свободы на срок от пяти до десяти лет с ограничением свободы на срок до двух лет либо без такового.

3. Деяния, предусмотренные частями первой или второй настоящей статьи, если они:

а) совершены в отношении несовершеннолетнего;

б) повлекли по неосторожности смерть потерпевшего или иные тяжкие последствия,

наказываются лишением свободы на срок от десяти до пятнадцати лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до двадцати лет или без такового и с ограничением свободы на срок до двух лет либо без такового.

Примечание. Действие настоящей статьи не распространяется на случаи пропаганды применения в целях профилактики ВИЧ-инфекции и других опасных инфекционных заболеваний соответствующих инструментов и оборудования, используемых для потребления наркотических средств и психотропных веществ, если эти деяния осуществлялись по согласованию с органами исполнительной власти в области здравоохранения и органами по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ.

Статья 231. Незаконное культивирование растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества либо их прекурсоры

1. Незаконное культивирование в крупном размере растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества либо их прекурсоры, наказывается штрафом в размере до трехсот тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до двух лет, либо обязательными работами на срок до четырехсот восьмидесяти часов, либо ограничением свободы на срок до двух лет, либо лишением свободы на тот же срок.

2. Те же деяния, совершенные:

а) группой лиц по предварительному сговору или организованной группой;

б) утратил силу. — Федеральный закон от 08.12.2003 № 162-ФЗ;

в) в особо крупном размере, —

наказываются лишением свободы на срок до восьми лет с ограничением свободы на срок до двух лет либо без такового.

Примечание. Крупный и особо крупный размеры культивирования растений,

содержащих наркотические средства или психотропные вещества либо их прекурсоры, для целей настоящей статьи утверждаются Правительством Российской Федерации.

Статья 232. Организация либо содержание притонов для потребления наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов

1. Организация либо содержание притонов для потребления наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов наказываются лишением свободы на срок до четырех лет с ограничением свободы на срок до одного года либо без такового.

2. Те же деяния, совершенные группой лиц по предварительному сговору, наказываются лишением свободы на срок от двух до шести лет с ограничением свободы на срок до двух лет либо без такового.

3. Деяния, предусмотренные частью первой настоящей статьи, совершенные организованной группой, наказываются лишением свободы на срок от трех до семи лет с ограничением свободы на срок до двух лет либо без такового.

Статья 233. Незаконная выдача либо подделка рецептов или иных документов, дающих право на получение наркотических средств или психотропных веществ

Незаконная выдача либо подделка рецептов или иных документов, дающих право на получение наркотических средств или психотропных веществ, наказываются штрафом в размере до восьмидесяти тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до шести месяцев, либо обязательными работами на срок до трехсот шестидесяти часов, либо исправительными работами на срок до одного года, либо ограничением свободы на срок до двух лет, либо принудительными работами на срок до двух лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового, либо лишением свободы на срок до двух лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.

УГОЛОВНО-ПРОЦЕССУАЛЬНЫЙ КОДЕКС РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

от 18.12.2001 № 174-ФЗ

Статья 433. Основания для производства о применении принудительных мер медицинского характера

1. Производство о применении принудительных мер медицинского характера, указанных в пунктах «б»—«г» части первой статьи 99 Уголовного кодекса Российской Федерации, осуществляется в отношении лица, совершившего запрещенное уголовным законом деяние в состоянии невменяемости, или лица, у которого после совершения преступления наступило психическое расстройство, делающее невозможным назначение наказания или его исполнение.

2. Принудительные меры медицинского характера назначаются в случае, когда психическое расстройство лица связано с опасностью для него или других лиц либо возможностью причинения им иного существенного вреда.

3. Производство о применении принудительных мер медицинского характера осуществляется в порядке, установленном настоящим Кодексом, с изъятиями, предусмотренными настоящей главой.

4. Требования настоящей главы не распространяются на лиц, нуждающихся в лечении от алкоголизма или наркомании, а также указанных в части второй статьи 99 Уголовного кодекса Российской Федерации лиц, нуждающихся в лечении психических расстройств, не исключаяющих вменяемости. В этом случае принудительные меры медицинского характера

применяются при постановлении приговора и исполняются в порядке, установленном Уголовно-исполнительным кодексом Российской Федерации.

Статья 445. Прекращение, изменение и продление применения принудительной меры медицинского характера

1. По подтвержденному медицинским заключением ходатайству администрации психиатрического стационара, а также по ходатайству законного представителя лица, признанного невменяемым, и его защитника суд прекращает, изменяет или продлевает применение к данному лицу принудительной меры медицинского характера на следующие 6 месяцев.

2. Вопросы о прекращении, об изменении или о продлении применения принудительной меры медицинского характера рассматриваются судом, вынесшим постановление о ее применении, или судом по месту применения этой меры.

<...>

5. В судебном заседании исследуются ходатайство, медицинское заключение, заслушивается мнение лиц, участвующих в судебном заседании. Если медицинское заключение вызывает сомнение, то суд по ходатайству лиц, участвующих в судебном заседании, или по собственной инициативе может назначить судебную экспертизу, истребовать дополнительные документы, а также допросить лицо, в отношении которого решается вопрос о прекращении, об изменении или о продлении применения принудительной меры медицинского характера, если это возможно по его психическому состоянию.

6. Суд прекращает или изменяет применение принудительной меры медицинского характера в случае такого психического состояния лица, при котором отпадает необходимость в применении ранее назначенной меры либо возникает необходимость в назначении иной принудительной меры медицинского характера. Суд продлевает принудительное лечение при наличии основания для продления применения принудительной меры медицинского характера.

УГОЛОВНО-ИСПОЛНИТЕЛЬНЫЙ КОДЕКС РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

от 08.01.1997 № 1-ФЗ

Статья 18. Применение к осужденному мер медицинского характера

1. К осужденным к принудительным работам, аресту, лишению свободы, страдающим психическими расстройствами, не исключаящими вменяемости, учреждениями, исполняющими указанные виды наказаний, по решению суда применяются принудительные меры медицинского характера.

2. Если во время отбывания указанных в части первой настоящей статьи видов наказаний будет установлено, что осужденный страдает психическим расстройством, не исключаящим вменяемости, которое связано с опасностью для себя или других лиц, администрация учреждения, исполняющего указанные виды наказаний, направляет в суд представление о применении к такому осужденному принудительных мер медицинского характера.

3. К осужденным к наказаниям, указанным в части первой настоящей статьи, больным алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией <...> учреждением, исполняющим указанные виды наказаний, по решению медицинской комиссии применяется обязательное лечение.

<...>

И ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВАХ»

от 08.01.1998 №3-ФЗ

Настоящий Федеральный закон устанавливает правовые основы государственной политики в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, а также в области противодействия их незаконному обороту в целях охраны здоровья граждан, государственной и общественной безопасности.

Глава I. Общие положения**Статья 1. Основные понятия**

В целях настоящего Федерального закона используются следующие основные понятия:

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

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

прекурсоры наркотических средств и психотропных веществ (далее — прекурсоры) — вещества, часто используемые при производстве, изготовлении, переработке наркотических средств и психотропных веществ, включенные в Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, в соответствии с законодательством Российской Федерации, международными договорами Российской Федерации, в том числе Конвенцией Организации Объединенных Наций о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ 1988 года;

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

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

оборот наркотических средств, психотропных веществ — разработка, производство, изготовление, переработка, хранение, перевозка, пересылка, отпуск, реализация, распределение, приобретение, использование, ввоз на территорию Российской Федерации, вывоз с территории Российской Федерации, уничтожение наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, разрешенные и контролируемые в соответствии с законодательством Российской Федерации;

незаконный оборот наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров — оборот наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, осуществляемый в нарушение законодательства Российской Федерации;

производство наркотических средств, психотропных веществ — действия, направленные на серийное получение наркотических средств или психотропных веществ из химических веществ и (или) растений;

изготовление наркотических средств, психотропных веществ — действия, в результате которых на основе наркотических средств, психотропных веществ или их прекурсоров получены готовые к использованию и потреблению формы наркотических средств, психотропных веществ или содержащие их лекарственные средства;

переработка наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров — действия, в результате которых происходят рафинирование (очистка от посторонних примесей), повышение в препарате концентрации наркотических средств, психотропных веществ или их прекурсоров, а также получение на основе одних наркотических средств, психотропных веществ или их прекурсоров других наркотических средств, психотропных веществ или их прекурсоров либо получение веществ, не являющихся наркотическими средствами, психотропными веществами или их прекурсорами;

распределение наркотических средств, психотропных веществ — действия, в результате которых в соответствии с порядком, установленным Правительством Российской Федерации, конкретные юридические лица получают в установленных для них размерах конкретные наркотические средства или психотропные вещества для осуществления оборота наркотических средств или психотропных веществ;

ввоз (вывоз) наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров (далее — ввоз (вывоз) — перемещение наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров с территории другого государства на территорию Российской Федерации или с территории Российской Федерации на территорию другого государства;

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

больной наркоманией — лицо, которому по результатам медицинского освидетельствования, проведенного в соответствии с настоящим Федеральным законом, поставлен диагноз «наркомания»

незаконное потребление наркотических средств или психотропных веществ — потребление наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача;

государственные квоты на наркотические средства и психотропные вещества (далее — государственные квоты) — квоты на наркотические средства и психотропные вещества, устанавливаемые Правительством Российской Федерации в соответствии с международными договорами Российской Федерации на основании расчета потребности Российской Федерации в наркотических средствах и психотропных веществах, в пределах которых осуществляется их оборот;

профилактика наркомании — совокупность мероприятий политического, экономического, правового, социального, медицинского, педагогического, культурного, физкультурно-спортивного и иного характера, направленных на предупреждение возникновения и распространения наркомании;

антинаркотическая пропаганда — пропаганда здорового образа жизни, в том числе физической культуры и спорта, направленная на формирование в обществе негативного отношения к наркомании;

аналитические (стандартные) образцы наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров (далее также — аналитические образцы) — препараты, состав которых в установленном порядке подтвержден сертификатом качества и которые предназначены для использования в экспертной, оперативно-розыскной, научной и учебной деятельности, а также при медицинском освидетельствовании;

оборот прекурсоров — разработка, производство, переработка, хранение, перевозка,

пересылка, отпуск, реализация, приобретение, использование, ввоз на территорию Российской Федерации, вывоз с территории Российской Федерации, уничтожение прекурсоров, разрешенные и контролируемые в соответствии с законодательством Российской Федерации;

производство прекурсоров — действия, направленные на получение готовых к использованию и (или) потреблению прекурсоров из химических веществ и (или) растений;

растения, содержащие наркотические средства или психотропные вещества либо их прекурсоры (далее — наркосодержащие растения), — растения, из которых могут быть получены наркотические средства, психотропные вещества или их прекурсоры и которые включены в Перечень растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества либо их прекурсоры и подлежащих контролю в Российской Федерации;

культивирование наркосодержащих растений — деятельность, связанная с созданием специальных условий для посева и выращивания наркосодержащих растений, а также их посев и выращивание, совершенствование технологии выращивания, выведение новых сортов, повышение урожайности и устойчивости к неблагоприятным метеорологическим условиям;

незаконное культивирование наркосодержащих растений — культивирование наркосодержащих растений, осуществляемое с нарушением законодательства Российской Федерации.

Статья 2. Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации

1. Наркотические средства, психотропные вещества и их прекурсоры, подлежащие контролю в Российской Федерации, включаются в Перечень наркотических средств и психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации (далее — Перечень), и в зависимости от применяемых государством мер контроля вносятся в следующие списки:

список наркотических средств и психотропных веществ, оборот которых в Российской Федерации запрещен в соответствии с законодательством Российской Федерации и международными договорами Российской Федерации (далее — Список I);

список наркотических средств и психотропных веществ, оборот которых в Российской Федерации ограничен и в отношении которых устанавливаются меры контроля в соответствии с законодательством Российской Федерации и международными договорами Российской Федерации (далее — Список II);

список психотропных веществ, оборот которых в Российской Федерации ограничен и в отношении которых допускаются исключения некоторых мер контроля в соответствии с законодательством Российской Федерации и международными договорами Российской Федерации (далее — Список III);

список прекурсоров, оборот которых в Российской Федерации ограничен и в отношении которых устанавливаются меры контроля в соответствии с законодательством Российской Федерации и международными договорами Российской Федерации (далее — Список IV) <...>.

Статья 4. Государственная политика в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, а также в области противодействия их незаконному обороту

1. Государственная политика в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, а также в области противодействия их незаконному обороту направлена на установление строгого контроля за оборотом наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, постепенное сокращение числа больных наркоманией, сокращение количества правонарушений, связанных с незаконным оборотом

наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров.

2. Государственная политика в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, а также в области противодействия их незаконному обороту строится на следующих принципах:

государственная монополия на основные виды деятельности, связанные с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и внесенных в Список I прекурсоров;

лицензирование всех видов деятельности, связанных с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и внесенных в Список I прекурсоров;

координация деятельности федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления;

приоритетность мер по профилактике наркомании и правонарушений, связанных с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ, стимулирование деятельности, направленной на антинаркотическую пропаганду;

государственная поддержка научных исследований в области разработки новых методов лечения наркомании;

привлечение негосударственных организаций и граждан к борьбе с распространением наркомании и развитию сети учреждений медико-социальной реабилитации больных наркоманией;

развитие международного сотрудничества в области противодействия незаконному обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров на многосторонней и двусторонней основе;

лицензирование деятельности, связанной с производством, переработкой, хранением, реализацией, приобретением и использованием прекурсоров, внесенных в Таблицу I Списка IV.

Статья 5. Государственная монополия на основные виды деятельности, связанные с оборотом наркотических средств, психотропных веществ

1. В Российской Федерации действует государственная монополия на основные виды деятельности, связанные с оборотом наркотических средств, психотропных веществ (разработку, переработку, распределение, ввоз (вывоз), уничтожение наркотических средств, психотропных веществ) и внесенных в Список I прекурсоров (разработку, переработку, ввоз (вывоз), уничтожение внесенных в Список I прекурсоров), а также на культивирование наркосодержащих растений для использования в научных, учебных целях и в экспертной деятельности.

2. Виды деятельности, указанные в пункте 1 настоящей статьи, за исключением вывоза наркотических средств и психотропных веществ, предусмотренного пунктом 8.1 статьи 28 настоящего Федерального закона, а также производство наркотических средств или психотропных веществ, внесенных в списки I и II, прекурсоров, внесенных в Список I, изготовление аналитических образцов осуществляются только государственными унитарными предприятиями и государственными учреждениями в порядке, установленном настоящим Федеральным законом и принимаемыми в соответствии с ним иными нормативными правовыми актами Российской Федерации.

3. Изготовление наркотических средств или психотропных веществ, внесенных в Список II, осуществляется государственными или муниципальными унитарными предприятиями и государственными учреждениями в порядке, установленном настоящим Федеральным законом и принимаемыми в соответствии с ним иными нормативными правовыми актами Российской Федерации.

4. Нарушение государственной монополии на виды деятельности, указанные в пунктах 1–3 настоящей статьи, влечет ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

<...>

Глава II. Организационные основы деятельности в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, а также в области противодействия их незаконному обороту

<...>

Статья 7. Регулирование деятельности в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, а также в области противодействия их незаконному обороту

1. Правовое регулирование деятельности в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, а также в области противодействия их незаконному обороту осуществляют в пределах своей компетенции федеральные органы государственной власти.

2. Федеральные органы исполнительной власти, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органы местного самоуправления, а также органы, специально уполномоченные на решение задач в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и в области противодействия их незаконному обороту, в пределах своей компетенции организуют исполнение законодательства Российской Федерации о наркотических средствах, психотропных веществах и об их прекурсорах.

3. Негосударственные организации и объединения не вправе осуществлять регулирование деятельности в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, а также в области противодействия их незаконному обороту.

<...>

Глава IV. Условия осуществления отдельных видов деятельности, связанных с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров

<...>

Статья 17. Производство и изготовление наркотических средств, психотропных веществ и внесенных в Список I прекурсоров

1. Производство наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров, внесенных в Список I, в целях изготовления аналитических образцов, а также производство наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в Список II, в целях, установленных настоящим Федеральным законом, осуществляется в пределах государственных квот государственными унитарными предприятиями и государственными учреждениями, имущество которых находится в федеральной собственности, при наличии у них лицензий на производство конкретных наркотических средств и психотропных веществ. Изготовление аналитических (стандартных) образцов наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров, внесенных в Список I, в целях, установленных настоящим Федеральным законом, осуществляется государственными унитарными предприятиями и государственными учреждениями, имущество которых находится в федеральной собственности, при наличии у них лицензий на изготовление конкретных аналитических образцов. Приватизация имущества и иные формы разгосударствления указанных в настоящем пункте предприятий и учреждений запрещаются.

2. Изготовление наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в Список II, в целях, установленных настоящим Федеральным законом, осуществляется государственными или муниципальными унитарными предприятиями и государственными учреждениями при наличии у них лицензий на изготовление конкретных наркотических средств и психотропных веществ. Приватизация имущества указанных предприятий и

учреждений запрещается.

<...>

5. Производство и изготовление психотропных веществ, внесенных в Список III, в целях, установленных настоящим Федеральным законом, осуществляются предприятиями и учреждениями независимо от форм собственности при наличии у них лицензий на производство и изготовление конкретных психотропных веществ.

6. Предприятия и учреждения, осуществляющие производство наркотических средств и психотропных веществ, подлежат государственной регистрации в Российской Федерации в соответствии с законодательством Российской Федерации и международными договорами Российской Федерации.

7. Предприятия и учреждения, осуществляющие изготовление наркотических средств и психотропных веществ, подлежат государственной регистрации в Российской Федерации в соответствии с законодательством Российской Федерации.

<...>

Статья 20. Хранение наркотических средств, психотропных веществ и внесенных в Список I прекурсоров

1. Хранение наркотических средств, психотропных веществ и внесенных в Список I прекурсоров осуществляется юридическими лицами в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, в специально оборудованных помещениях при наличии лицензии на указанный вид деятельности.

2. Хранение наркотических средств, психотропных веществ и внесенных в Список I прекурсоров в любых количествах в целях, не предусмотренных настоящим Федеральным законом, запрещается.

Статья 21. Общий порядок перевозки наркотических средств, психотропных веществ и внесенных в Список I прекурсоров

1. Право осуществлять перевозку наркотических средств, психотропных веществ и внесенных в Список I прекурсоров на территории Российской Федерации предоставляется юридическим лицам при наличии лицензии на указанный вид деятельности.

2. Охрана наркотических средств, психотропных веществ и внесенных в Список I прекурсоров осуществляется перевозчиками их юридическими лицами.

3. Порядок перевозки наркотических средств, психотропных веществ и внесенных в Список I прекурсоров на территории Российской Федерации, а также порядок оформления необходимых для этого документов устанавливаются Правительством Российской Федерации.

4. Физическим лицам разрешается перевозить наркотические средства и психотропные вещества, полученные в медицинских целях в соответствии со статьей 25 настоящего Федерального закона, при наличии документа, выданного аптечной организацией и подтверждающего законность получения наркотических средств и психотропных веществ.

Статья 22. Запрещение пересылки наркотических средств, психотропных веществ и внесенных в Список I прекурсоров

1. Пересылка наркотических средств, психотропных веществ и внесенных в Список I прекурсоров в почтовых отправлениях, в том числе международных, запрещается.

2. Пересылка наркотических средств и психотропных веществ под видом гуманитарной помощи запрещается, за исключением случаев, когда при чрезвычайных ситуациях наркотические средства или психотропные вещества направляются в конкретные субъекты Российской Федерации в соответствии с решениями Правительства Российской Федерации.

Статья 23. Отпуск, реализация и распределение наркотических средств и психотропных веществ, а также отпуск и реализация

внесенных в Список I прекурсоров

Отпуск, реализация и распределение наркотических средств и психотропных веществ, а также отпуск и реализация внесенных в Список I прекурсоров осуществляются юридическими лицами в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, при наличии лицензий на указанные виды деятельности.

<...>

Статья 25. Отпуск наркотических средств и психотропных веществ физическим лицам

1. Отпуск наркотических средств и психотропных веществ физическим лицам производится только в аптечных организациях и учреждениях здравоохранения при наличии у них лицензии на указанный вид деятельности. Перечни должностей медицинских и фармацевтических работников, а также организаций и учреждений, которым предоставлено право отпуска наркотических средств и психотропных веществ физическим лицам, устанавливаются федеральным органом исполнительной власти в области здравоохранения по согласованию с федеральным органом исполнительной власти по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ.

2. Наркотические средства и психотропные вещества, внесенные в списки II и III, отпускаются в медицинских целях по рецепту.

3. Порядок отпуска наркотических средств и психотропных веществ физическим лицам устанавливается федеральным органом исполнительной власти в области здравоохранения по согласованию с федеральным органом исполнительной власти по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ.

4. Федеральный орган исполнительной власти в области здравоохранения определяет максимальные сроки назначения конкретных наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в списки II и III, а также количество наркотических средств или психотропных веществ, которое может быть выписано в одном рецепте.

5. При назначении наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в списки II и III, лечащий врач должен опросить больного о предыдущих назначениях наркотических средств и психотропных веществ и сделать соответствующую запись в медицинских документах.

6. Аптечным организациям и учреждениям здравоохранения запрещается отпускать наркотические средства и психотропные вещества, внесенные в Список II, по рецепту, выписанному более пяти дней назад.

Статья 26. Рецепты, содержащие назначение наркотических средств или психотропных веществ

1. Рецепты, содержащие назначение наркотических средств или психотропных веществ, выписываются на специальных бланках.

<...>

3. Выдача рецептов, содержащих назначение наркотических средств или психотропных веществ, без соответствующих медицинских показаний или с нарушением установленных правил оформления запрещается и влечет уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Глава V. Использование наркотических средств и психотропных веществ

Статья 31. Использование наркотических средств и психотропных веществ в медицинских целях

1. В медицинских целях могут использоваться наркотические средства и психотропные вещества, внесенные в Списки II и III.

2. На наркотические средства и психотропные вещества, разрешенные для использования в медицинских целях, распространяется действие законодательства Российской Федерации о лекарственных средствах в части, не противоречащей настоящему Федеральному закону.

3. Федеральный орган исполнительной власти в области здравоохранения определяет порядок и условия использования наркотических средств и психотропных веществ в медицинских целях.

4. Не допускается использование наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в Списки II и III, в медицинской деятельности частнопрактикующих врачей.

5. Контроль за оборотом наркотических средств и психотропных веществ в аптечных организациях и учреждениях здравоохранения осуществляется специальными комиссиями, создаваемыми в соответствии с порядком, установленным федеральным органом исполнительной власти в области здравоохранения по согласованию с федеральным органом исполнительной власти по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ.

6. В Российской Федерации запрещается лечение наркомании наркотическими средствами и психотропными веществами, внесенными в Список II.

7. При наличии специального разрешения федерального органа исполнительной власти в области здравоохранения допускается ввоз (вывоз) ограниченного количества наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в Списки II и III, хранящихся в аптечках первой помощи на морских и воздушных судах международного сообщения и в поездах международных линий, в объемах, необходимых для оказания неотложной помощи.

8. В разрешении, предусмотренном пунктом 7 настоящей статьи, должны быть указаны лицо или лица, ответственные за хранение и использование наркотических средств и психотропных веществ, а также условия их получения, регистрации, хранения, отпуска и должен быть определен порядок представления отчетов об их использовании.

9. Контроль за использованием наркотических средств и психотропных веществ, хранящихся в указанных аптечках первой помощи, возлагается на специально уполномоченные органы в области здравоохранения, а также на органы, осуществляющие противодействие незаконному обороту наркотических средств и психотропных веществ.

<...>

Статья 33. Использование наркотических средств и психотропных веществ в ветеринарии

1. Перечень наркотических средств и психотропных веществ, используемых в ветеринарии, а также для отлова животных, утверждается федеральным органом исполнительной власти в области здравоохранения и федеральным органом исполнительной власти в области сельского хозяйства.

2. Условия и порядок использования наркотических средств и психотропных веществ в ветеринарии определяются Правительством Российской Федерации.

Глава VI. Противодействие незаконному обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров

Статья 40. Запрещение потребления наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача

В Российской Федерации запрещается потребление наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача.

Статья 41. Организация противодействия незаконному обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров

1. Противодействие незаконному обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров осуществляют Генеральная прокуратура Российской Федерации, Следственный комитет Российской Федерации, федеральный орган исполнительной власти по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ, федеральный орган исполнительной власти в области внутренних дел, федеральный орган исполнительной власти по таможенным делам, федеральная служба безопасности, федеральная служба внешней разведки, федеральный орган исполнительной власти в области здравоохранения, а также другие федеральные органы исполнительной власти в пределах предоставленных им Правительством Российской Федерации полномочий.

<...>

3. Организация противодействия незаконному обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров осуществляется на основе соответствующих федеральных целевых программ.

4. Субъекты Российской Федерации вправе принимать целевые программы, направленные на противодействие незаконному обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров.

<...>

Статья 44. Медицинское освидетельствование

1. Лицо, в отношении которого имеются достаточные основания полагать, что оно больно наркоманией, находится в состоянии наркотического опьянения либо потребило наркотическое средство или психотропное вещество без назначения врача, может быть направлено на медицинское освидетельствование.

2. Медицинское освидетельствование лица, указанного в пункте 1 настоящей статьи, проводится в специально уполномоченных на то органами управления здравоохранением учреждениях здравоохранения по направлению органов дознания, органа, осуществляющего оперативно-розыскную деятельность, следователя или судьи.

3. Для направления лица, указанного в пункте 1 настоящей статьи, на медицинское освидетельствование судьи, следователя, органы дознания выносят постановление.

4. Решение о направлении лица, указанного в пункте 1 настоящей статьи, на медицинское освидетельствование может быть обжаловано в суд или опротестовано прокурором в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

5. Порядок медицинского освидетельствования лица, указанного в пункте 1 настоящей статьи, устанавливается федеральным органом исполнительной власти в области здравоохранения и федеральным органом исполнительной власти по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ по согласованию с Генеральной прокуратурой Российской Федерации и федеральным органом исполнительной власти в области юстиции.

6. Расходы на медицинское освидетельствование лица, указанного в пункте 1 настоящей статьи, производятся за счет средств соответствующих бюджетов.

Статья 45. Ограничения, устанавливаемые на занятие отдельными видами профессиональной деятельности

1. В целях защиты здоровья, нравственности, прав и законных интересов граждан, обеспечения обороны страны и безопасности государства в Российской Федерации устанавливаются ограничения на занятие отдельными видами профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности, для больных наркоманией.

2. Руководители юридических лиц, а также должностные лица органов, указанных в пункте 1 статьи 41 настоящего Федерального закона, в пределах их компетенции отстраняют в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, от выполнения любых

видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности, лиц, находящихся в состоянии наркотического опьянения.

3. Перечень отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности, на занятие которыми устанавливаются ограничения, указанные в пункте 1 настоящей статьи, определяется Правительством Российской Федерации.

Статья 46. Запрещение пропаганды в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров и в сфере культивирования наркосодержащих растений

1. Пропаганда наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивирования наркосодержащих растений, осуществляемая юридическими или физическими лицами и направленная на распространение сведений о способах, методах разработки, изготовления и использования наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, местах их приобретения, способах и местах культивирования наркосодержащих растений, а также производство и распространение книжной продукции, продукции средств массовой информации, распространение указанных сведений посредством использования информационно-телекоммуникационных сетей или совершение иных действий в этих целях запрещаются.

2. Запрещается пропаганда каких-либо преимуществ в использовании отдельных наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов или прекурсоров, наркосодержащих растений, в том числе пропаганда использования в медицинских целях наркотических средств, психотропных веществ, наркосодержащих растений, подавляющих волю человека либо отрицательно влияющих на его психическое или физическое здоровье.

3. Распространение образцов лекарственных средств, содержащих наркотические средства или психотропные вещества, запрещается.

4. Нарушение норм, установленных настоящей статьей, влечет ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

<...>

Статья 47. Конфискация наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров

1. Наркотические средства, психотропные вещества и их прекурсоры, инструменты или оборудование, изъятые из незаконного оборота наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежат конфискации и обращению в доход государства или уничтожению в соответствии с законодательством Российской Федерации.

<...>

3. Имущество, полученное в результате деятельности, связанной с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, или используемое для осуществления указанной деятельности, подлежит конфискации в соответствии с законодательством Российской Федерации.

<...>

Статья 50. Административный надзор за лицами, совершившими преступления, связанные с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов или прекурсоров, растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества либо их прекурсоры, частей растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества либо их прекурсоры

В отношении лица, совершившего преступление, связанное с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов или прекурсоров, растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества либо их прекурсоры, частей растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества либо их

прекурсоры, административный надзор устанавливается в случаях и в порядке, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

<...>

Статья 53. Права и обязанности должностных лиц органов, уполномоченных осуществлять контроль за исполнением требований настоящего Федерального закона

1. При наличии достаточных данных, свидетельствующих о нарушении порядка деятельности, связанной с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, должностные лица органов прокуратуры, Следственного комитета Российской Федерации, органов по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ, органов внутренних дел, таможенных органов, органов федеральной службы безопасности в пределах своей компетенции имеют право:

производить осмотр земельных участков, на которых возможно культивирование наркосодержащих растений, мест разработки, производства, изготовления, переработки, хранения, отпуска, реализации, распределения, приобретения, использования и уничтожения наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров;

проверять соответствие процессов производства и изготовления наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров установленным правилам, при необходимости изымать образцы для сравнительного исследования;

опечатывать помещения в целях воспрепятствования доступу к наркотическим средствам, психотропным веществам и их прекурсорам;

требовать представления необходимых для выполнения контрольных функций объяснений и документов;

давать юридическим лицам — владельцам лицензий на виды деятельности, связанные с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, обязательные для исполнения предписания об устранении выявленных нарушений;

осуществлять иные меры контроля.

2. Должностные лица органов дознания, следователи или прокуроры могут входить в любые помещения и производить осмотр мест, в которых осуществляется деятельность, связанная с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров.

3. В случае выявления нарушений порядка деятельности, связанной с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, юридические лица, осуществляющие указанную деятельность, обязаны принять в пределах своей компетенции соответствующие меры по их устранению, а при наличии признаков административных правонарушений либо преступлений сообщить об этом в органы по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ или органы внутренних дел и представить необходимые материалы.

4. Должностные лица, указанные в пункте 1 настоящей статьи, обязаны принять меры по пресечению выявленных ими административных правонарушений или преступлений, связанных с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, и привлечению к ответственности виновных лиц.

Глава VII. Наркологическая помощь больным наркоманией

Статья 54. Наркологическая помощь больным наркоманией

1. Государство гарантирует больным наркоманией оказание наркологической помощи, которая включает обследование, консультирование, диагностику, лечение и медико-социальную реабилитацию.

2. Больным наркоманией наркологическая помощь оказывается по их просьбе или с их согласия, а больным наркоманией несовершеннолетним в возрасте до 16 лет наркологическая

помощь оказывается без их согласия, но по просьбе или с согласия их родителей или законных представителей, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

3. Больным наркоманией, находящимся под медицинским наблюдением и продолжающим потреблять наркотические средства или психотропные вещества без назначения врача либо уклоняющимся от лечения, а также лицам, осужденным за совершение преступлений и нуждающимся в лечении от наркомании, по решению суда назначаются принудительные меры медицинского характера, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

4. Больные наркоманией при оказании наркологической помощи пользуются правами пациентов в соответствии с законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

Статья 55. Деятельность учреждений здравоохранения при оказании наркологической помощи больным наркоманией

1. Диагностика наркомании, обследование, консультирование и медико-социальная реабилитация больных наркоманией проводятся в учреждениях государственной, муниципальной или частной систем здравоохранения, получивших лицензию на указанный вид деятельности в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

2. Лечение больных наркоманией проводится только в учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения.

<...>

4. Для диагностики наркомании и лечения больных наркоманией применяются средства и методы, разрешенные федеральным органом исполнительной власти в области здравоохранения.

Статья 56. Порядок медицинского наблюдения за больными наркоманией и учета больных наркоманией

Порядок медицинского наблюдения за больными наркоманией и учета больных наркоманией устанавливается федеральным органом исполнительной власти в области здравоохранения по согласованию с федеральным органом исполнительной власти по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ, Генеральной прокуратурой Российской Федерации и федеральным органом исполнительной власти в области юстиции.

Статья 57. Координация деятельности по оказанию наркологической помощи больным наркоманией

1. Координацию деятельности наркологической службы в Российской Федерации, в состав которой входят учреждения государственной и муниципальной систем здравоохранения, оказывающие наркологическую помощь больным наркоманией, осуществляет федеральный орган исполнительной власти в области здравоохранения.

<...>

Глава VIII. Заключительные положения

<...>

Статья 59. Ответственность должностных лиц и граждан Российской Федерации, а также иностранных граждан и лиц без гражданства за нарушение настоящего Федерального закона

1. За нарушение настоящего Федерального закона должностные лица и граждане Российской Федерации, а также иностранные граждане и лица без гражданства несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2. Должностные лица органов, указанных в пункте 1 статьи 41 настоящего Федерального закона, которые умышленно или по неосторожности способствуют правонарушению, связанному с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

<...>

4. Для лиц, осужденных к лишению свободы за преступления, связанные с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, устанавливается особый порядок условно-досрочного освобождения в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5. В Российской Федерации устанавливается уголовная ответственность за введение в пищевые продукты или напитки наркотических средств или психотропных веществ без уведомления лица, для которого они были предназначены.

6. Материальная ответственность за ущерб, причиненный юридическому лицу, возлагается на работника указанного юридического лица, если неисполнение или ненадлежащее исполнение им трудовых обязанностей повлекло хищение либо недостачу наркотических средств или психотропных веществ. Указанный работник в соответствии с законодательством Российской Федерации о труде несет материальную ответственность в размере 100-кратного размера прямого действительного ущерба, причиненного юридическому лицу в результате хищения либо недостачи наркотических средств, психотропных веществ или их прекурсоров.

<...>

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Глоссарий

Абстинентное состояние (состояние (синдром) отмены) — резкое ухудшение самочувствия, вызванное прекращением приема или уменьшением употребления ПАВ, которое принималось многократно, обычно в течение длительного времени и в больших дозах. Состояние может сопровождаться признаками физиологического расстройства.

Абстиненция (от лат. *abs* — из-за и *teneo* — держаться) — воздержание от употребления наркотиков или алкогольных напитков по принципиальным соображениям или по другим причинам. Термин А. не следует путать с *абстинентным состоянием*.

Аверсивная терапия — метод лечения, подавляющий патологическое влечение к приему ПАВ путем ассоциирования его с болезненными или неприятными переживаниями. Термин относится к любой разновидности лечения алкогольной или наркотической зависимости, в основе которого лежит создание условно-рефлективного отвращения при виде, запахе, вкусе, мысли об алкоголе или наркотике.

Акцентуированные личности (понятие введено немецким психиатром К. Леонгардом в 1964 году) — различные, еще не ставшие патологией особенности характера, являющиеся предрасположенностью к неврозам и психопатиям. Скрытые акцентуированные личности у подростков при правильном воспитании компенсируются и исчезают легче, чем явные; ошибки воспитания способствуют их переходу к неврозам и психопатиям.

Алкоголизм — хроническое пьянство или периодическое потребление алкоголя, которое характеризуется нарушением контроля над количеством выпитого, частыми эпизодами опьянения, сужением интересов на алкоголе и употреблением алкоголя, несмотря на неблагоприятные последствия.

Антагонист — вещество, которое противодействует эффектам другого агента.

Арттерапия — терапия средствами искусства. Основана на том, что внутренние переживания, трудности, конфликты человека, способные трансформироваться в образы и символы, могут быть разрешены при помощи искусства.

Астения — психопатологическое состояние, характеризующееся слабостью, повышенной утомляемостью, эмоциональной неустойчивостью, повышенной чувствительностью к внешним раздражителям, нарушениями сна.

Аутогенная тренировка — психотерапевтический метод лечения, предполагающий обучение пациентов мышечной релаксации, самовнушению, развитию концентрации внимания и силы представления, умению контролировать произвольную умственную активность с целью повышения эффективности значимой для субъекта деятельности.

Аффект — сильное и относительно кратковременное нервно-психическое возбуждение (ярость, ужас, гнев), сопровождающееся нарушением самоконтроля, напряженной мимикой и жестикуляцией.

Белая горячка (синдром отмены с делирием) — острое психотическое состояние, возникающее в период фазы отмены у зависимых от алкоголя лиц и характеризующееся спутанностью сознания, дезориентировкой, расстройствами восприятия (иллюзии, галлюцинации), раздражительностью, рассеянностью, тремором, потливостью, учащением сердечных сокращений, повышением артериального давления, тахикардией, гипертонией. Как правило, ему предшествуют синдромы алкогольного похмелья.

Библиотерапия — метод воздействия на человека, его чувства путем чтения книг.

Валеология — отрасль науки, имеющая своей целью исследование системы факторов и условий, способствующих укреплению здоровья детей, педагогов и их родителей.

Вербализация — отражение опыта в речи, речевой показатель личности.

Внушение — воздействие на психику человека, при котором путем усиления преимущественно неосознаваемой психической активности создается установка на функциональное развертывание ее резервов. Внушение реализуется, если оно соответствует логическим построениям, присущим мышлению пациента.

Возрастной подход — учет и использование закономерностей развития личности (физических, психологических, социальных), а также социально-психологических особенностей групп воспитуемых, обусловленных их возрастным составом.

Воспитательные отношения — разновидность отношений между людьми, возникающая в воспитательном взаимодействии, направленная на духовное, нравственное и т. п. развитие и совершенствование.

Вторичная профилактика злоупотребления ПАВ — комплекс социальных, образовательных и медико-психологических мероприятий, предупреждающих формирование болезни и осложнение наркотизации у лиц, эпизодически употребляющих ПАВ, но не обнаруживающих признаков болезни.

Галлюцинации — ложные восприятия, возникающие без соответствующих внешних раздражителей.

Гештальттерапия — система методов и процедур психотерапевтического воздействия на человека, основанных на теории гештальтпсихологии. Главный принцип — безусловное принятие человеком себя, других людей и всего остального мира такими, какие они есть.

Группа взаимопомощи — группа, члены которой поддерживают друг друга в выздоровлении от алкогольной или другой наркотической зависимости либо оберегают друг друга от какой-либо зависимости, причем без профессиональной терапии или руководства. Среди групп для преодоления зависимости от алкоголя и других ПАВ выделяются Анонимные Алкоголики, Анонимные Наркоманы и Ал-Анон (для членов семей алкоголиков и наркоманов), которые входят в ряд двенадцатиступенчатых групп, основанных на недоминирующем духовном подходе.

Группа риска наркотизации — группа несовершеннолетних и молодежи, выделенная на основании определенного набора социально-демографических, личностных, психологических и соматофизических признаков, характеризующаяся склонностью к злоупотреблению наркотиками и иными ПАВ. Группа риска является самостоятельным объектом профилактики. К ней относятся дети и молодые люди:

- лишенные родительского попечения, ведущие безнадзорный образ жизни, не имеющие постоянного места жительства;
- впервые употребившие различные ПАВ;
- имеющие проблемы в развитии и поведении, обусловленные нервно-психической неустойчивостью или сопутствующими психическими отклонениями.

Двенадцатиступенчатая группа — группа взаимопомощи, организованная по двенадцатиступенчатой программе Анонимных Алкоголиков (АА) или ей подобной. Программа АА исходит из того, что человек не властен над своим пьянством и над своей жизнью из-за пьянства и вверяет свою жизнь «высшей власти», пересматривая нравственные ценности, исправляя ошибки прошлого и предлагая помощь другим алкоголикам. АА организована на условиях «двенадцати традиций», включая анонимность, независимость от политических убеждений и неиерархическую организационную структуру.

Дезадаптация — психическое состояние, возникающее в результате несоответствия

социопсихологического или психофизиологического статуса ребенка новой социальной ситуации.

Деловая игра — метод имитации ситуаций, моделирующих профессиональную или иную деятельность путем игры по заданным правилам.

Депрессия — патологическое психическое состояние, характеризующееся плохим настроением, снижением умственной и двигательной активности, инстинктивных побуждений (чувства голода, сексуального влечения, стремления к самосохранению), пессимистическими оценками себя и своего положения в окружающем мире.

Диагноз педагогический — определение характера и объема способностей учащихся, затруднений, испытываемых ими в учебе, отклонений в поведении.

Диагностические тесты на наличие ПАВ — индикатор в виде бумажных полосок для иммунохроматографического выявления в моче испытуемого ПАВ (морфин, героин, метадон, экстази, марихуана, кокаин, амфетамины и др.). Используются монотесты и мультитесты, последние применяются для диагностики нескольких ПАВ.

Дисфория — изменение настроения до мрачности, угрюмости, раздражительности, агрессивности; может наблюдаться при многих психических заболеваниях.

Защита психологическая — неосознаваемые психические процессы, направленные на поддержание у человека высокой оценки и создание внутреннего психологического комфорта, на устранение или снижение чувства тревоги, связанного с осознанием конфликта.

Злоупотребление ПАВ — неоднократное употребление ПАВ без назначения врача, имеющее негативные медицинские и социальные последствия.

Зона ближайшего развития — расхождение между уровнем актуального развития и уровнем потенциального развития, который ребенок способен достигнуть под руководством взрослых и в сотрудничестве со сверстниками.

Инфантилизм — сохранение в психике и поведении взрослого особенностей, присущих детскому возрасту.

Конвенции по ПАВ, международные — международные договоры, касающиеся контроля производства и распространения ПАВ. Ранние договоры (Генеральный Брюссельский акт 1889–1890 годов и Сен-Жерменская конвенция 1912 года) контролировали оборот алкогольных напитков в Африке в колониальную эру. Первым договором, касающимся современных контролируемых веществ, была Гагская конвенция 1912 года; ее положения, а также положения последующих соглашений закрепились в Единой конвенции по наркотикам (1961), с поправками, внесенными Протоколом 1972 года. Затем были заключены Конвенции 1971 года по психотропным веществам и Конвенция 1988 года против незаконного оборота наркотических лекарственных препаратов и психотропных веществ.

Медицинская модель профилактики — основанная на информационно-лекционном методе совместная деятельность специалистов образовательных и лечебно-профилактических (наркологических) учреждений, направленная на формирование у детей и молодежи знаний о негативном воздействии наркотических и других ПАВ на физическое и психическое здоровье человека, а также гигиенических навыков, предупреждающих развитие наиболее тяжелых медицинских последствий наркомании — заражение ВИЧ-инфекцией, гепатитом, венерическими болезнями.

Мониторинг наркотической ситуации — повторяющиеся с установленной регулярностью на основе выбранной системы регистрации учет и оценка показателей развития наркотической ситуации (распространенность наркотиков и иных ПАВ, частота случаев злоупотребления и состояний зависимости, вредных последствий злоупотребления ПАВ, отношение отдельных лиц и групп к наркотикам и наркотической ситуации). Объектом мониторинга может быть группа несовершеннолетних или молодежи, система учреждений, отдельный регион. Мониторинг может быть частичным, отражающим социологические и

психологические показатели, и полным, включающим оценку факторов, улучшающих или ухудшающих наркотическую ситуацию.

Наркомания — болезнь, вызванная употреблением наркотиков. Наркоман периодически или постоянно находится в состоянии интоксикации, имеет навязчивое стремление принять предпочитаемое вещество (или вещества), с большим трудом добровольно прекращает употребление ПАВ или изменяет его характер, а также проявляет решимость добыть ПАВ почти любыми средствами.

Наркотики — психоактивные вещества, вызывающие наркоманию и включенные в официальные списки наркотических средств и психотропных веществ.

Нарушенный контроль (утрата контроля) — потеря способности изменять количество и частоту приема ПАВ, неспособность к воздержанию от их приема.

Образовательная модель — образовательная система, включающая в себя общие цели и содержание образования, проектирование учебных планов и программ, частные цели руководства деятельностью обучаемых, модели группирования учеников, методы контроля и отчетность, способы оценки процесса обучения.

Образовательная модель профилактики — основанная на воспитательно-педагогических методах деятельность специалистов образовательных учреждений, направленная на формирование у детей и молодежи знаний о социальных и психологических последствиях наркомании с целью формирования устойчивого альтернативного выбора в пользу отказа от приема ПАВ.

Образовательная среда — учреждения системы образования и семьи, выполняющие подготовку и включение индивида в различные сферы жизнедеятельности общества и приобщение его к культуре конкретной социальной среды.

Образовательной системы внешняя среда — совокупность разнородных природно-климатических, демографических, климатических, экологических, социально-экономических, политических факторов, оказывающих влияние на внутренние характеристики образовательной системы того или иного региона.

Образовательные программы — документы, определяющие содержание образования определенного уровня и направленности, включающие общеобразовательные и профессиональные программы.

Первичная профилактика злоупотребления ПАВ — комплекс социальных, образовательных и медико-психологических мероприятий, предупреждающих приобщение к употреблению ПАВ.

Потребители наркотиков — лица, приобретающие или хранящие наркотические средства с целью употребления.

Потребность — сильное желание ПАВ или его интоксизирующего действия. Желание может возрасти при виде, запахе, вкусе препарата или других раздражителях, связанных с приемом вещества в прошлом.

Профилактика злоупотребления ПАВ — комплекс социальных, образовательных и медико-психологических мероприятий, направленных на выявление и устранение причин и условий, способствующих распространению и употреблению ПАВ, предупреждение развития и ликвидацию негативных личностных, социальных и медицинских последствий злоупотребления ПАВ (безнадзорность, беспризорность, преступность, рост случаев ВИЧ-инфекций, гепатита, заболеваний, распространяемых половым путем, и т. д.).

Психоактивные вещества (ПАВ) — химические и фармакологические средства, влияющие на физическое и психическое состояние, вызывающие болезненное пристрастие; к ним относятся наркотики, алкоголь, никотин и др.

Психосоциальная модель профилактики — основанная на биопсихосоциальном подходе к предупреждению злоупотребления ПАВ совместная деятельность специалистов

образовательных и лечебно-профилактических учреждений, направленная на формирование у детей и молодежи личностных ресурсов, обеспечивающих доминирование ценностей здорового образа жизни, действенной установки на отказ от приема ПАВ, а также развитие психологических навыков, необходимых в решении конфликтных ситуаций и в противостоянии групповому давлению, в том числе связанному со злоупотреблением ПАВ.

Реабилитационный потенциал — прогностическая оценка потенциальных возможностей наркологического больного к выздоровлению, возвращению в семью и к общественно полезной деятельности, основанная на объективных данных о наследственности, социальном статусе, особенностях биопсиходуховного развития, а также тяжести наркологического заболевания.

Реабилитация в области, связанной с употреблением (психоактивных) веществ, — процесс, с помощью которого индивид с расстройством восприятия вследствие употребления ПАВ обретает оптимальное состояние здоровья, психологическое и социальное благополучие. Реабилитация обычно следует за первоначальной фазой лечения. Она охватывает разнообразные подходы, включая групповую терапию, специальные формы поведенческой терапии для предотвращения рецидива, вовлечение в группу взаимопомощи, проживание в терапевтическом сообществе или доме на полпути, обучение профессии и трудовую деятельность.

Рецидив — возврат к употреблению алкоголя и других наркотических веществ после периода воздержания; часто сопровождается восстановлением симптомов зависимости.

Синдром зависимости — комплекс поведенческих, познавательных и физиологических симптомов, который может развиваться после повторного использования вещества и обычно включает сильное желание принять наркотическое вещество; нарушение контроля над его употреблением; упорное продолжение его использования, несмотря на пагубные последствия; предпочтение употребления ПАВ в ущерб другим видам деятельности и выполнению обязанностей; повышенную толерантность; состояние отмены, если потребление наркотического вещества прекратилось.

Снижение спроса — общий термин, который используется для описания политики или программ, направленных на уменьшение спроса потребителя на ПАВ. Он применяется прежде всего к запрещенным наркотическим средствам, особенно в связи со стратегией воспитательного, лечебного и реабилитационного характера, в противовес стратегиям правоохранительных органов, цель которых — запретить производство и распространение наркотических средств.

Созависимый — родственник, близкий друг или коллега лица, страдающего зависимостью от алкоголя или наркотика, действия которых характеризуются как стремление сохранить зависимость данного лица и таким образом задерживают процесс выздоровления.

Специальное образование — сложившаяся наряду с массовым образованием дифференцированная система специальных образовательных учреждений, представленная восемью типами школ (для глухих, слабослышащих, слепых, слабовидящих, детей с нарушением интеллекта, речи, опорно-двигательного аппарата, задержкой психического развития). Все специальные школы, за исключением вспомогательных (для детей с нарушением интеллекта), дают выпускникам ценное образование, сопоставимое с определенной ступенью образования. Кроме этого, в соответствии с концепцией интегрированного образования в массовых школах возможно создание специальных классов для детей с нарушением интеллекта, для детей с задержкой психического развития (классы выравнивания или коррекции), для детей «группы риска» — с трудностями в обучении, поведении, с ослабленным здоровьем (классы компенсирующего обучения, педагогической поддержки, адаптации, здоровья и т. д.). Важную роль в системе специального образования играют центры психолого-педагогического медико-социального сопровождения (ППМС-

центры).

Стратегия сдерживания — государственная политика, направленная на предупреждение (сдерживание) незаконного распространения, роста употребления, а также увеличения масштабов медико-социальных последствий злоупотребления ПАВ.

Токсикомания — хроническая болезнь, возникающая в результате злоупотребления ПАВ, не включенными в официальный список наркотических средств.

Толерантность — снижение реакции на воздействие дозы наркотического вещества, появляющееся при длительном употреблении. Требуется увеличение дозы алкоголя или других ПАВ для достижения эффекта, первоначально возникавшего после меньших доз.

Тренинг — форма интерактивного обучения, целью которого является развитие межличностного и профессионального поведения в обществе.

Третичная профилактика злоупотребления (ПАВ) — комплекс социальных, образовательных и медико-психологических мероприятий, направленных на предотвращение срывов и рецидивов заболевания, то есть способствующих восстановлению личностного и социального статуса больного (наркомания, токсикомания и алкоголизм), и возвращение его в семью, в образовательное учреждение, трудовой коллектив, к общественно полезной деятельности.

Центр реабилитации детей и молодежи с наркозависимостью — учреждение, осуществляющее комплекс педагогических, медико-психологических и социальных мероприятий, направленных на восстановление психического и социального статуса детей и молодежи, страдающих зависимостью от ПАВ.

Признаки, состояния и последствия при употреблении наркотиков

Физиологические признаки:

- бледность кожи;
- расширенные или суженные зрачки, покрасневшие или мутные глаза;
- замедленная, несвязанная речь;
- потеря аппетита, похудение или чрезмерное употребление пищи;
- хронический кашель;
- плохая координация движений (пошатывание или спотыкание).

Поведенческие признаки:

- беспричинное возбуждение, вялость;
- повышенная работоспособность;
- нарастающее безразличие ко всему, ухудшение памяти и внимания;
- уходы из дома, прогулы в школе по непонятным причинам;
- трудности в сосредоточении на чем-то конкретном;
- бессонница;
- болезненная реакция на критику, частая и резкая смена настроения;
- повышенная утомляемость;
- избегание общения с людьми, с которыми раньше был близок;
- снижение успеваемости в школе;
- постоянные просьбы дать денег;
- пропажа из дома ценностей, книг, одежды, видео- и аудиотехники;
- частые телефонные звонки;
- самоизоляция, уход от участия в делах, которые раньше были интересными;
- частое вранье, изворотливость, лживость;
- уход от ответов на прямые вопросы, склонность сочинять небылицы;
- неопрятность внешнего вида;
- склонность к прослушиванию специфической музыки;
- проведение большей части времени в компаниях асоциального типа.

Очевидные признаки:

- следы от уколов, порезы, синяки;
- бумажки и денежные купюры, свернутые трубочкой;
- пластиковые карты с белым налетом по краям;
- маленькие ложечки с темным пятном на внешней стороне;
- капсулы, пузырьки, жестяные банки;
- пачки лекарств, снотворного или успокоительного действия;
- папиросы «Беломор» в пачках из-под сигарет.

Признаки острой интоксикации (опьянения) наркотиками группы опия:

- покраснение, зуд кожи лица (особенно кончика носа) первые 105 минут после приема наркотика, затем изменение окраски кожных покровов на бледность;
- резкое сужение зрачков, снижение реакции их на свет;
- изменение поведения в виде заторможенности, сонливости, вялости;

- нарушение речи в виде смазанности, нечеткости, монотонности.

Признаки острой интоксикации (опьянения) препаратами конопли:

- покраснение кожи лица, слизистых рта, глаз, сухость во рту;
- резкое расширение зрачков, покраснение слизистой глаз (конъюнктивы);
- немотивированные перепады настроения от чрезмерной веселости (дурашливости) до чувства страха;
- характерный смолистый запах от одежды (определяется в помещении).

Признаки острой интоксикации (опьянения) стимуляторами:

- расширение зрачков, блеск глаз;
- повышенная потливость;
- неврологические изменения в виде дрожания век, рук;
- изменение поведения от психомоторного возбуждения и агрессии до подозрительности и гневливости;
- нарушение речи в виде ускорения по темпу, говорливости, бессвязности;
- неусидчивость, стремление к изменению позы, активной деятельности.

Состояние при употреблении опиатов:

- приятное чувство тепла, расходящееся от желудка, вверх к голове, а затем вниз к ногам;
- чувство полного отрешения от окружающего мира;
- полное «отключение» от проблем;
- волна непередаваемых ощущений проходит по каждой клеточке тела;
- «я существую отдельно от мира»;
- ощущение всемогущества и значимости;
- все окружающее мне чуждо и не нужно;
- всё хорошо!
- здесь и сейчас!

Состояние при употреблении конопли:

- приятное чувство расслабленности, мягкости тела;
- отсутствие проблем;
- душа «летает»;
- изменение ощущения пространства, времени, размеров предметов;
- исчезновение всех комплексов;
- повышенная сексуальность (раскрепощенность);
- повышенный аппетит (падение уровня глюкозы);
- «всё хорошо!»
- «здесь и сейчас!»

Состояние при употреблении психостимуляторов:

- повышенная физическая активность;
- приятное чувство отрешенности от мира;
- изменение восприятия окружающего мира;
- возможные галлюцинации;
- ощущение бесконечной радости, бодрости.

Медицинские последствия приема наркотиков:

- острое отравление;
- СПИД;
- гепатиты В + С;
- цирроз печени;
- некроз печени;
- дистрофия миокарда;
- энцефалопатия.

Социальные последствия приема наркотиков:

- потеря работы или учебы;
- потеря семьи;
- утрата нормальных социальных контактов;
- утрата друзей, потеря места в здоровом обществе;
- многократные судимости;
- отношение общества к наркоманам известно всем.

Тесты для родителей

Тест «Употребляет ли ваш ребенок наркотики?»

Показывает, употребляет ли ваш ребенок наркотики, но не позволит вам точно определить, какой это конкретно наркотик. Старайтесь ответить либо «да», либо «нет». Помните, что от правильности вашего ответа зависит результат тестирования!

Если ваш ответ совпадет с тем, который напечатан в тексте после вопроса, обязательно подчеркните соответствующее число баллов. Например, вы отвечаете «да» и видите такой же ответ после вопроса теста и далее цифру «2 балла». Это значит, что вы получили два балла, которые должны суммировать с другими совпавшими ответами.

Если вы в сумме получили 6 и более баллов, обязательно:

- ответьте на вопросы других тестов;
- обратитесь к наркологу за подробной консультацией.

Мои отношения с сыном (дочерью) ухудшились в последнее время (два-три месяца)	Да	1 балл
Мой сын (дочь) стал скрытным	Да	1 балл
То время, которое мой сын (дочь) раньше проводил за уроками, в семье, он стал проводить с неизвестными или малознакомыми друзьями	Да	1 балл
Мой сын (дочь) по утрам стал позднее просыпаться и слишком поздно ложиться спать	Да	1 балл
Мне стало известно от учителей, что сын (дочь) стал хуже учиться, пропускает занятия	Да	1 балл
Мой сын (дочь) заметно потерял интерес к учебе, увлечениям (компьютер, спорт)	Да	2 балла
Мой сын (дочь) стал в последнее время (1–3 месяца) требовать значительно больше карманных денег	Да	2 балла
Я заметил(а), что из дома в последнее время (1–3 месяца) стали пропадать вещи, деньги	Да	2 балла
Отношения моего сына (дочери) с его старыми (или новыми) друзьями подозрительны:		
<ul style="list-style-type: none"> • при моем появлении их оживленный разговор стихает, они обмениваются непонятными фразами; 	Да	2 балла
<ul style="list-style-type: none"> • говорят шепотом или вообще общаются только за закрытыми дверями (в подъезде, на улице); 	Да	2 балла
<ul style="list-style-type: none"> • после появления в доме этих друзей пропадают деньги, вещи (два и более раз); 	Да	2 балла
<ul style="list-style-type: none"> • новые друзья избегают встреч со мной по любым причинам либо грубы, неадекватно смешливы. 	Да	2 балла
В последние 2–3 месяца поведение моего сына (дочери) и (или) его друзей выглядит временами необычно:		
<ul style="list-style-type: none"> • по непонятным причинам сын (его друзья) вдруг становится то весел, добродушен, сговорчив, покладист, то равнодушен, вял несоответственно ситуации (например, злобен в спокойной ситуации, не протестует, когда его ругают); 	Да	5 баллов

<ul style="list-style-type: none"> речь и движения становятся иногда как у пьяного при отсутствии запаха алкоголя изо рта; 	Да	5 баллов
<ul style="list-style-type: none"> в неподходящее время сын (дочь) выглядит отрешенным, как бы засыпает в любой позе, но, если его окликнуть, потормошить, просыпается. 	Да	5 баллов
Мой сын (дочь) стал носить одежду с длинными рукавами независимо от погоды и от обстановки	Да	4 балла

Тест «Признаки опьянения опиатами (героин, „ханка“»

Чтобы вы могли точнее определить, что употребляет ваш ребенок, предлагаем тест.

Старайтесь ответить либо «да», либо «нет». Помните, что от правильности вашего ответа зависит результат тестирования!

Если ваш ответ совпадет с тем, который напечатан в тексте после вопроса, обязательно подчеркните соответствующее число баллов. Например, вы отвечаете «да» и видите такой же ответ после вопроса теста и далее цифру «2 балла». Это значит, что вы получили два балла, которые должны суммировать с другими совпавшими ответами.

Если их 4 и больше и если вы дали хотя бы один положительный ответ на вопросы 5, 8, 10, 13, 14, употребление опиатов (самых опасных наркотиков) вашим ребенком весьма вероятно. Обязательно обратитесь к наркологу и выполните его рекомендации!

1	Внезапная сонливость в дневное время. При этом человек, если его не беспокоят окружающие, засыпает в любой позе, но, если его окликнуть, просыпается и легко включается в беседу. Через непродолжительное время он засыпает опять	Да	2 балла
2	Ранее не встречавшиеся расстройства памяти. Говорит несколько раз одно и то же, говорит о том, что обсудили	Да	2 балла
3	Замедленная, невнятная речь. Говорит, растягивая слова, с паузами между словами	Да	1 балл
4	Рассеянность, задумчивость	Да	1 балл
5	Смена настроения, не зависящая от ситуации	Да	4 балла
6	Странное, необычное стремление к уединению	Да	1 балл
7	Навязчивость, назойливость	Да	1 балл
8	Поздно ложится спать (не раньше 2-3 часов) поздно встает утром	Да	4 балла
9	Снижение чувствительности к боли	Да	1 балл
10	Необычно узкий зрачок, который не расширяется в темноте	Да	4 балла
11	Бледная, сухая, теплая кожа	Да	1 балл
12	Следы уколов по ходу вен	Да	3 балла
13	Наличие наркотиков опиатной группы: <ul style="list-style-type: none"> героин — светло-серый, с коричневым оттенком порошок, в виде мелких кристаллов, с неприятным запахом, горький или сладковатый на вкус (похож на стиральный порошок или питьевую соду); «ханка» — темно-коричневые лепешки 1-1,5 см в поперечнике; «соломка» — мелко размолотый, коричневато-желтый 	Да	5 баллов

	<p>порошок из частей растения, стеблей;</p> <ul style="list-style-type: none">• «бинты» — плотная, ломкая хлопчатобумажная ткань, пропитанная наркотиком;• «черное» — коричневый раствор с запахом укуса и осадком из темных частиц.		
14	Наличие медицинских препаратов из следующего списка: кодеин, морфина гидрохлорид, трамал, реланиум, радедорм	Да	4 балла

ТРЕНИНГ ПО ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПАВ СРЕДИ МОЛОДЕЖИ

Цель тренинга по профилактике употребления ПАВ — повысить уровень информированности подростков по теме профилактики употребления ПАВ и сформировать мотивацию на отказ от пробы и употребления ПАВ.

В данном приложении представлена программа тренинга по профилактике ПАВ, ориентированная на молодежную аудиторию. Здесь же приведены инструкции к упражнениям, теоретические блоки и рекомендации по проведению тренинга. Это сделано для того, чтобы тренер с небольшим опытом проведения подобных семинаров (либо при его отсутствии) мог корректно изложить информацию, соблюсти «безопасный коридор» при работе с подростками и, что немаловажно, чувствовал себя уверенно и получал удовольствие от работы.

Тренинг по профилактике употребления ПАВ строго регламентирован.

В рамках тренинга по профилактике употребления ПАВ выполняются упражнения и игры, соответствующие задачам тренинга, проводится анализ сложившихся в ходе упражнения ситуаций, а также возникающих мыслей, эмоций, формулируются выводы, получаемый опыт присваивается. В ходе тренинга обсуждаются различные позиции участников и проясняются причины различий; выявляются «+» и «-» той или иной позиции. В случае необходимости тренер дает пояснения и теоретическую информацию.

В результате обучения на тренинге по первичной профилактике употребления ПАВ участники получают информацию:

- о том, что такое ПАВ;
- о том, как формируется зависимость от ПАВ;
- о негативных последствиях употребления ПАВ.

В число развиваемых во время тренинга навыков входят:

- ответственное отношение к жизни (своей и близких людей);
- забота о своем здоровье;
- навык опоры на достоверную информацию по теме ПАВ;
- способность сказать «нет» в ситуации нежелательного давления;
- умение занять себя интересным и полезным делом, конструктивно разнообразить досуг.

Значимые характеристики тренинговой группы:

- количество участников 10–15 человек;
- гетерогенность группы по половому признаку;
- степень знакомства группы: желательно, чтобы участники тренинга были не знакомы между собой.

Длительность тренинга по профилактике употребления ПАВ: 2 часа.

Тренинг по профилактике употребления ПАВ для подростков проводится на основании письменного разрешения родителей!

Условия и средства, необходимые для проведения тренинга:

- помещение (площадью не менее 20 кв. м);

- мягкие стулья;
- часы;
- флипчарт с бумагой и маркерами;
- бумага формата А4;
- широкий бумажный скотч;
- шариковые ручки;
- фломастеры;
- методический материал.

Зона применимости: программа данного тренинга ориентирована на группу подростков; профилактический тренинг проводится в условиях аудиторных и внеаудиторных занятий.

Ожидаемый результат: при прохождении тренинга по профилактике употребления ПАВ подростки получают информацию о «ловушках» и механизмах формирования зависимости от ПАВ, оценят значимость собственной жизни, повысят мотивацию к здоровому образу жизни и отказу от ПАВ, расширят спектр конструктивных форм досуга.

План тренинга для подростков по профилактике употребления ПАВ:

- Введение в тренинг.
- Упражнение «Счет на три».
- Теоретический блок «Что такое ПАВ и как формируется зависимость от ПАВ».
- Упражнение «Ценности».
- Упражнение «Потери».
- Теоретический блок «Негативные последствия от употребления ПАВ».
- Упражнение «Сиамские близнецы».
- Упражнение «Альтернатива»;
- Завершение тренинга.

Введение в тренинг

Время: 5 минут.

Задачи: актуализировать тему тренинга, выявить осведомленность участников по теме.

Материалы: флипчарт, маркеры.

Зона применимости: для группы подростков и родителей при рассмотрении темы «ПАВ».

Процесс: тренер представляется: «Добрый день! Сегодня мы собрались, чтобы поговорить о профилактике употребления психоактивных веществ. Знаете ли вы, что такое психоактивные вещества и каковы последствия их употребления?»

Завершение: итогом беседы является повышение интереса и активности в группе. Тема записывается на флипчарт.

Упражнение «Счет на три»

Время: 10 минут.

Задачи: повысить внимание участников, создать в группе доброжелательную рабочую атмосферу.

Зона применимости: подходит для подростков и взрослых в различных видах обучения.

Процесс: тренер говорит: «Нам нужно посчитать по кругу от 1 до 30. Но вместо числа

3, чисел, включающих в себя 3, и чисел, которые делятся на 3, говорить „пас!“ и хлопнуть в ладоши. Начали!»

Завершение: предложить группе поаплодировать себе за выполнение упражнения. Установить «мостик» к теме зависимости от ПАВ: в упражнении «Счет на три» победа команды зависит от сосредоточенности каждого участника.

Теоретический блок «Что такое ПАВ и как формируется зависимость от ПАВ»

Время: 20 минут.

Задача: сформировать представление, что такое ПАВ и каковы механизмы формирования зависимости.

Материалы: флипчарт, маркеры.

Зона применимости: подходит для подростков и родителей при рассмотрении темы «Зависимость от ПАВ».

Процесс: тренер говорит: «Что такое ПАВ? ПАВ — это химические соединения естественного или искусственного происхождения, которые изменяют психическое состояние человека. В данном случае мы говорим о немедицинском употреблении таких веществ, когда человек пытается с их целью вызвать положительные переживания (например, эйфорию) или избавиться от отрицательного психического состояния. Подобное употребление ПАВ может привести к психической и физической зависимости, то есть потребности снова и снова их использовать. В основе действия ПАВ лежит способность этих веществ влиять на клетки головного мозга на химическом уровне. Употребление ПАВ может привести к серьезным психическим и физическим осложнениям.

Большинство людей, пробуя ПАВ впервые, уверены, что они никогда не попадут в зависимость от них, не станут наркоманами. Так думали и те люди, которые сегодня страдают от химической зависимости. Наркомания (синдром наркотической зависимости) — это болезнь, а не проявление безволия. Когда у человека развивается зависимость от ПАВ, то стремление употребить ПАВ снова и снова, становится характерным симптомом наркомании, а не недостатком характера.

Этапы формирования зависимости от ПАВ. Вне зависимости от причины, по которой человек решил попробовать наркотики, их употребление приводит к формированию зависимости. Зависимость от наркотиков формируется постепенно, с каждым днем потребителю наркотиков все труднее отказаться от ПАВ. Выделяют три этапа формирования зависимости от ПАВ:

- эпизодическое употребление;
- злоупотребление;
- наркомания.

1-й этап — эпизодическое употребление.

Начинается с первой пробы наркотика. Если первая проба наркотика не приносит человеку желаемой эйфории, не вызывает ожидаемых ощущений, то существует вероятность того, что повторного употребления не последует. Человек просто поймет: «Наркотики — это не мое». Если во время первой пробы наркотика или последующих нескольких употреблений человек получает ожидаемый эффект, то велика вероятность дальнейшего употребления наркотиков. На непродолжительном первоначальном этапе человек может спокойно обходиться без наркотиков, то есть их отсутствие никак не сказывается на его настроении и самочувствии (психической и физической зависимости еще нет). При возникновении условий, когда наркотик доступен, человек решает вопрос «употребить или не употребить» ситуационно, ориентируясь на собственные желания в данный момент.

2-й этап — злоупотребление.

Испытывая определенные ощущения при употреблении наркотика, человек стремится

как можно чаще переживать действие наркотика, постепенно возрастает заинтересованность в наркотике. Если человек употребляет несколько наркотиков, то начинает формироваться зависимость сразу от нескольких наркотиков. При каждом удобном случае человек пытается достать и употребить наркотик, требуемые дозы постепенно возрастают. Отсутствие наркотика приводит к неприятным эмоциональным переживаниям, раздражительности, плохому настроению; эти проявления свидетельствуют о сформировавшейся психической зависимости от наркотика. Отсутствие наркотика после частого употребления может вызвать и незначительное физическое недомогание, что является признаком начала формирования физической зависимости от наркотика.

3-й этап — наркомания (синдром наркотической зависимости).

Характеризуется выраженной психической и физической зависимостью от ПАВ. При невозможности употребить наркотик, человек страдает и душевно, и физически; все мысли фокусируются только на идее „где бы достать дозу“. Психические и физические страдания без наркотика называются абстиненцией или „ломкой“. То, каким образом протекает абстиненция, зависит от типа наркотика, продолжительности его употребления, используемых доз, от индивидуальных особенностей организма и общего состояния здоровья. При сформированной зависимости наркотик употребляется уже не для получения ожидаемых ощущений, а для улучшения физического самочувствия (в тяжелых случаях — чтобы встать с постели), для временного блокирования навязчивой мысли „где бы достать дозу“. На этом этапе человек полностью зависим от наркотика, такие ценности, как здоровье, любовь, семья, друзья, работа, теряют свою значимость».

Упражнение «Ценности»

Время: 20 минут.

Задача: продемонстрировать процесс обесценивания жизни человека, употребляющего ПАВ.

Материалы: листы бумаги формата А4, шариковые ручки, флипчарт, маркеры.

Зона применимости: при рассмотрении темы «Профилактика употребления ПАВ» в группах подростков, родителей.

Процесс: тренер обращается к участникам: «Давайте поговорим о том, что для нас ценно. Разделитесь на две группы. Каждая команда в течение 10 минут обсуждает ценности для вашего поколения и для каждого из вас лично. Задача каждой группы написать 10 основных ценностей». После этого каждая команда представляет свой вариант. Ценности записываются на флипчарте общим списком. Тренер отмечает, что универсальной (правильной) модели ценностей не бывает: «У каждого человека своя система ценностей, сколько людей — столько и мнений. Обратите внимание, что в обеих группах похожий результат. Нас всех объединяет то, что все эти ценности для каждого из нас действительно важны.

Теперь давайте попробуем совместить ценности и глупости. Что происходит с ценностями человека, когда человек начинает употреблять ПАВ? Человек лишается всего, что ему было важно и ценно. В его жизни не остается места для любви, дружбы, стремлений, вся жизнь потребителя наркотиков вращается вокруг единственно важной для него вещи — наркотика, потому что он употребляет его уже не для того, чтобы получить необычные ощущения, а для того, чтобы просто не было плохо».

Чтобы процесс утраты ценностей в жизни потребителя наркотиков был нагляднее, по очереди на флипчарте зачеркиваются выписанные ценности.

Завершение: всеми формулируется вывод о ценности собственной жизни.

Упражнение «Потери»

Время: 30 минут.

Задача: содействовать осознанию участниками тренинга своих жизненных ценностей, возможности и болезненности их утраты.

Материалы: листы бумаги формата А4, шариковые ручки.

Зона применимости: при рассмотрении темы «Профилактика употребления ПАВ» в группах подростков, родителей.

Процесс: тренер просит каждого участника обратиться к своему опыту, вспомнить хорошие события в своей жизни.

Тренер сообщает, что каждый будет работать индивидуально, и выдает каждому участнику четыре листа бумаги. Также просит участников быть искренними при выполнении задания не опасаться разглашения личной информации, так как все записи участник будет делать только для себя и никто их не увидит. Тренер просит участников соблюдать тишину и внимательно слушать инструкции.

Тренер просит участников на первом листе бумаги написать три материальных ценности, которые у них уже есть, причем к ценностям может относиться и любимая книга, и любимый музыкальный диск (то есть дело не в цене предмета, а в его значимости для человека).

На втором листе написать три хобби, которым человек любит посвящать свободное время.

На третьем листе ведущий просит написать три мечты (или заветных желания).

На четвертом — имена значимых, дорогих людей.

Затем участникам необходимо вернуться к первому листу (с материальными ценностями), выбрать что-то одно — самое ценное, — и обвести его в кружок. Такой же выбор нужно сделать на втором, третьем и четвертом листах.

Тренер просит участников еще раз взглянуть на все четыре листа и прочесть обведенные в кружок записи.

Когда все участники выбрали «самое-самое», тренер твердым спокойным голосом объявляет: «Произошел несчастный случай, вы утратили значимую для вас материальную ценность. Отложите листок, на котором вы записывали свои материальные ценности, на пол рядом с собой, записями вниз. У вас больше нет этой ценности... У вас больше нет возможности заниматься своими любимыми делами, отложите листок с любимым хобби на пол... Произошедший несчастный случай сделал вашу мечту недостижимой, ей не суждено сбыться. Отложите листок... Дорогой вам человек пропал, исчез из вашей жизни, его нет больше рядом с вами. Отложите на пол листок с его именем».

Тренер делает паузу (чуть длиннее, чем паузы после каждой из утрат), обводит глазами группу. Затем спрашивает: «Что вы ощущаете сейчас? Кто готов поделиться?» Участники высказываются. Тренер внимательно слушает, кивая и благодаря участников за высказывания.

Когда все желающие высказались, тренер резюмирует высказывания участников. Например: «Когда мы теряем что-то важное для нас, то испытываем пустоту, чувство безысходности. Это была только игра, мы ничего не теряли. Возьмите все свои листки в руки. Посмотрите на первый лист, прочитайте написанное. У каждого из нас есть вещи, которые нам дороги, к которым нам приятно будет обратиться. У нас есть хобби, которыми мы любим заниматься в свободное время. Возьмите и прочитайте второй листок. Возможно, сегодня вечером мы сможем найти время для любимого занятия! У нас есть мечты и заветные желания, осуществление которых зависит только от нас, от наших усилий. Взгляните на листок с вашими заветными желаниями! Нам очень дороги наши близкие люди, возьмите листок с их именами. Мы нуждаемся в близких, а они нуждаются в нас. Как здорово, что они рядом!»

Затем тренер улыбается, обводит группу взглядом и повторяет: «Игра закончена». Важно вернуть участников к реальности! Тренер обращается к группе: «Кто хотел бы рассказать о своих ощущениях от игры?» Участники высказываются. Затем ведущий делает комментарии.

Завершение: тренер подводит итог: «Чем бы человек ни обладал на сегодня, это его достижения, его ценности. Трудно терять то, к чему привык, чем дорожишь. Когда человек начинает употреблять ПАВ, он неизбежно становится на путь потерь. Наркотик требует все больше и больше жертв: возникают ситуации, когда для приобретения очередной дозы требуется расстаться с материальными ценностями, когда мечта обесценивается или становится недостижимой, портятся отношения с близкими людьми. К сожалению, в начале употребления ПАВ об этом никто не задумывается».

Теоретический блок «Негативные последствия употребления ПАВ»

Время: 5 минут.

Задача: предоставить корректную информацию о негативных последствиях употребления ПАВ.

Зона применимости: при рассмотрении темы «Профилактика употребления ПАВ» в группах подростков, родителей.

Процесс: тренер говорит: «ПАВ начинают „отравлять“ жизнь человека с момента первой пробы. Чем продолжительнее и интенсивнее период употребления ПАВ и сильнее наркотическая зависимость, тем значительнее ущерб, наносимый их потребителю. У человека происходит изменение личности, нарушаются память, умственные способности, мышление, может нарушаться работа не только нервной, но и других систем организма — печени, почек, кишечника.

Необходимо отметить, что употребление наркотиков наносит удар по отношениям потребителя с семьей, друзьями, препятствует учебе, вредит здоровью, ставит под угрозу его будущее и жизнь в целом. Рассмотрим подробнее некоторые негативные последствия употребления наркотиков:

Употребление наркотиков одним из членов семьи приводит к конфликтам, скандалам и напряженным отношениям в семье. Часто близкие люди очень страдают из-за невозможности повлиять на решение человека отказаться от употребления ПАВ. Иногда происходит полный разрыв отношений потребителя ПАВ с семьей.

У потребителя ПАВ могут возникнуть сложности с учебой: плохая успеваемость, пропуски занятий. Человеку, употребляющему наркотики, трудно сосредоточиться на выполнении учебных заданий, у него нарушается память, внимание. Возможно его отчисление из учебного заведения.

Для приобретения ПАВ нужны деньги, поэтому зависимый человек вынужден преступать закон, чтобы получить необходимую сумму. Воровство, кражи, участие в перепродаже наркотиков — частые поступки зависимого человека, которые влекут за собой наказание в соответствии с законом.

Важно отметить, что употребление ПАВ наносит серьезный вред здоровью человека, его внешнему виду, в некоторых случаях употребление ПАВ может привести к смерти. Являясь токсическими (отравляющими) веществами, любые ПАВ нарушают обменные процессы и приводят к накоплению токсичных веществ в организме. Из-за этого происходит быстрое разрушение зубов, выпадение волос, кожные покровы приобретают землистый или желтоватый цвет. Происходит общее истощение организма. Попадая в организм, наркотики нарушают работу всех органов и систем организма, что приводит к обострению хронических заболеваний и появлению новых. Передозировка является частой причиной смерти среди потребителей наркотиков

Через использование общих шприцов для введения ПАВ происходит передача ВИЧ, вирусов гепатитов В и С. Риск связан не только с инъекциями. Многие виды ПАВ, включая алкоголь, являются опасными, поскольку они влияют на способность человека делать выбор в пользу безопасного сексуального поведения»

Упражнение «Сиамские близнецы»

Время: 10 минут.

Задачи: поднять энергию группы, обсудить вопросы созависимости.

Материалы: широкий бумажный скотч.

Зона применимости: подходит для подростков и родителей в активных видах обучения.

Процесс: тренер предлагает всем размяться и выбрать себе в пару приятного человека. Далее он говорит: «Представьте, что вы — «сиамские близнецы» и срослись головами, боками туловищ, спинами (на выбор). Вам нужно приготовить завтрак. Постарайтесь отладить координацию движений так, чтобы не надо было обсуждать каждое действие».

Завершение: тренер говорит, что это упражнение наглядно показывает, что такое взаимозависимость, лидерство и подчинение. Проводится параллель с темой семинара: когда один член семьи находится в зависимости, все другие — созависимы.

Упражнение «Альт ернат ива»

Время: 10 минут.

Задача: расширить спектр конструктивных, полезных и интересных занятий в жизни подростка.

Материалы: ватман, маркеры.

Зона применимости: для группы подростков в завершении тренинга по профилактике употребления ПАВ.

Процесс: тренер просит группу записать на листе ватмана, чем подросткам и молодым людям можно разнообразить свой досуг с пользой для себя и радостью.

Завершение: вывод о том, что в жизни достаточно интересных занятий, которые к тому же укрепляют здоровье, отношения, уважение!

Завершение тренинга

Время: 5 минут.

Ответы на вопросы участников.

1. *Азарова Л. А., Сятковский В. А.* Психология девиантного поведения. — Минск: ГИУСТ БГУ, 2009.
2. *Айвазова А. Е.* Психологические аспекты зависимости. — СПб.: Речь, 2003.
3. *Александров А. А.* Психогенетика: Учебное пособие. — СПб.: Питер, 2007.
4. *Александров А. А., Александрова В. Ю.* Курение и его профилактика в школе. — М.: Медиа-Сфера, 1996. — 96 с.
5. *Алексеева И. А., Новосельский И. Г.* Жестокое обращение с ребенком. Причины. Последствия. Помощь. — М.: Генезис, 2006.
6. *Ананьев В. А.* Легальные и нелегальные наркотики. Практическое руководство по проведению уроков профилактики среди подростков. В 2 ч. СПб.: Институт практической психологии «ИМАТОН», 2000.
7. *Ананьев В. А., Малыхина Я. В., Васильев М. А.* Концептуальные основы системной профилактики девиантного поведения: Монография. — СПб.: Изд-во РГПУ им. А. И. Герцена, 2003.
8. *Андреев А. С., Анцыборов А. В.* Интернет-аддикция как форма зависимого поведения. — 2004 // <http://www.nar-com.ru/ideas/common/15.html>.
9. *Андреев И. Л.* «Заказное» самоубийство: Ритуальный уход из жизни как социально-психологический феномен // Вопросы философии. 2000. № 12. С. 14-34.
10. *Андреева Т. И.* Интернет и профилактика наркотических проблем. — Казань, 1999.
11. *Анохина И. П.* Основные биологические механизмы алкогольной и наркотической зависимости // Руководство по наркологии: В 2 т. / Под ред. член-корр. РАМН Н. Н. Иванца. — М.: Медпрактика, 2002. Т. 1. С. 33-41.
12. *Анохина И. П., Арзуманов Ю. Л., Коган Б. М. и др.* Особенности вызванной электрической активности мозга и функций катехоламиновой системы как маркеры предрасположенности к формированию зависимости от психоактивных веществ // Вопросы наркологии. 1999. № 2. С. 45-51.
13. *Анохина И. П., Москаленко В. Д.* Генетика алкоголизма и наркоманий // Руководство по наркологии: В 2 т. / Под ред. член-корр. РАМН Н. Н. Иванца. — М.: Медпрактика, 2002. — Т. 1. — С. 140-160.
14. *Антоний, митрополит Сурожский.* Труды. — М.: Практика, 2002. — 1080 с.
15. *Арзуманов Ю. Л., Дудко Т. Н. и др.* Изменение межполушарной асимметрии мозга как маркер предрасположенности к формированию зависимости от ПАВ // Современные проблемы наркологии. Материалы научно-практической конференции в Москве 21-22 октября 1999 года. — М., 1999. — С. 11-15.
16. *Арзуманов Ю. Л., Судаков С. К.* Нейрофизиологические аспекты наркологии // Руководство по наркологии: В 2 т. / Под ред. член-корр. РАМН Н. Н. Иванца — М.: Медпрактика, 2002. — Т. 1. — С. 124-139.
17. *Бабаян Э. А., Гонопольский М. Х.* Наркология. — М.: Медицина, 1987. — 336 с.
18. *Бандура А.* Теория социального научения. — СПб.: Евразия, 2000. — 320 с.
19. *Барсукова О. В.* Психологическая защита ребенка дошкольного возраста от деструктивного влияния родителей: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. — Ростов-на-Дону, 2000. — 21 с.
20. *Бахарев В. В.* Типология и социальная диагностика девиантного поведения молодежи. — Белгород: Изд-во БГТУ им. В. Г. Шухова, 2009.
21. *Беличева С. А.* Основы превентивной психологии. — М.: Редакционно-издательский центр консорциума «Социальное здоровье России», 1994. — 221 с.
22. *Березин С. В., Лисецкий К. С.* Наркомания глазами семейного психолога. — СПб.: Речь, 2005.
23. *Березин С. В., Лисецкий К. С., Мотынга И. А.* Психология ранней наркомании. —

- Самара, 2005. — 310 с.
24. Березин С. В., Лисецкий К. С., Назаров Е. А. Психология наркотической зависимости и созависимости (монография). — М.: МПА, 2001.
 25. Березин С. В., Лисецкий К. С., Серебрякова М. Е. Подростковый наркотизм: семейные предпосылки. — Самара: Изд-во «Самарский университет», 2001. — 50 с.
 26. Берковиц Л. Агрессия: причины, последствия и контроль / Пер. с англ. — СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2007.
 27. Берн Э. Игры, в которые играют люди. Люди, которые играют в игры. — Минск: Изд-во «Попурри», 2005. — 512 с.
 28. Бехтель Э. Е. Донозологические формы злоупотребления алкоголем. — М.: Медицина, 1986.
 29. Библийские комментарии отцов Церкви и других авторов I-VIII вв.: Ветхий Завет. Т. 1. Книга Бытия, — М., 2004.
 30. Битенский В. С., Херсонский Б. Г. Мотивировка и условия, способствующие злоупотреблению опиатами у подростков // Психологические исследования и психотерапия в наркологии. — Л., 1989. — С. 83-88.
 31. Битенский В. С., Херсонский Б. Г., Дворяк С. В., Глушков В. А. Наркомании у подростков. — Киев: Изд-во «Здоровья», 1989. — 215 с.
 32. Битти М. Алкоголик в семье, или Преодоление созависимости / Пер. с англ. — М.: Физкультура и спорт, 1997. — 331 с.
 33. Боголюбова Т. А. Наркотизм: основы частной криминологической теории: Автореф. дис. ... докт. юрид. наук. — М., 1991. — 38 с.
 34. Боулби Дж. Создание и разрушение эмоциональных связей. — М.: Академический проект, 2004. — 232 с.
 35. Браун Дж., Кристенсен Д. Теория и практика семейной психотерапии. — СПб.: Питер, 2001. — 351 с.
 36. Бузина Т. С. Феномен «поиска ощущений» и проблема профилактики СПИДа в наркологии // Вопросы наркологии. 1994. № 2. С. 84–88.
 37. Бурлаков И. В. Компьютерные игры // Игра и дети. — 2005 // <http://psyberia.ru/biblio/compgame.zip>
 38. Бухановский А. О. и др. Болезнь зависимого поведения. Методические рекомендации. — Ростов-на-Дону, 2001.
 39. Буянов М. И. Системные психоневрологические расстройства у детей и подростков: (Руководство для врачей и логопедов). — М.: Изд-во Российского общества медиков-литераторов, 1995. — 192 с.
 40. Быкова М. В. Новый подход к проблеме детско-родительских отношений // www.psychology.ru/lomonosov/tesises/ie.htm.
 41. Бэндлер Р., Гриндер Д., Сатир В. Семейная терапия: Книга, углубляющая наши познания о том, как быть человеком. — Воронеж: НПО «МОДЭК», 1993. — 127 с.
 42. Ван Инен. Наркотическая зависимость и алкоголизм. — Женева, 1978.
 43. Варга А. Я. Семейные мифы в практике системной семейной психотерапии // Журнал практической психологии и психоанализа. 2001. № 1–2. С. 154–158.
 44. Варга А. Я. Системная семейная психотерапия. — Самара: «СамВен», 1996. — 43 с.
 45. Введенский И.Н. Опыт принудительной трезвости. — Екатеринбург: ООО «ИРА УТК», 2008.
 46. Виталий, архимандрит. Обращение ко всем работающим в госпиталях для душевнобольных, 1949 г. // Свет православия. — Решма: изд-во Макариево-Решемской обители, 1996. — № 16. — 24 с.
 47. Волгрейв Л. Использование психологических данных в междисциплинарном подходе к

- проблеме юношеской делинквентности // Социальная и клиническая психиатрия. 1997. № 2. С. 12-17.
48. *Вроно Е. М.* Подростковые депрессии // Медицина для всех. 1997. № 2 (4). С. 24-25.
49. *Гаврилина Л.К., Пружинская В.Б.* Профилактика зависимого поведения. Учебное пособие / Общая редакция Гаврилиной Л.К. – Сыктывкар, 2002.
50. *Галактионов О. К.* Предикторы и патогенетические особенности алкоголизма в этнических популяциях Сибири: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. — Томск, 1996. — 44 с.
51. *Ганнушкин П. Б.* Клиника психопатий. Их статистика, динамика, систематика. — М.: Медицинская книга, 2007.
52. *Гарбузов В. И.* Практическая психотерапия, или Как вернуть ребенку и подростку уверенность в себе, истинное достоинство и здоровье. — СПб.: АО «Сфера», 1994. — 160 с.
53. *Генайло С. П.* Особенности преморбиды больных наркоманиями // Журнал невропатологии и психиатрии. 1990. № 2. С. 42–47.
54. *Генинг Е.* Православный взгляд на проблему наркотической зависимости // Альманах «Быть свободным». 1999. № 5. С. 46.
55. *Герберштейн С.* Записки о Московии. — М.: МГУ. 1988.
56. *Гилинский Я. И.* Институт семьи в системе «девиантность — социальный контроль» // Криминология: вчера, сегодня, завтра: Материалы Международной научной конференции «Семья и преступность» 2001 г. / Труды Санкт-Петербургского криминологического клуба. — СПб.: Изд-во РГПУ им. А. И. Герцена, 2002. № 1 (2). — С. 34–41.
57. *Гилинский Я. И.* Конструирование девиантности. — СПб.: ДЕАН, 2011.
58. *Гилинский Я. И.* Методология и методика девиантологического исследования // Девиантное поведение: методология и методика исследования / Под ред. М. Е. Поздняковой. — М.: Реглант, 2004.
59. *Гилинский Я. И., Шунова Т. В.* Девиантность в обществе потребления. — СПб: Алеф-Пресс, 2012.
60. *Гнездилов Г. В.* Психология отклоняющегося поведения. Рабочий учебник № 1. — М.: РОСНОУ, 2006.
61. *Годфруа Ж.* Что такое психология. В 2 т. — Т. 1. М.: Мир, 1992. — 496 с.
62. *Гончаров М. В.* Популяционно-генетический подход к проблемам распространенности наркологических заболеваний // Вопросы наркологии. 1994. № 1. С. 88–93.
63. *Горбачева Н. Б.* Иоанн Кронштадтский. — М.: Олимп, 1999. — 208 с.
64. *Горьковая И. А.* Влияние семьи на формирование делинквентности у подростков // Психологический журнал. 1994а. № 2. С. 57-65.
65. *Горьковая И. А.* Нарушения поведения у детей из семей алкоголиков // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им В. М. Бехтерева. 1994б. № 3. С. 47-54.
66. *Гречаная Т. Б., Иванова Л. Ю., Колесова Л. С.* Полезные привычки. Программа по предупреждению употребления табака и алкоголя детьми // Полезные привычки: Учебное пособие для начальной школы по предупреждению употребления детьми табака и алкоголя. Материалы для учителя / Под ред. О. Л. Романовой. — М., 1998. — 96 с.
67. *Грибанова Г. В.* Клинико-психологический анализ нарушений поведения у подростков (сообщение второе) // Дефектология. 1980. № 5. С. 3-14.
68. *Грибанова Г. В.* Психологическая диагностика личностного развития детей и подростков при семейном алкоголизме // Дефектология. 1988. № 1. С. 22-28.

69. Григорьев Г. И. Духовно-ориентированная психотерапия в форме целебного зарока: теоретические основы, организационная структура и информационно-аналитическое обеспечение. Монография / Г. И. Григорьев, Р. В. Мизерене, Е. А. Мильчакова. — СПб.: МИРВЧ — ВМедА, 2004. — 150 с.
70. Григорьев Г. И. Лечение хронического алкоголизма методом массовой эмоционально-эстетической психотерапии (разработка метода и оценка его эффективности): Автореф. дис... канд. мед. наук. — СПб., 1993. — 26 с.
71. Григорьев Г. И. Массовая эмоционально-эстетическая психотерапия алкоголизма Григорьева // Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б. Д. Карвасарского. — СПб.: Питер Ком, 1999. — С. 243–246.
72. Григорьев Г. И. Медицина и православие — путь к трезвости (Мат. II Межд. антиалкогольного съезда «Россия: трезвый путь») // Вестник психотерапии. — 1996. — № 3(8). — С. 95–98
73. Григорьев Г. И. Метод духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зарока / Г. И. Григорьев, С. А. Ершов, В. Ф. Зверев // Вестник психотерапии. — 2003. — № 9 (14). — С. 55–70.
74. Григорьев Г. И. Результаты многолетнего мониторинга больных алкоголизмом, пролеченных в МИРВЧ методом стрессопсихотерапии / Г. И. Григорьев, А. И. Слатвицкий, Н. В. Советная // Вестник психотерапии. 2004. — № 11 (16). — С. 108–120.
75. Григорьев Г.И. Становление и организация духовно ориентированной психотерапии патологических зависимостей: учебное пособие / Г.И. Григорьев, С.Г. Григорьев, В.Ф. Зверев и др. — СПб.: СПб МАПО – ВМедА – МИРВЧ, 2007. — 298 с.
76. Гроф С. Области человеческого бессознательного: опыт исследований с помощью ЛСД. — М.: МТМ, 1994. — 240 с.
77. Гроф С., Гроф К. Неистовый поиск себя: Руководство по личностному росту через кризис трансформации. — М.: Изд-во Трансперсонального института, 1996. — 342 с.
78. Гулина М. А. Терапевтическая и консультативная психология. — СПб.: Речь, 2001. — 348 с.
79. Гульдман В. В., Корсун А. М. Поиск впечатлений как фактор приобщения подростков к наркотикам // Вопросы наркологии. 1990. № 2. С. 40-44.
80. Гульдман В. В., Романова О. Л., Сиденко О. К. Подросток-наркоман и его окружение // Вопросы психологии. 1993. № 2. С. 44-48.
81. Гурьева В. А., Гиндикин В. Я. Юношеские психопатии и алкоголизм. — М.: Медицина 1980. — 272 с.
82. Гусева И. А. Тренинг предупреждения вредных привычек у детей. — СПб.: Речь, 2005. — 256 с.
83. Гусева Н. А., Густышкин А. Л., Жданова Т. Н. Профилактика злоупотребления психоактивными веществами в коррекционных образовательных учреждениях: Учебно-методическое пособие. — СПб.: Институт специальной педагогики и психологии, 2002.
84. Даренский И. Д. Расширенная клиническая оценка состояния наркологических больных // Наркология. 2003. № 8. С. 34-38.
85. Димитрий Ростовский, святитель. Жития святых: В 12 т. — М., 1998
86. Добротолубие: В 5 т. — М.: Свято-Троицкая Сергиева лавра, 1993.
87. Дольто Ф. На стороне ребенка. — СПб.: Петербург — XXI век, 1997.
88. Духновский С. В. Психологическое сопровождение подростков в критических ситуациях: Учебное пособие. — Курган: Изд-во Курганского государственного университета, 2003.

89. Духовно-ориентированная психотерапия патологических зависимостей /Под ред. проф. Г.И.Григорьева. – СПб.: ИИЦ ВМА, 2008. – 504 с.
90. Дьяченко Г., протоиерей. Область таинственного. — М., 1900; М.: Планета, 1992. — 742 с.
91. Дьяченко Г., протоиерей. Полный церковно-славянский словарь. — М.: Изд.-во Московской Патриархии, 1993. — 1120 с.
92. Егоров А. Ю. Основы наркологии: Учебное пособие. — СПб.: Институт специальной педагогики и психологии, 2000. — 46 с.
93. Егоров А. Ю., Игумнов С. А. Расстройства поведения у подростков: клинико-психологические аспекты. — СПб.: Речь, 2005.
94. Емельянова Е. В. Кризис в созависимых отношениях. Принципы и алгоритмы консультирования. — СПб.: Речь, 2004.
95. Ершов С. А. Метод духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зорока / С. А. Ершов, Г. И. Григорьев, В. Ф. Зверев // Исцеление словом: Исцеление верой. Вып. V. — СПб., 2002. — С. 338–353
96. Жизненные навыки. Уроки психологии в 1 классе / Под ред. С. В. Кривцовой. — М.: Генезис, 2002. — 208 с.
97. Захаров А. И. Неврозы у детей и подростков: Анамнез, этиология и патогенез. — Л.: Медицина, 1988. — 246 с.
98. Зверев В. Ф. Вступительное слово перед лечением по методу целебного зорока. — СПб.: МИРВЧ, 2005. — 10 с.
99. Зинкевич-Евстигнеева Т. Д. Психотерапия зависимостей. Метод сказкотерапии. — СПб.: Речь, 2004. — 176 с.
100. Змановская Е. В. Девиантология. Психология отклоняющегося поведения. — М.: Академия, 2008.
101. Змановская Е., Рыбников В. Ю. Девиантное поведение личности и группы. — СПб.: Питер, 2010.
102. Зорина З. А. Основы этологии и генетики поведения. — М.: Высшая школа, 2002.
103. Иванец Н. Н. Медико-социальные проблемы наркологии и пути их решения // Вопросы наркологии. 1997. № 4. С. 4–11.
104. Иванец Н. Н., Винникова М. А. Героиновая наркомания (постабстинентное состояние: клиника и лечение). — М.: Медпрактика, 2000. — 122 с.
105. Игнатий (Брянчанинов), епископ. Сочинения: В 5 т. — СПб., 1905.
106. Избранные труды святителя Иннокентия, Митрополита Московского и Коломенского. — Новосибирск: Православная гимназия во имя преподобного Сергия Радонежского, 1997. — С. 31.
107. Ильин Е. П. Мотивация и мотивы. — СПб.: Питер, 2002. — 512 с.
108. Инглхарт Р. Постмодерн: меняющиеся ценности и изменяющиеся общества // «Полис» (Политические исследования). 1997. № 4. С. 6.
109. Иоанн Златоуст, святитель. Творения. — СПб.: Изд.-во С.-Петерб. духовной акад., 1896. — Т. 2, кн. 2. — С. 642–650; 1905. — Т. 11, кн. 2. — С. 607.
110. Исаев Д. Н. Девиантное поведение детей и подростков. — СПб.: СПбГУ, 2001.
111. Исаев Д. Н. Детская медицинская психология. Психологическая педиатрия. — СПб.: Речь, 2004.
112. Исихий Иерусалимский, преподобный. О трезвении и молитве. — СПб.: Сатис, 1999. — С. 5–7.
113. Каменская А. И., Радченко А. Ф. Современная психотерапия и лечение зависимостей // Методы современной психотерапии: Учебное пособие / Сост. Л. М.

- Кроль, Е. А. Пуртова. — М.: Класс, 2001.
114. *Кириллова О. Г.* Механизм саморегуляции у подростков с аддиктивным поведением (в процессе приобщения к употреблению токсических веществ): Дис. ... канд. психол. наук. — Казань, 1999. — 183 с.
115. *Клейберг Ю. А.* Девиантное поведение в вопросах и ответах. — М.: МПСИ, 2006.
116. *Клейберг Ю. А.* Социальная психология девиантного поведения: Учебное пособие для вузов. — М.: Сфера, 2004.
117. *Ковалев В. В.* О психогенных патологических формированиях (развитиях) личности у детей и подростков // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 1969. № 10. С. 1543–1549.
118. *Ковалев В. В.* Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1979. — 607 с.
119. *Ковалев В. В.* Социально-психологический аспект проблемы девиантного поведения у детей и подростков // Нарушения поведения у детей и подростков. — М.: Высшая школа, 1981. — С. 11–23.
120. *Козлов А. А., Рохлина М. Л.* Зависимость формирования наркоманической личности от предрасполагающих факторов // Неврология и психиатрия. 2000. № 7. С. 23–27.
121. *Козлов В. В.* Работа с кризисной личностью. Методическое пособие. — М.: Изд-во Института психотерапии, 2003.
122. *Колесов Д. В.* Эволюция психики и природа наркотизма. — М.: Педагогика, 1991.
123. *Комлев Ю. Ю.* Социология девиантного поведения. — Казань: КЮИ МВД России, 2006.
124. *Кон И. С.* Психология ранней юности. — М.: Просвещение, 1989. — 276 с.
125. *Кон И. С.* Психология старшеклассника: Пособие для учителей. — М.: Просвещение, 1980. — 192 с.
126. *Кондратьева О. Ю.* Социально-педагогическая диагностика и развития мотивационной сферы подростков с аддиктивным поведением: Автореф. дис. ... канд. пед. наук. — Владимир, 1999. — 28 с.
127. *Копытин А. И.* Тренинг коммуникации: Арт-терапия. — М.: Изд-во Института психотерапии, 2006.
128. *Коробкина З. В., Попов В. А.* Профилактика наркотической зависимости у детей и молодежи: Учебное пособие. — М.: Академия, 2002. — 192 с.
129. *Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В.* Личностные и диссоциативные расстройства. — Новосибирск: Изд-во НГПУ, 2006.
130. *Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В.* Психологические и психические нарушения в постсовременном мире. — Новосибирск: Изд-во НГПУ, 2009.
131. *Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В.* Психосоциальная аддиктология. — Новосибирск: Изд-во НГПУ, 2001.
132. *Косарецкая С. В., Косарецкий С. Г., Синягина Н. Ю.* Неформальные объединения молодежи. Профилактика асоциального поведения. — СПб.: Каро, 2006.
133. *Котляров А. В.* Освобождение от зависимостей, или Школа успешного выбора. — М.: МПСИ, 2005.
134. *Кошкина Е. А., Спектор Ш. И., Сенцов В. Г., Богданов С. И.* Медицинские, социальные и экономические последствия наркомании и алкоголизма. — М.: ПЕР СЭ, 2008. — 288 с.
135. *Кулаков А. С., Ваисов С. Б.* Психообразовательный подход в реабилитации родственников наркозависимых подростков // Психическое здоровье и социально-психологическая поддержка детей и подростков: состояние и перспективы:

- Материалы межрегион. науч.-практ. конф., 23-24 апр. 2002 г. / Сост. Т. Л. Крюкова и др. — Кострома: Рос. психол. о-во. Костром. отд-ние: Центр психотерапии и практ. психологии, 2002. — С. 151–153.
136. Кулаков С. А. Диагностика и психотерапия аддиктивного поведения у подростков. — М.: Фолиум, 1998. — 70 с.
137. Кулаков С. А. Особенности формирования аддиктивного поведения у подростков и психокоррекционная работа с ними: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. — Л., 1989. — 23 с.
138. Курек К. С. Нарушения психической активности и злоупотребление психоактивными веществами в подростковом возрасте. — СПб.: Алетейя, 2001. — 255 с.
139. Ларионов А. В. Наркомания: мифы, смысл, причины, терапия. — Екатеринбург: Изд-во Уральского университета, 1998.
140. Лебединская К. С., Райская М. М., Немировская С. В., Мальцына В. С. Клинико-психологический анализ нарушений поведения у подростков (сообщение первое) // Дефектология. 1980. № 2. С. 4-14.
141. Лебединская К. С., Райская М. М., Немировская С. В., Мальцына В. С., Фишман М. Н., Грибанова Г. В. Клинико-психологический анализ нарушений поведения у подростков (сообщение второе) // Дефектология. 1980. № 5. С. 3–14.
142. Леонгард К. Акцентуированные личности. — Ростов-на-Дону: Изд-во «Феникс», 2000. — 544 с.
143. Леонова Л. Г., Бочкарева Н. Л. Вопросы профилактики аддиктивного поведения в подростковом возрасте: Учебно-методическое пособие. — Новосибирск: Новосибирский медицинский институт, 1998. — 48 с.
144. Леонтьев А. Н. Потребности, мотивы и эмоции. — М.: Просвещение, 1971. — 345 с.
145. Линский И. В., Атраментова Л. А., Матузок Э. Г. О соотношении генетических и средовых детерминант в развитии заболеваний наркологического профиля // Український вісник психоневрології. 1998. Т. 6, вип. 3. С. 97–99.
146. Лисицын Ю. П., Сидоров П. И. Алкоголизм. — М.: Медицина, 1990. — 131 с.
147. Лисовский В. Т., Колесникова Э. А. Наркотизм как социальная проблема. — СПб.: Изд-во Санкт-Петербургского университета, 2001.
148. Литвиненко К. Л. Откуда возникают внутренние проявления и как их преодолеть. Взгляд православного психолога / К. Л. Литвиненко, С. В. Литвиненко. — Свет православия, 2006. — 363 с.
149. Личко А. Е. Подростковая психиатрия: Руководство для врачей. — Л.: Медицина, 1985.
150. Личко А. Е. Типы акцентуаций характера и психопатий у подростков. — М., 1999. — 416 с.
151. Личко А. Е., Битенский В. С. Подростковая наркология: Руководство для врачей — Л.: Медицина, 1991. — 301 с.
152. Ложкин А. И. Психология поведения девиантной личности: Учебно-методическое пособие. — Екатеринбург: УГПУ, 2003.
153. Макарий Оптинский, преподобный. Собрание писем старца Макария Оптинского. Письма к монашествующим. — М.: Типография В. Готье, 1862; СПб.: Изд-во Л. С. Яковлевой, 1994. — 928 с.
154. Макарычева Г. И. Коррекция девиантного поведения. — СПб.: Речь, 2007.
155. Макеева А. Г., Лысенко И. В. Организация педагогической профилактики наркотизма среди младших школьников: Пособие для учителей начальной школы /

- Под ред. М. М. Безруких. — СПб.: Изд-во «Образование-Культура», 1999. — 120 с.
156. *Максимова Н. Ю.* Психологическая профилактика алкоголизма и наркомании несовершеннолетних: Учебное пособие. — Ростов-на-Дону: Феникс, 2000. — 384 с.
 157. *Малкина-Пых И. Г.* Кризисы подросткового возраста. Справочник практического психолога. — М.: Эксмо, 2004.
 158. *Малкина-Пых И. Г.* Психология поведения жертвы. — М.: Эксмо, 2006.
 159. *Маршак В. В.* Все виды отклонений в человеческой психике. — Ростов-на-Дону: Феникс, 2006.
 160. *Медведев Р. К.* Прививка от наркомании. О русской традиции запрета наркотиков. — СПб.: Царское дело, 1999. — 32 с.
 161. *Мертон Р.* Социальная теория и социальная структура // Социологические исследования. 1992. № 2. С. 118-124.
 162. *Минко А. И., Болотова З. Н., Игнатов М. Ю., Маркозова Л. М., Мусиенко Г. А., Мануйленко Ю. А., Момот М. И., Шалашов В. В., Сердюк А. А.* Принципы индивидуально-личностной и популяционной профилактики развития зависимости от алкоголя у детей и подростков // Актуальні питання дитячої психіатрії в Україні: Матеріали республіканської конференції дитячих психіатрів «Реформа психіатричної допомоги дитячому населенню України». — Харків, 1999. — Вип. 2. — С. 140–144.
 163. *Минков Е. Г.* О совокупности условий, необходимых и достаточных для формирования зависимости от психоактивных веществ // Вопросы наркологии. 2000. № 3. С. 51–59.
 164. *Морозов Г. В.* Особенности клиники шизофренического процесса в подростковом возрасте: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1950. — 16 с.
 165. *Москаленко В. Д.* Биологические, индивидуальные, семейные и внесемейные факторы риска и защиты от злоупотребления психоактивными веществами у подростков // Международный медицинский журнал. 2003. № 1. С. 26.
 166. *Москаленко В. Д.* Психическая предрасположенность к развитию зависимости от ПАВ (личностные, социальные, семейные факторы риска // Руководство по наркологии / Под ред. член-корр. РАМН Н. Н. Иванца. М.: Медпрактика. — М., 2002. — С. 182-189.
 167. *Мухина В. С.* Возрастная психология: феноменология развития, детство, отрочество / В. С. Мухина. — М. Просвещение, 1998. — 530 с.
 168. *Надеждин А. В.* Возрастные особенности наркологических заболеваний // Руководство по наркологии / Под ред. член-корр. РАМН Н. Н. Иванца. М.: Медпрактика. — М., 2002. — С. 408–423.
 169. *Надирашвили Ш. А.* Понятие установки в общей и социальной психологии. — Тбилиси: Изд-во «Мецниереба», 1974. — 170 с.
 170. *Назаров Е. А.* Наркотическая зависимость и созависимость личности в семье: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. — М., 2000. — 25 с.
 171. *Наркомания в России: состояние, тенденции, пути преодоления: Пособие для педагогов и родителей / Под общ. ред. А. Н. Гаранского.* — М.: ВЛАДОС Пресс, 2003. — 352 с.
 172. *Наш проблемный подросток / Под ред. Л. А. Редуш.* — СПб.: Союз, 1999. — 121 с.
 173. *Никишина В. Б.* Психология отклоняющегося поведения. — Курск: КГМУ, 2006.
 174. *Никодим Святогорец, преподобный.* Невидимая брань. — Тритон, 1991.
 175. Об участии Русской Православной Церкви в реабилитации наркозависимых // <http://www.patriarchia.ru/db/text/2674661.html>
 176. *Овчарова Р. В.* Справочная книга школьного психолога. — М.: Просвещение,

1996. — 352 с.
177. *Ожегов С. И.* Словарь русского языка. — М., 1991
178. *Основы социальной концепции Русской Православной Церкви.* — М., 2000.
179. *Основы социальной политики Русской Православной Церкви.* — СПб., 2000. — 296 с.
180. *Павлова О. Н.* Теория привязанности, стили привязанности и особенности ее нарушения // Семейная психология и семейная терапия. 2001. № 2. С. 19-27.
181. *Паисий Святогорец.* Слова: В 4 т. — М.: Святая Гора, 2002.
182. *Пезешкиан Х.* Основы позитивной психотерапии. — Архангельск, 1993.
183. *Перешеина Н. В., Заостровцева М. Н.* Девиантный школьник: Профилактика и коррекция отклонений. — М.: ТЦ «Сфера», 2006.
184. *Петрова А. Б.* Психологическая коррекция и профилактика агрессивных форм поведения несовершеннолетних с девиантным поведением: Практическое руководство. — М.: Флинта, МПСИ, 2008.
185. *Позднякова М. Е.* Девиантное поведение в современной России в фокусе социологии: наркотизация, алкоголизация, преступность, коррупция / Под ред. М. Е. Поздняковой, А. Л. Салагаева. — М.: Институт социологии РАН, 2005.
186. *Полный православный богословский энциклопедический словарь:* В 2 т. — М., 1992 (репринт). — 2463 с.
187. *Попов И. В.* Выздоровления: психология или религия? // Актуальные проблемы клинической и военной психиатрии: материалы всерос. конф. — СПб., 2005. — С. 158–159.
188. *Поступной А. Н.* История и современная ситуация: мнение экспертов-наркологов // Молодежь и наркотики (социология наркотизма) / Под ред. В. А. Соболева, И. П. Рущенко. — Харьков: Торсинг, 2000. — С. 222–254.
189. *Поступной А. Н., Чернецкая Т. Н., Довгопол М. Ю.* Профилактика наркомании среди «детей улицы» в Украине // Профилактика наркомании: организационные и методические аспекты. Итоговые материалы международного проекта «Organizational and methodical aspects of drug prevention among youth. Measures in Ukraine, Germany, Spain and Russia» / Сост. И. П. Рущенко. — Харьков: Финарт, 2002. — С. 151–176.
190. *Потанин Г. М.* Социально-педагогические условия формирования направленности личности несовершеннолетнего с отклоняющимся поведением: Дис. ... докт. пед. наук. — М., 1991. — 384 с.
191. *Поттер-Эфрон Р. Т.* Стыд, вина и алкоголизм. Клиническая практика. — М.: Институт общегуманитарных исследований, 2012. — 399 с.
192. *Прангшвили А. С.* Исследования по психологии установки. — Тбилиси: Изд-во «Мецниереба», 1967. — 340 с.
193. Предупреждение подростковой и юношеской наркомании / Под ред. С. В. Березина, К. С. Лисецкого, И. Б. Орешниковой. — М.: Институт психотерапии, 2003.
194. *Преподобного отца нашего аввы Дорофея душеполезные поучения и послания.* — М.: Свято-Троицкая Сергиева лавра, 1900. — 153 с.
195. Профилактика аддиктивного поведения школьников: Учебно-методическое пособие / С. Ф. Савченко О. Г. Ивановская, Л. Л. Гадасина.; науч. ред. проф. А. К. Колеченко. — СПб.: КАРО, 2006. — 282 с.
196. Психология зависимости: Хрестоматия / Под ред. К. В. Сельченко. — Минск: Харвест, 2005.
197. *Пятницкая И. Н., Найденова Н. Г.* Подростковая наркология. — М.: Медицина, 2002. — 256 с.
198. *Пятницкая И. Н., Шаталов А. И.* Девиантное поведение подростков: наркотизм,

- криминальность, экстремизм. — М.: Анарарсис, 2004.
199. *Раттер М.* Помощь трудным детям. — М.: Прогресс, 1987. — 290 с.
200. *Реан А. А.* Психология личности. Социализация. Поведение. Общение. — М.: АСТ, 2007.
201. *Ремимидт Х.* Подростковый и юношеский возраст: Проблемы становления личности. — М.: Мир, 1994. — 319 с.
202. *Рожков М. И., Ковальчук М. А.* Профилактика наркомании у подростков. — М.: ВЛАДОС, 2003.
203. *Руководство по аддиктологии / Под ред. проф. В. Д. Менделевича.* — СПб.: Речь, 2007. — 768 с.
204. *Руководство по профилактике злоупотребления психоактивными веществами несовершеннолетними и молодежью / Под науч. ред. Л. М. Шипицыной и Л. С. Шпилени.* — СПб., 2003. — 464 с.
205. *Свежenceва Ю. А., Головченко Д. А.* Роль семьи в профилактике наркомании, реальная и потенциальная // Профилактика наркомании: организационные и методические аспекты. Итоговые материалы международного проекта / Сост. И. П. Рущенко. — Харьков: Финарт, 2002. — С. 123–137.
206. *Свит К.* Соскочить с крючка. — СПб.: Питер Пресс, 1997. — 256 с.
207. *Свободное время подростков: социализация или девиация / Под ред. Л. Г. Борисовой.* — Новосибирск: Изд-во НГПУ, 2004.
208. *Севастьянова И. В.* Девиантное поведение несовершеннолетних: Дис. ... канд. юрид. наук. — Челябинск, 2004. — 140 с.
209. *Сирота Н. А., Ялтонский В. М.* Преодоление эмоционального стресса подростками. Модель исследования // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им В. М. Бехтерева. 1993. № 1. С. 53–59.
210. *Сирота Н. А., Ялтонский В. М., Хажилина И. И., Видерман И. С.* Профилактика наркомании у подростков: от теории к практике. — М.: Генезис, 2001.
211. *Сирота Н. А., Ялтонский В. М.* Теоретические основы копинг профилактики наркоманий как база для разработки практических превентивных программ // Вопросы наркологии. 1996. № 4. С. 59–67.
212. *Сирота Н. А., Ялтонский В. М., Волкова Т. В., Бунина Т. С.* Руководство по профилактике злоупотребления психоактивными веществами в студенческой среде. — М.: Социальный проект, 2003. — 320 с.
213. *Смерть при жизни: Легальные и нелегальные наркотики / Сост. Г. Н. Носачев, Г. М. Тютина.* — Самара: Кн. изд-во, 1998. — 112 с.
214. *Соболевский А.И.* Два русских поучения с именем Григория // Известия Отделения русского языка и словесности Академии наук. Т. XII. Кн. 1. — СПб., 1907.
215. *Стиваковская А. С.* Профилактика детских неврозов: комплексная психологическая коррекция. — М.: Изд-во МГУ, 1988. — 187 с.
216. *Усова Е. Б.* Психология девиантного поведения. — Минск: МИУ, 2010. — 179 с.
217. *Факторы риска и защиты в профилактике злоупотребления психоактивными веществами у несовершеннолетних / Под ред. Л. М. Шипицыной.* М.: Московский городской фонд поддержки школьного книгоиздания, 2004. — 111 с.
218. *Феофан Затворник, святитель.* Творения иже во святых отца нашего Феофана Затворника. Начертание христианского нравоучения / Свято-Успенский Псково-Печерский мужской монастырь. — Паломник, 1994. — 260 с.
219. *Феофан Затворник. Святитель. Наставления в духовной жизни.* — М.: Отчий дом, 1997. — С. 15.
220. *Фрейд З.* Введение в психоанализ. — М.: Наука, 1989. — 455 с.

221. *Фромм Э.* Анатомия человеческой деструктивности. — М.: Республика, 1994. — 466 с.
222. *Фромм Э.* Революция надежды. — СПб.: Ювента, 1999. — 243 с.
223. *Холмс Д.* Анормальная психология. — СПб.: Питер, 2003. — 301 с.
224. *Хомич А. В.* Психология девиантного поведения: Учебное пособие. — Ростов-на-Дону: ЮРГИ, 2006. — 140 стр.
225. *Худик В. А.* Психология аномального развития личности в детском и подростково-юношеском возрасте. — Киев, 1993. — 217 с.
226. *Целуйко В. М.* Психология неблагополучной семьи. — М.: ВЛАДОС, 2003.
227. *Цыганков В. А.* В помощь гибнущему брату. — СПб., 2004. — 44 с.
228. *Черкесов В. В.* Ключевые проблемы злоупотребления психоактивными веществами детьми и молодежью // Профилактика злоупотребления психоактивными веществами детьми и молодежью: Тезисы Всероссийской науч.-практ. конф. — М.: Вариант, 2003. — С. 14-18.
229. *Шабалина В. В.* Зависимое поведение школьников. — СПб.: Медицинская пресса, 2001. — 176 с.
230. *Шабанов П. Д., Штакельберг О. Ю.* Наркомания: патопсихология, клиника, реабилитация / Под ред. А. Я. Гриненко. — СПб.: Лань, 2000. — 368 с.
231. *Шереги Ф. Э.* Социология девиации: прикладные исследования. — М.: Центр социального прогнозирования, 2004. — 341 с.
232. *Шилова Т. А.* Психодиагностика и коррекция детей с отклонениями в поведении: Практическое пособие. — М.: Айрис-пресс, 2004. — 176 с.
233. *Шипицына Л. М.* Диагностика наркоманий у подростков групп риска // Социальная работа с детьми и подростками группы риска / Под ред. А. А. Реана. — СПб.: Благотворительный некоммерческий фонд «Здоровое будущее», 2000. — 292 с.
234. *Шипицына Л. М.* Психология детского воровства. — СПб.: Речь, 2007.
235. *Шнайдер К.* Клиническая психопатология / Пер. с нем. — Киев: Сфера, 1999. — 236 с.
236. *Шнейдер Л. Б.* Девиантное поведение детей и подростков. — М.: Академический Проект; Трикста, 2005. — 334 с.
237. *Шорохова О. А.* Жизненные ловушки зависимости и созависимости. — СПб.: Речь, 2002. — 134 с.
238. *Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В. В.* Психология и психотерапия семьи. — СПб.: ЗАО «Издательство «Питер», 1999. — 652 с.
239. *Эриксон Э. Г.* Детство и общество / Пер. с англ. — СПб.: Речь, 2002. — 416 с.
240. *Юлдашев В. Л.* Социально-психологические и биологические факторы формирования аддиктивного поведения подростков: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. — М., 1997. — 41 с.
241. *Ялом И.* Экзистенциальная терапия. — М.: Класс, 1999.
242. *Ялтонский В. М.* Копинг-поведение здоровых и больных наркоманией: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. — СПб., 1995. — 48 с.
243. *Ялтонский В. М., Сирота Н. А.* Анализ современных подходов к профилактике употребления наркотиков // Вопросы наркологии. 1996. № 3. С. 91-97.
244. *Ялтонский В. М., Сирота Н. А.* Профилактика наркомании и алкоголизма. — М.: Академия, 2009.
245. *Andrews B., Wilding J. M.* The relation of depression and anxiety to life-stress and achievement in students // British Journal of Psychology. Vol. 95. Number 4. November 2004.
246. *Anthony J. C., Helzer J. E.* Epidemiology of drug dependence // In: Tsuang M. T,

- Tohen M., Zahner G. E. P., eds. *Psychiatric Epidemiology*, 1995. — P. 361-406.
247. *Burian W.* Das Modlinger Modell: Die psychodynamische Behandlung der Drogenabhängigkeit und die Arbeit in der therapeutischen Gemeinschaft // *Das Kalksbinger Modell und die Entwicklung der Behandlung Abhängiger.* — Vien, 1994. — S. 316-332.
248. *Cadoret R. J., Troughton E., O.Gorman T. W., Heywood E.* An Adoption Study of Genetic and Environmental Factors in Drug Abuse // *Archives of General Psychiatry*. Vol. 43 (1986). P. 1131-1136.
249. *Cohen S.* Social Relationships and Health // *American Psychologist*. Vol. 59. Issue 8. November 2004.
250. *Durst R., Rebaudengo-Rosca P.* Attention deficit hyperactivity disorder, facilitating alcohol and drug abuse in an adult // *Harefuah*. 1997, May 1. Vol. 132 (9). P. 618-622.
251. *Éthier L. S., Lemelin J. P., Lacharité C.* A longitudinal study of the effects of chronic maltreatment on children's behavioral and emotional problems // *Child Abuse & Neglect*. Vol. 28. Issue 12. December 2004.
252. *Friedel R.* Emotionalitätsfragenbogen: Erfassung des emotionalen Zustands, der emotionalen Ansprechbarkeit und Ausdrucksfähigkeit mit Hilfe von visuellen Analogsskallen // *Diagnostika*. 1990. № 36. S. 359-365.
253. *Giancola P. R., Parker A. M.* A six-year prospective study of pathways toward drug use in adolescent boys with and without a family history of a substance use disorder // *Stud. Alcohol*. 2001. Vol. 62. March. P. 166-178.
254. *Gynther L. M., Carey G., Gottesman I. I., Vogler G. P.* A Twin Study of Non-Alcohol Substance Abuse. *Psychiatry Research*. 1995. N 56. P. 213-220.
255. *Jessor R., Jessor S. L.* Problem behavior and psychosocial development: A longitudinal study of youth. — N.Y., 1997.
256. *Kraepelin E.* *Psychiatrie: Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte.* — Bol 4, 3 Teil. — Leipzig: Barth, 1915.
257. *Lonkas A., Fitzgerald H. E., Zucker R. A., von Eye A.* Parental alcoholism and co-occurring antisocial behavior: Prospective relationships to externalizing behavior problems in their young sons // *J. Abnorm. Child Psychol*. 2001. Vol. 29. № 2. P. 629-636.
258. *Merikangas K. R., Stolar M., Stevens D. E. et al.* Familial transmission of substance use disorders // *Archives of General Psychiatry*. 1998. Vol. 55. No. 11. P. 973-979.
259. *Michaux L., Gallot H. M. et al.* *Psychiatrie infantile.* — Paris: PUF et EMC, 1950;
260. *Michaux L., Gallot H. M. et al.* *Psychiatrie infantile.* — Paris: PUF et EMC, 1965.
261. *Miles D. R., Stallings M. C., Young S. E., Hewitt J. K., Crowley T. J., Fulker, D. W.* A family history and direct interview study of the familial aggregation of substance use disorder: The Adolescent Substance Abuse study // *Drug and Alcohol Dependence*. 1998. Jan 1. 49 (2) P. 105-114.
262. *Miller W.* *Addictive behaviors: treatment of alcoholism, drug abuse, smoking and obesity.* — Oxford: Pergamon Press, 1984.
263. *Mouren-Simeoni M. C., Bouvard M. P.* Protective personality characteristics among adolescent victims of maltreatment // *Child Abuse Negl*. 1992. Sep-Oct. 16:5. P. 743-754.
264. *Prescott C. A.* Sex differences in the genetic risk for alcoholism // *Alcohol. Research & Health*. 2002.
265. *Preventing and controlling drug abuse / Ed. by M. Gossop, M. Grant.* — Geneva: WHO, 1990. — P. 71-74.
266. *Ray O.* How the Mind Hurts and Heals the Body // *American Psychologist*. Vol. 59. Issue 1. January 2004.
267. *Rosenstock N. A.* The first 900: a nine-year longitudinal analysis of consecutive adolescent inpatients // *Adolescence.* — 1985. — P. 956-973.

268. *Sheldon W. H.* Penny Whimsy: A Revision of Early American Cents, 1793-1814. N. Y.: Harper & Row, 1958.
269. *Steinglass P., Bennet L.* The Alcoholic Family. — N.Y.: Basic Books, 1987.
270. Substance Abuse. A comprehensive textbook / Ed. by J. H. Lowinson, P. Ruiz, R. B. Millman. — Baltimore, Hong-Kong–London,–Minich,– Sydney, — Tokyo. — 1992.
271. *Volel B. A.* Postaddictive hypochondriasis // 2nd Eastern European Psychiatric Congress. Moscow, Russian Federation, October 27-30, 2009.