

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	5
I. ТЕОРИИ НАРКОМАНИИ И АЛКОГОЛИЗМА	8
II. РЕМИССИЯ И РЕСОЦИАЛИЗАЦИЯ ЗАВИСИМЫХ ОТ НАРКОТИКОВ И АЛКОГОЛЯ	38
III. ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ ЗАВИСИМЫМ ОТ НАРКОТИКОВ И АЛКОГОЛЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ КЕЙС-МЕНЕДЖМЕНТА.....	56
IV. МОТИВАЦИЯ К ЛЕЧЕНИЮ И РЕАБИЛИТАЦИИ ЗАВИСИМЫХ ОТ НАРКОТИКОВ И АЛКОГОЛЯ	67
V. РАЗРАБОТКА ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ПРОГРАММ РЕАБИЛИТАЦИИ ЗАВИСИМЫХ ОТ НАРКОТИКОВ И АЛКОГОЛЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРИНЦИПОВ КЕЙС-МЕНЕДЖМЕНТА.....	97
VI. МОДЕЛИ РЕАБИЛИТАЦИИ ЗАВИСИМЫХ ОТ НАРКОТИКОВ И АЛКОГОЛЯ	106
VII. ОРГАНИЗАЦИЯ РОДНЫМИ И БЛИЗКИМИ ПОМОЩИ ЗАВИСИМЫМ ОТ НАРКОТИКОВ И АЛКОГОЛЯ	112
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	138
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ.....	139
ПРИЛОЖЕНИЯ	149
<i>Приложение 1. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ МОДЕЛИ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И РЕСОЦИАЛИЗАЦИИ ЗАВИСИМЫХ ОТ НАРКОТИКОВ И АЛКОГОЛЯ</i>	<i>149</i>
<i>Приложение 2. ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПЛАН РЕАБИЛИТАЦИИ И РЕСОЦИАЛИЗАЦИИ.....</i>	<i>151</i>
<i>Приложение 3. ИНДИВИДУАЛЬНАЯ КАРТА КЛИЕНТА</i>	<i>152</i>
<i>Приложение 4. ШКАЛА ОЦЕНКИ УРОВНЕЙ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА.....</i>	<i>155</i>
<i>Приложение 5. ОБРАЗЕЦ ДОГОВОРА ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ УСЛУГ</i>	<i>163</i>
<i>Приложение 6. МОТИВАЦИОННЫЙ ОПРОСНИК.....</i>	<i>167</i>
<i>Приложение 7. ТЕСТ НА ЗАВИСИМОСТЬ ОТ АЛКОГОЛЯ И НАРКОТИКОВ.....</i>	<i>169</i>
<i>Приложение 8. ПРАВИЛА ПОВЕДЕНИЯ БЛИЗКИХ И РОДНЫХ С ЗАВИСИМЫМ ОТ НАРКОТИКОВ И АЛКОГОЛЯ.....</i>	<i>172</i>

<i>Приложение 9. ТЕСТЫ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СОЗАВИСИМОСТИ</i>	174
<i>Приложение 10. СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ И ИНТЕРНЕТ-РЕСУРСОВ, РЕКОМЕНДУЕМЫЙ ДЛЯ БЛИЗКИХ ЗАВИСИМОГО ОТ НАРКОТИКОВ И АЛКОГОЛЯ</i>	178
<i>Приложение 11. СПИСОК МЕТОДИК ДЛЯ РАЗВИТИЯ САМОРЕГУЛЯЦИИ</i>	180

ВВЕДЕНИЕ

Не секрет, что большинство изъятий детей из кризисных семей, находящихся в социально опасном положении происходит по причине невозможности родителей заботиться о своем ребенке вследствие злоупотреблением наркотиков и алкоголя, поэтому включение в программы помощи зависимых влияет на предотвращение роста социального сиротства.

Как правило, такие семьи имеют комплексные сочетанные проблемы, которые затрагивают разные сферы. Это и социальные проблемы: отсутствие работы, материальное неблагополучие, риски изъятия детей из семьи и другие. Это и медицинские проблемы, которые возникают в результате злоупотребления наркотиками и алкоголем. Психологические проблемы проявляются в рентной позиции, отсутствии надежды на возможность выхода из ситуации, сложности во взаимоотношениях с детьми, семейные ссоры и неблагополучие. Все вместе существенно осложняет процесс начала избавления от зависимости.

Часто сами зависимые не приходят на прием к специалисту, боятся ограничений, связанных с наркоучетом, или, по-научному, «диспансерным наблюдением», ввиду отсутствия осознания и критики к своему состоянию. Также зависимые часто не связывают последствия своего употребления с зависимостью. Им кажется, что они употребляют наркотики или алкоголь, чтобы забыть о тех проблемах, которые есть. Часто они не осознают, что большая часть их проблем являются следствием употребления наркотиков и алкоголя.

С одной стороны, государство развивает систему оказания социальной помощи лицам, страдающим аддиктивными расстройствами и их близким. С другой стороны, имеются барьеры в получении социальной помощи лицами, страдающими химическими зависимостями, которые существенно снижают количество обращений граждан данной категории за помощью и препятствуют началу процесса избавления от аддикций.

К барьерам в получении социальных услуг можно отнести следующие:

1. Информационный барьер. Зачастую получатели услуг не имеют достаточной информации о помощи, которую они могут получить в тех или иных государственных и негосударственных учреждениях. В связи с этим, в государственных учреждениях регистрируется мало обращений, сотрудники учреждений делают неверный вывод о том, что услуги помощи зависимым не востребованы. Но причина отсутствия обращений в недостаточном информировании целевых групп об имеющихся ресурсах доступной помощи, а также в невыстроенной системе межведомственного взаимодействия и перенаправления между учреждениями разного профиля.

2. Психологический барьер. Он проявляется в опасениях лиц, страдающих зависимостью, обращаться в государственные учреждения за помощью, недоверие и отсутствие уверенности в том, что государственные учреждения смогут действительно помочь в решении проблем, связанных с зависимостью.

К психологическим барьерам также можно отнести привычку вести лиц с аддиктивным поведением определенный образ жизни, отсутствие положительных перспектив и вектора развития, неуверенность в собственных силах и возможности улучшить ситуацию, дезориентация в целях и средствах, необходимых для их достижения.

К психологическим барьерам можно отнести страх постановки на разные формы учета, которые сопровождаются последующими длительными ограничениями в правах лиц, имеющих химические формы аддикций. В связи с этим необходим пересмотр ограничений, которые накладываются на лиц, состоящих на наркоучете, введение индивидуальных ограничений и сроков этих ограничений, сообразно стадии зависимости, психическим и соматическим патологиям, сопровождающим развитие химических аддикций.

3. Финансовый барьер. Многие организации, чаще негосударственные, осуществляют свою деятельность только на коммерческой основе. Вместе с тем, неплатежеспособные лица, имеющие химические формы зависимости, коих большинство, оказываются фактически «за бортом» оказания какой-либо помощи. Они не верят в помощь, оказываемую государственными учреждениями, боятся постановки на наркологический учет, но также не имеют и финансовых возможностей для обращения в коммерческие организации, и в результате не обращаются за помощью. В связи с этим необходимо дальнейшее развитие доступных программ помощи лицам, имеющим химические аддикции, причем не только в рамках государственных служб, но также и в рамках негосударственных организаций, которые оказывают помощь зависимым гражданам.

4. Организационный барьер. Государственные учреждения, а также некоммерческие организации, предоставляющие бюджетные услуги, для получения бесплатной помощи просят предоставить пакет документов и справок, в среднем, от 5 до 20, при этом каждую справку зависимый должен получить в разных учреждениях. В связи с этим возникает практически непреодолимый организационный барьер для получения государственной помощи лицами, страдающими аддикциями.

5. Отсутствие активности самих служб, оказывающих помощь лицам, страдающим химическими аддикциями. Практически все государственные службы помощи лицам, страдающим химическими аддикциями, работают по заявительному принципу. Зависимый должен самостоятельно узнать о предлагаемых ресурсах, самостоятельно обратиться за помощью в учреждение для получения услуг. Учитывая значительную десоциализацию данной категории граждан, задача оказывается зачастую невыполнимой для лиц, имеющих сформированную зависимость от наркотиков или алкоголя.

6. Фрагментарность оказания помощи также является существенным препятствием в выстраивании системы эффективной помощи лицам, имеющим химические аддикции. Каждое учреждение оказывает только какую-то часть услуг, необходимых для выздоровления лиц, имеющих химические за-

висимости. К фрагментарности оказания помощи приводят разные финансовые потоки, которые не учитывают целостной системы оказания помощи — государственные программы, гранты, субсидии не учитывают всех этапов работы с зависимыми людьми. В итоге чаще всего из поля зрения специалистов «выпадает» мотивационный блок, а также этап постреабилитационного сопровождения, поскольку в большей степени финансируются медицинские программы, а также программы социальной реабилитации. Вместе с тем, без программ мотивирования и постреабилитационного сопровождения, эффективность других этапов оказания помощи лицам, имеющим химические аддикции, значительно снижается.

7. Отсутствие программ для особых категорий граждан является препятствием в получении услуг лицами, страдающими химическими формами аддикций. Так, отсутствие семейных центров реабилитации, предполагающих совместное пребывание матери и ребенка в реабилитационном центре, отсутствие программ для инвалидов, имеющих аддикции, недостаточность реабилитационных программ для подростков, лиц, имеющих сопутствующие тяжелые соматические заболевания, такие, как СПИД, туберкулез и т. п. приводит к тому, что данные категории фактически не могут принимать участие в программах по извлечению от зависимости.

Учитывая, что многие зависимые имеют те или иные сочетанные социальные и материальные, психологические, психические, соматические проблемы, то для многих из них данные барьеры становятся непреодолимыми на пути к выздоровлению

Для преодоления всех перечисленных проблем в США, а также странах Европы в течение многих лет успешно применяются принципы организации помощи на основе кейс-менеджмента.

Специалисты АНО «Центр программ профилактики и социальной реабилитации» с 2016 года организует индивидуальные и семейные консультации по вопросу организации программ лечения и реабилитации от наркотической и алкогольной зависимости, в том числе родителей, имеющих несовершеннолетних детей. Данная работа организуется совместно с социальными государственными учреждениями г. Москвы при поддержке Фонда Елены и Геннадия Тимченко.

I. ТЕОРИИ НАРКОМАНИИ И АЛКОГОЛИЗМА

Для понимания природы ресоциализации наркозависимых необходимо определить научные подходы к пониманию возникновения и развития наркомании, а также закономерности развития девиантного поведения, как отклонения от естественного развития личности в социальной среде.

Рассматривая наркоманию как медицинскую и социальную проблему, следует упомянуть основные теории и подходы к проблеме девиаций личности и эмоциональной сферы при наркотической зависимости. А. В. Хомич разделяет теории возникновения наркотической зависимости на следующие группы:

1. Биологические теории.
2. Социологические теории.
3. Психологические теории.

Проанализируем каждую группу указанных теорий.

Биологические теории. Родоначальником биологических теорий является Ч. Ломброзо. Главными причинами возникновения девиаций личности, согласно биологическим теориям, являются факторы наследственно-биологического характера. В рамках биологических теорий выделяют конституциональную теорию (которая связывает девиантность личности с физическими и конституциональными факторами), хромосомную теорию (связывает девиантность личности с генными и хромосомными болезнями), эндокринную теорию (связывает девиантность личности с гормональными изменениями и заболеванием желез внутренней секреции).

К биологическим теориям близки также психофизиологическая и психиатрическая модели наркомании.

Психофизиологическая модель. Наиболее детально основы данной модели представлены в работах И. П. Анохиной (1988, 2000), важные дополнения содержатся также у Е. А. Савиной (2006) и у некоторых других авторов. Психофизиологическая модель объясняет механизмы развития психической и физической зависимости, тяжесть абстинентного синдрома, возникновение «тяги»; биологические предпосылки развития химической зависимости. Несмотря на определенную специфику воздействия того или иного психоактивного вещества, существует принципиальное единство биологических механизмов синдрома химической зависимости.

Психоактивные вещества оказывают системное действие на организм человека. В процесс формирования зависимости включены многие мозговые структуры, поэтому нельзя найти единственное «место» зависимости. Однако, изучение нейрональных механизмов пристрастия сосредоточены в большей степени на лимбической системе и ее нескольких анатомически дискретных областях, а именно: на сером веществе области

водопровода среднего мозга, Locus cereleus (голубоватом месте) и мезо-лимбической дофаминовой системе. По полученным данным, первые две области задействованы в формировании физической зависимости и абстинентного синдрома, а третья область, расположенная в вентральном среднем (VTA) и вентральном переднем мозге (NAC) отвечает за усиление положительных свойств опиатов, кокаина, амфетамина, алкоголя и каннабиоидов (марихуаны). Можно предположить, что именно эта область является «центром удовольствия». Химическая стимуляция этой третьей области вызывает непреодолимое желание принять наркотическое вещество, но не вызывает абстинентного синдрома при прекращении приема (Флеминг Н. Ф., Поттер Д., Кэттил С., 1998)

Химические процессы, происходящие в системе подкрепления, связаны с участием нейромедиаторов группы катехоламинов, в первую очередь **дофамина**. Это один из самых известных медиаторов, который отвечает за переживание удовольствия, играет большую роль в мотивации поступков, координирует двигательную активность. С помощью дофамина происходит передача информации с одного нервного окончания на другое. При нормальном прохождении нервного импульса из «депо» высвобождается определенное количество нейромедиаторов, которые передают нервный импульс в рецепторы принимающей клетки, где возникает соответствующий уровень возбуждения. Алкоголь и некоторые другие психоактивные вещества (никотин, амфетамины) вызывают усиленный выброс нейромедиаторов из запасов в синаптическую щель, возникает гораздо большее возбуждение системы подкрепления, усиливается положительная эмоциональная реакция. Кокаин и амфетамины препятствуют выходу медиатора из синаптической щели, что приводит к его накоплению и усилению чувства эйфории. Марихуана и опиаты активизируют рецепторы «принимающего» сигнал нейрона, что также усиливает возбуждение (Савина Е. А., 2006).

Кокаин, алкоголь, морфин и др. имеют свой спектр фармакологического воздействия, но они имеют общее звено механизма действия — влияние на катехоламиную систему нейромедиации в области системы подкрепления мозга. В лимбической системе существует целая «палитра» медиаторов (около 50), сложным сочетанием которых достигается уникальность нашего эмоционального состояния. Даже если не все они участвуют в формировании зависимости от наркотиков и алкоголя (к настоящему моменту доказана наряду с дофамином важная роль серотонина, гамма-аминомасляной кислоты, ацетилхолина, норэпинефрина и некоторых других медиаторов в развитии зависимости), благодаря разнообразию медиаторов возникают различные оттенки действия наркотиков на человека. Отсюда и такое понятие как **«наркотик выбора»** — то

есть тот наркотик, который предпочитает человек. Предпочтение связано с особенностями биохимической регуляции его мозга, однако, физиологически эти процессы изучены еще недостаточно.

Способность наркотика легко вмешиваться в тонкие механизмы работы клетки объясняется тем, что химическая структура наркотика похожа на структуру естественного вещества, выделяемого организмом для работы мозга (Савина Е. А., 2006). В организме человека существует собственная «эндогенная опиоидная система». Эндорфины, энкефалины — эндогенные опиаты. В центральной и вегетативной нервной системе имеются соответствующие «опиоидные рецепторы». Эта система без внешнего воздействия психоактивных веществ играет большую роль в механизмах боли (подавляют болевые ощущения: эндорфины заведуют контролем физической боли, а энкефалины снижают эмоциональную боль), мотивации, эмоций и др. Количество наркотика, употребляемого наркоманом, в сотни и тысячи раз превышает количество естественных опиатов, нужных организму для его нормальной работы. При постоянном приеме наркотика замещают эндогенные опиаты, и их выработка замедляется или прекращается.

Суммируем те изменения, которые происходят в синаптической передаче при алкогольной (наркотической) зависимости:

1. В случае алкоголизма передающая импульс клетка под действием алкоголя начинает вырабатывать в десятки раз больше медиаторов, чем это обусловлено нормальной работой мозга. В случае наркомании наркотик замещает функцию нейромедиатора, или стимулирует его выработку, или препятствует его выходу из синаптической щели и т. д. В результате уровень возбуждения при передаче импульса при употреблении наркотиков может в сотни и даже тысячи раз превышать уровень «нормального» возбуждения. Таким образом, физиологический механизм выработки зависимости от алкоголя и наркотиков в целом сходен, различия влияют на скорость возникновения пристрастия: в среднем 10–15 лет при злоупотреблении алкоголем, полгода — год при злоупотреблении наркотиками.

2. Принимающая импульс клетка, приспосабливаясь к большому количеству медиаторов или их аналогов, развивает дополнительную систему рецепторов и снижает их чувствительность, что приводит к увеличению толерантности к данному веществу и снижению первоначального эффекта удовольствия.

3. Ферментные системы, которые регулярно «чистят» синаптическую щель, привыкая к большому количеству наркотика, который надо удалять из синаптической щели, работают в усиленном режиме.

4. В результате изменений гомеостаза при отсутствии наркотика организм человека переживает сильнейший стресс, который выражается

в абстинентном синдроме — похмелье при зависимости от алкоголя или «ломке» при зависимости от наркотиков. Отсутствие наркотика не позволяет передать импульс, поскольку не хватает медиаторов. Большое число ферментов, рассчитанных на огромный поток наркотиков, тут же уничтожают собственные истощенные ресурсы медиаторов, выходящих в синаптическую щель. Их воздействия не хватает даже на преодоление болевого порога. Поэтому у наркозависимых малейшее движение вызывает ощущение резкой боли. Большое число дополнительных рецепторов «требуют» насыщения, что проявляется в компульсивном влечении к употреблению наркотиков (Савина Е. А., 2006).

«Тяга» — это психофизиологический комплекс, вызывающий сильное, но не всегда осознанное желание употребить наркотик или алкоголь у зависимого уже после преодоления абстинентного синдрома. Это состояние также связано с изменением гомеостаза работы мозга, который привык функционировать только в присутствии наркотиков, и является результатом «поломки» в лимбической системе (Савина Е. А., 2006).

По некоторым данным при употреблении алкоголя происходит конденсация наркотических продуктов метаболизма алкоголя — ацетальдегида и дофамина, в результате чего образуются морфиноподобные вещества. Вероятно, эффект действия алкоголя объясняется не столько самим алкоголем, сколько воздействием этих морфиноподобных веществ. На развитие алкоголизма влияет врожденная сниженная способность организма удалять ацетальдегид из организма с помощью ферментов, что в частности, обуславливает генетическую предрасположенность к заболеванию алкоголизмом некоторых северных народов — коми, якутов, чукчей, ненцев, наличие которой было доказано и в ряде других исследований (Анохина И. П., 2000; Савина Е. А., 2006).

Несмотря на то, что существует генетическая предрасположенность к развитию зависимости у детей и внуков химически зависимых, этот биологический риск останется нереализованным, если они будут воздерживаться от употребления психоактивных веществ.

Психиатрическая (наркологическая) модель. Согласно этой модели основное значение в развитии заболевания зависимостью от наркотиков придается психическим нарушениям разной степени выраженности: личностным расстройствам, депрессиям, патологическим акцентуациям, неврозам. Особое значение имеют наследственная отягощенность наркологическими и психическими заболеваниями, наличие в анамнезе резидуально-органического поражения центральной нервной системы, которое может проявляться в нарушениях памяти, внимания, речевых нарушениях и др. (Радченко А. Ф., 1989; Пятницкая И. Н., 1994 и др.).

Н. А. Сирота (1990; 2009) систематизировала факторы риска возникновения и развития наркомании в подростковом возрасте, куда включила

факторы пре, пери и постнатальной отягощенности (патологически протекавшая беременность матери, патологически протекавшие роды, задержка психического развития в раннем возрасте, нервно-психические отклонения в раннем детстве и др.), факторы наследственной отягощенности (психические заболевания, алкоголизм и наркомания родителей), факторы нарушенного онтогенеза (черепно-мозговые травмы, психотравмы, тяжелые соматические заболевания), а также ряд социальных и социально-психологических факторов.

И. Н. Пятницкая (1994) отмечает, что значение органических расстройств центральной нервной системы нагляднее проявляются в течении и прогредиентности зависимости от наркотиков, чем при ее формировании. Она также констатирует, что патологическая наследственность свойственна практически всем наркоманам.

Долгое время алкоголизм и наркомании рассматривались как вид патологии, который не грозил лицам без дегенеративных признаков, с благоприятной конституцией и наследственностью. Однако, факторы риска, приведенные во многих современных изданиях, а также эпидемический характер распространения наркоманий убеждают, что заболеть алкоголизмом и наркоманией может практически каждый (Гофман А. Г., 2003). Помимо чисто психиатрических критериев, признаками индивидуального риска зависимости от наркотиков считаются, например, излишнее потребление чая, кофе, табака, воспитание в неполной семье, постоянная занятость одного из родителей, отсутствие братьев и сестер и т. п. (Белогуров С. Б., 1999; Романова О. Л., 1994, 1997; Курек Н. С., 2000).

В рамках психиатрического подхода исследуются разнообразные расстройства психической сферы, сопровождающие химические зависимости, а также последствия злоупотребления для самих зависимых, их потомства и общества. Распространенность психических заболеваний у наркологических пациентов статистически выше, чем у остального населения. Национальным институтом психического здоровья США было установлено, что более 50 % людей, злоупотребляющих наркотиками, имело по крайней мере еще одно психическое нарушение: 26 % испытывали перепады настроения, у 28 % наблюдались антисоциальные изменения личности и у 7 % выявлена шизофрения. Среди пациентов, злоупотребляющих алкоголем, 37 % имели сопутствующие психические нарушения (Козэн Ш. Т., Вейс Р., 1998). Ряд современных авторов придерживается точки зрения, что наркомания и алкоголизм коморбидны личностным расстройствам. В учебниках и монографиях по наркологии обычно рассматривается сочетание алкогольной и наркотической зависимости с аффективными расстройствами, заболеваниями шизофренического спектра, травматическими поражениями мозга, эпилепсией (Шейдер Р., 1998; Энтин Г. М. с соавт., 2002).

Поэтому при обследовании пациентов, употребляющих наркотические средства и психотропные вещества, врачи часто ставят им «двойной диагноз», если у них имеются не только нарушения, вызванные употреблением наркотиков, но одновременно и другие психические нарушения. Обычно они могут быть достоверно диагностированы лишь спустя 2–4 недели после прекращения наркотизации. Эти больные требуют специфического подхода.

Определение первичного (основного) и вторичного нарушений основано на том, какое заболевание появилось первым и какое развилось вслед за ним. Такое разграничение может содержать в себе ложную причинность. К тому же лечение основного заболевания не является автоматическим лечением и вторичных нарушений. Можно выделить четыре потенциальные связи между психопатологией и злоупотреблением наркотиков:

1. Психопатология может служить фактором риска для нарушений, связанных со злоупотреблением.

2. Психические нарушения могут возникнуть вследствие злоупотребления наркотическими средствами и остаться после ремиссии.

3. Психопатология может влиять на развитие нарушений, связанных с наркоманией и алкоголизмом, в частности менять реакцию на лечение и проявление отдаленных последствий.

4. Употребление наркотиков и психические нарушения могут встречаться у одного и того же человека, но не быть связанными друг с другом (Коэн Ш. Т., Вейс Р., 1998).

Интересную закономерность выбора злоупотребляющим наркотиками определенного психоактивного вещества отметила И. Н. Пятницкая (1994): влечение формируется не к тому веществу, которое восполняет исходную психическую недостаточность индивида, а к тому, которое соответствует его расстройству. Если человеку свойственна некоторая заторможенность и мечтательность, он, скорее всего, предпочтет не стимулятор (кокаин и проч.), а наркотик из группы седативных, приводящих к еще большему тормозящему и расслабляющему эффекту. В этом, согласно принципу самолечения, заключается гомеопатический принцип «лечения» наркотиками: подобное лечится подобным.

Злоупотребление марихуаной может сопровождаться депрессивными и паранойяльными симптомами; галлюциногены (ЛСД) могут вызвать нарушения восприятия, психоз, маниакальный синдром. Некоторые симптомы могут сохраниться и после ремиссии: «постгаллюциногенное нарушение восприятия» (Коэн Ш. Т., Вейс Р., 1998).

Психические нарушения, свойственные различным видам зависимости от наркотиков, остроумно упомянуты в восточной легенде. Подойдя к запертым крепостным воротам города, алкоголик вознамерился их разбить (агрессивность), гашишист уверенно собрался проникнуть через

замочную скважину (расстройство восприятия), а опиоман решил лечь спать до утра (апатобулия) (Пятницкая И. Н., 1994).

Существующее психическое заболевание, не будучи причиной или следствием злоупотребления наркотиками, может влиять на течение зависимости и на успех лечения. Во время маниакального приступа у больного алкоголизмом повышается риск рецидива. Больные циклотимией, злоупотребляющие кокаином, могли воздерживаться от него в период дистимии, когда они знали, что употребление увеличит тяжесть их состояния (Коэн Ш. Т., Вейс Р., 1998). Энтин Г. М. с соавт. также считают, что эндогенные аффективные расстройства влияют на течение алкоголизма, однако, по их данным, маниакальные состояния намного реже, чем депрессии сочетаются с массивным злоупотреблением алкоголем (Энтин Г. М. с соавт., 2002).

Злокачественность протекания болезни связывается не только с индивидуальными характеристиками человека, факторами наследственности, но зависит и от «наркогенности» употребляемого вещества (способности вещества вызывать привыкание и зависимость). Наркотики в целом гораздо наркогеннее, чем алкоголь; среди наркотиков — «тяжелые» наркотики (героин, кокаин), наркогеннее «легких» (препараты конопли). В рамках данной модели уместно привести определение химической зависимости, данное ВОЗ, которое отражает основные аспекты понимания этого заболевания. «Химическая зависимость — это хроническое, прогрессирующее, неизлечимое (т. е. зависимый не может снова стать независимым и “научиться пить как все”) заболевание, характеризующееся навязчивым или компульсивным характером употребления (“тяга”). Употребление вещества происходит несмотря на очевидные для самого зависимого негативные последствия употребления (потеря контроля над употреблением). Употребление вещества может быть постоянным или периодическим (запой). Если заболевание не будет остановлено, то оно приведет к преждевременной смерти пациента» (Савина Е. А., 2006). Важно подчеркнуть, что, несмотря на неизлечимый характер болезни, ее можно остановить.

К **социологическим теориям** относятся теория социального напряжения, субкультурная теория, теория конфликта, теория приклеивания ярлыков, теория стигматизации.

Работа Эмиля Дюркгейма «Самоубийство: социологический этюд» (1897) затрагивает проблему девиантности и является самым первым и значительным социологическим исследованием в данной области. В ней Э. Дюркгейм акцентирует внимание на том, что основную опасность для общества представляет аномия. Аномия — это такое состояние общества, когда прежняя система регулирующих норм и ценностей разрушена,

а замена еще не сформировалась. При аномии происходит размытие понятий норм и ценностей, отсутствует правовая регуляция, в результате чего возникает большое количество преступлений и психических заболеваний. Действительно, в настоящее время система правовой защиты несовершеннолетна, многие наркотики доступны на черном рынке — все это способствует росту наркомании.

Согласно теории социального напряжения, в основе девиантности личности лежит противоречие между ценностями, на которые общество нацеливает людей, и возможностями их достижения по установленным обществом правилам. Приверженцы этой теории считают, что общество навязывает людям определенные ценности, которые для большинства являются недостижимыми. Типичными реакциями в этом случае будут вступление в асоциальные группировки, где люди, употребляя наркотики или алкоголь, пытаются уйти и заслониться от социальной несправедливости, замыкаясь в тесном кругу сверстников, озабоченных такими же проблемами, или ухода в себя.

Родоначальником субкультурной теории считают Т. Селлина. В 1938 году он опубликовал работу «Конфликт культур и преступность». Согласно данной теории в основе девиантности личности лежит конфликт между культурными ценностями различных сообществ. В субкультурах исповедуются нормы и ценности, которые отличны от принятых обществом норм и ценностей. При этом люди, которые принадлежат к определенным субкультурам, выстраивают свое поведение согласно групповым правилам и неписанным нормам, но доминантные социальные группы определяют это поведение как девиантное.

Теория конфликта основана на предпосылке, что в любом обществе существует неравенство в распределении ресурсов, богатства, власти. Родоначальником данного направления является К. Маркс. Согласно данной теории, люди из высшего общества играют главную роль в определении того, что является девиантным, а что нет. Таким образом, законодательная и моральная система общества отражает власть и интересы имущих. Преступления этой высшей части общества более дорого обходятся обществу в экономическом плане и, как правило, менее строго наказываются. Наркодельцы — влиятельные и богатые люди. Зачастую им удается откупиться от правоохранительных органов, уйти от ответственности. Таким образом, продолжается распространение наркотиков, растет их доступность.

К представителям теории приклеивания ярлыков относятся концепции Дж. Г. Мида, Ф. Танненбаума. Согласно данной теории, когда общество определяет поступок человека как девиантный, то оно наклеивает ярлык. Иными словами, ярлыки являются сутью отрицательной оценки общества.

Действие ярлыков имеет две стороны. С одной стороны, ярлыки удерживают человека от антиобщественных поступков. С другой стороны, при неумелом применении ярлыков возникает вероятность провокации антиобщественного поведения со стороны человека.

К теории приклеивания ярлыков очень близка теория стигматизации. В переводе с латинского «стигма» означает «клеймо». Ирвинг Гоффман исследовал людей с определенными характерными чертами (стигмами), благодаря которым другие находят этих людей необычными, неприятными или девиантными. И. Гоффман установил, что люди с проявленными (легко видимыми) стигмами испытывают проблемы при взаимодействии в обществе, заранее ожидая негативные реакции со стороны других членов общества.

К **психологическим теориям** относится следующий ряд концепций: психоаналитические, бихевиористские, модель личностных черт, системная модель, модель в рамках транзактного анализа, аномального развития личности, теории стресса и копинга, гуманистические теории, социальную, системную, био-психо-социо-духовную модель, экзистенциальные концепции, гештальт-модель зависимого поведения. Рассмотрим их более подробно.

Психоаналитическая модель. Психоаналитические теории рассматривают наркотик в качестве средства, которое повышает уровень адаптированности человека в определенной ситуации. При этом наркотик является средством, способствующим регрессии на более раннюю стадию развития с целью удовлетворения потребности в «эмоциональном растворении».

Гуманистический психоанализ считает наркоманию одним из способов удовлетворения потребности в преодолении одиночества и отчуждения. Человек с наркотической зависимостью представляет собой мазохистский тип личности. Данный тип личности является пассивной формой симбиотической связи.

Природа аддиктивного поведения и его лечение, как пишет С. Даулинг в предисловии к сборнику «Психология и лечение зависимого поведения» (2007), — далеко не обычные объекты для психоаналитического исследования. Существовавший поначалу эпизодический интерес психоаналитиков к этой области расстройств отражен в некоторых публикациях основателей психоанализа (Сэбшин Э., 2007). Среди них, прежде всего, можно назвать комментарии З. Фрейда в его «Трех очерках о теории сексуальности» (1905 г.) и некоторых других, работу К. Абрахама (Abraham K., 1908), посвященную исследованию взаимосвязи между сексуальностью и алкоголизмом, несколько статей С. Радо (Rado S., 1926; 1933).

З. Фрейд полагал, что в основе алкоголизма лежит вытесненная гомосексуальность. К. Абрахам предположил, что употребление спиртного — это сексуальная активность алкоголика. В 1926 г. С. Радо, которого часто цитируют современные исследователи, опубликовал работу «Пси-

хические эффекты интоксикации». Он излагает концепцию боли и успокоения, описывает состояние эйфории при приеме наркотиков. В своей следующей работе 1933 г. «Психоанализ фармакотимии» С. Радо вводит понятие «психотимия» — болезни, которая характеризуется сильной тягой к химическим веществам и связана с нарушениями функции либидо, как полагали и З. Фрейд, и К. Абрахам. Привычка использовать наркотики означает также отказ от «ориентированного на реальность режима функционирования Эго».

Употребление наркотиков имеет циклическую природу. С. Радо рассматривает фармакогенный оргазм, отличающийся от оргазма полового, как одну из целей употребления наркотиков. Удовольствие, от психоактивных веществ, замещает удовольствие от половых отношений. В объекте любви уже нет необходимости, и аддикт чувствует свою неуязвимость. Еще одной целью употребления наркотиков, согласно С. Радо, является стремление избежать боли, характерное для людей, склонных отвечать на фрустрацию состоянием «напряженной депрессии». Радо описывает и другие причины, по которым некоторые люди, не способны удерживаться от наркотиков. Он полагает, что основной проблемой этих людей является сильная амбивалентность, и, как следствие, страх и чувство вины за агрессию, сопровождающееся магическим мышлением. Все эти аффекты требуют увеличения количества наркотиков, что приводит к фармакотимическому кризису, из которого существуют три пути: состояние психоза, бегство во временную ремиссию или суицид (Rado S., 1926, 1933).

В целом, в рамках классического психоанализа понимание природы аддикций определялось ранней теорией влечений З. Фрейда, которая указывала, что либидинозные или агрессивные (в том числе аутодеструктивные) влечения создают первичную мотивацию, и при аддиктивном поведении, и в человеческой жизни в целом (Ханзьян Э. Дж., 2007). Алкоголизм и наркомания рассматривались как проявление регресса на более ранние стадии развития, в основе которого лежит серьезная детская травматизация (Glover E., 1931). Оральный способ приема алкоголя говорит о задержке алкоголиков на стадии орального эротизма. Фиксация на этой стадии может быть связано с нарушением взаимодействия с матерью, в частности с ранним отлучением от груди.

Эти представления нашли практический выход в описанном в 1927 г. Э. Зиммелем опыте организации специальной психоаналитической среды в санатории для лечения зависимых пациентов (Simmel E., 1927). Пациенту, проходившему лечение и отказавшемуся от наркотиков, позволялась любая деструктивная деятельность — обрывать ветви деревьев, убивать, пожирать и кастрировать изображения персонала. Разрешалось оставаться в постели, сколько пожелает, при этом к нему приставляли индивидуальную

сиделку, которая ободряла и следила за его состоянием. То есть вместо того, чтобы переносить тяжелые мучения, отказавшись от наркотиков, пациент удовлетворял свое глубинное страстное желание — быть ребенком, лежать в колыбели и иметь ласковую, верную и заботливую маму. Выход из этой фазы лечения рассматривался как период отнятия от груди, после чего пациент мог переходить к регулярному анализу. Лечение воздержанием использовалось только после того, как пациент избавлялся от невроза повреждения, способного привести к суициду. Э. Зиммель утверждал, что улучшение состояния наблюдались не только

На современные представления психоанализа о природе и механизмах зависимого поведения оказали влияние все три основные направления психодинамической теории: психология — Я, берущая свое начало из классической психоаналитической теории Фрейда и продолженная в работах Х. Хартмана и Дж. Якобсон; теория объектных отношений, использующая концепцию дефицита и концепцию конфликта для понимания возникновения личностных расстройств и пограничных состояний (Д. Винникот, М. Баллонт, М. Малер) и психология Самости Х. Кохута, исследующая особенности формирования внутреннего мира пациентов преимущественно с нарциссическими личностными расстройствами, обладающими самооценкой крайне уязвимой к любым проявлениям неуважения.

Одним из психоаналитических подходов к зависимому поведению является теория самоуважения, разработанная на основе индивидуальной психологии Альфреда Адлера. Невысокое самоуважение, а также неустойчивая самооценка зависимого человека закладывается в детстве, одновременно с компенсаторной постановкой завышенных целей. Невысокое самоуважение может быть результатом недостижения реальных целей из-за отсутствия уверенности в собственных силах. Это случается, когда родители или кто-то другой делают все для ребенка, не позволяя ему развить свой талант. Или, наоборот, при небрежных родителях, не уделяющих ребенку внимания. Человек с невысоким самоуважением будет реагировать на любой возникающий в жизни стресс более негативно, чем человек с высоким самоуважением. Чтобы совладать с завышенной целью и низким самоуважением, человек может прибегнуть к психоактивным веществам.

В работах Леона Версмера (Wursmer L., 1974, 1987) подчеркивается, что Супер-Эго становится для аддиктивной личности суровым мучителем, от которого они спасаются бегством в мир наркотиков. Особое значение здесь имеют крайне интенсивные и непереносимые чувства вины и стыда.

«Когда я не довожу до конца работу, когда чувствую свою безответственность, спиртное помогает мне забыть об этом. Без него чувство вины становится просто непереносимым. Я чувствую себя незащищенным, находясь среди людей — на работе, в школе, на службе, в церкви, стоя

в очереди или прогуливаясь в общественном месте, но особенно отправляясь на собеседование. То же самое я испытываю, когда выражаю чувства по отношению к матери или признаюсь в кругу семьи, что не чувствую себя комфортно за общим столом. Все это как обнажение, стыд какой-то. Когда я начинаю говорить, то теряю ход мысли, боюсь, что скажу какую-нибудь глупость. Когда я употребляю кокаин, то могу контролировать себя. Пусть это временное и воображаемое состояние, но хоть на какое-то время я чувствую себя хорошо» (Версмер Л., 2007).

Акцент на родительских неудачах в попытке поддержать самоуважение ребенка характерен также для поздних работ по аддиктивному поведению, в частности для работ Эдварда Дж. Ханзяна. Он анализирует природу уязвимости зависимых пациентов, которая влияет на способность управлять своими эмоциями, воздействует на самооценку, отношения с окружающими и способность заботиться о себе (Ханзян Э., 2007).

Образование дефицитарной психической структуры зависимых индивидов Э. Ханзян объясняет, опираясь на идеи психологии самости Х. Кохута (Kohut H., 1971, 1977). Хотя сам Х. Кохут и его последователи не занимались систематическим применением своих идей к аддиктивным расстройствам, Э. Ханзян считает, что его работы помогают понять, как чувство собственной ценности, любовь к себе и впоследствии способность к любви к другому, возникают из ранней фазы отношений «родитель-ребенок». Он полагает, что «аддиктивная личность защищает свое поврежденное и уязвимое “Я” с помощью саморазрушающих защит: отказа от реальности, агрессии и бравады. За это приходится платить чувством изоляции, обеднением эмоциональной сферы и неустойчивостью отношений с другими людьми» (Ханзян Э., Там же. С. 37).

Л. Версмер приводит сходную картину структурных нарушений зависимых: «от чувства беспомощности в травмирующей ситуации и неспособности контролировать переполняющие эмоции личность защищается “толстой коркой нарциссизма” — грандиозностью и презрением, а иногда идеализацией и подчинением. Все это часто прикрывается поверхностной любезностью и привлекательным шармом “социопата”». Поразительная ненадежность в отношениях и нестабильность происходит из-за дезинтегрированного «Я» зависимых, которые разрываются между страхом перед осуждающей и унижающей внешней силой и нарциссическими потребностями, имеющими защитную природу и идущими изнутри. «Периоды высокой интегрированности и честности внезапно сменяются эпизодами безжалостной холодности и склонности к криминалу» (Версмер Л., 2007).

Незрелое «Я» наркомана или алкоголика проявляется в построении садо-мазохистических отношениях с близкими людьми. Этот же тип

отношений переносится на психоактивное вещество. Человек, употребляя психоактивное вещество, стремится к немедленному удовлетворению своих потребностей, но в то же время он оказывается зависимым от отсроченного страдания-наказания (Коопман М., 1985). Ф. Шифер (Schiffer F., 1988) подчеркивает наличие пациентов-кокаинистов самокарающей садомазохистской динамики, являющейся следствием травмирующего обращения с ними в детстве. Этот феномен «продления боли» Э. Ханзян связывает также с компульсивным стремлением повторять оставшуюся неразрешенной боль, появившуюся на ранних стадиях развития (Ханзян Э. Там же).

Сейчас существует понимание многофакторной природы аддикции. Современные представители теории объектных отношений оспаривают выдвинутое ранее положение о том, что употребление наркотиков — это регрессия на оральную стадию психосексуального развития. Согласно новой концепции, использование химических веществ имеет защитную и адаптивную функции, может временно изменить регрессивное состояние (Сэбшин Э., 2007; Версмер Л., 2007).

Особый интерес для понимания механизмов формирования зависимости от наркотиков представляют исследования Генри Кристала (1961, 1962, 1966, 1970, 1977, 1981, 1985, 1988). Его работы посвящены пониманию роли младенческой травмы и ее последствий, природы алекситимии у психосоматических и аддиктивных пациентов, закономерностям эмоционального развития и его нарушениям у зависимых. Г. Кристал обнаружил, вслед за М. Кляйн, что интенсивное чувство ярости у младенца, вызванное поведением матери, таит в себе большую опасность. Он доказывает, что у аддиктивных пациентов, материнский объект «экстернализируется» и жестко «отгораживается», все доброе начинает приписываться только ей — хорошие качества, права на утешение и исцеление, функции регуляции (Кристал Г., 2007). При этом доминирующее объектное отношение будет иметь постоянный идолопоклоннический характер. Для «Я-репрезентации» не остается надежды на волевой контроль аффективных и жизненных функций. «Можно предположить, — пишет Кристал, — что “Я-репрезентации” приписывается вина за все плохое, и чем тяжелее страдания в детстве, тем сильнее сдвиг в сторону самообвинения». При такой структуре возникает потребность в «аддиктивном объекте» — вещи или действию, которые являлись бы внешними по отношению к «Я-репрезентации» и могли бы служить для утешения. Его исследования показали, что «объектное отношение и следы памяти происходят от довербальных аффективных настроек, остающихся в своем первоначальном состоянии, и перевод на вербальный уровень, с которым работают большинство аналитиков, минимально» (Кристал Г. Там же. С. 108).

Эмоциональная жизнь аддикта чрезвычайно противоречива. С одной стороны, для аддиктивных пациентов характерна алекситимия¹. Кристал показал, что у аддиктов существует генерализованная реакция «неудовольствия», соматическая, со слабым рефлексивным осознанием и без дифференциации переживаний тревоги и депрессии (Кристалл Г., 2007). С другой стороны, как пишет Дж. Ханзян, химически зависимые часто жалуются на свою склонность к крайним проявлениям эмоций. В одной крайности их переполняют непереносимые чувства, и наркотики используются для облегчения страданий, в другой — кажется, что чувства отсутствуют или ощущаются столь смутно, что их невозможно дифференцировать и наркотики используются для того, чтобы разнообразить свои переживания. Так или иначе, «наркотики представляют собой попытку контролировать аффекты, которые иначе кажутся неподвластными» (Ханзян Э., 2007).

Суммируем результаты современных психоаналитических исследований аддиктивного поведения в нескольких основных положениях:

1. Алкоголизм и наркомания — расстройства с мультифакторной этиологией. Не существует жесткой единой для всех программы лечения. Нет общего типажа «алкоголика» или «наркомана» (Сэбшин Э., 2007).

2. Конфигурация внутренних конфликтов у каждого пациента индивидуальна. Собственно внутренних конфликтов в традиционном психоаналитическом понимании как невротических конфликтов, относящихся к Эдиповской фазе развития у аддиктивных пациентов можно и не встретить. С этим связаны трудности психоаналитического лечения таких пациентов.

3. В случае «истинного аддикта»² (оральной личности) имеет место ранняя травматизация, относящаяся к до-Эдиповой, часто довербальной фазе развития. Поэтому выявить ее традиционными психоаналитическими методами непросто (Cohen J., 1980, 1987; Kinston W. and Cohen J., 1986). Ранний травматический опыт переживается как несовместимый с выживанием, но затем забывается, оставив за собой «дыру», которая мешает интеграции человека. Вокруг этой «дыры» выстраиваются определенные защиты, так называемый «объектный нарциссизм» (Кристал Г., 2007). «Наркотик служит не заменителем любимых и любящих объектов или

¹ Алекситимия — термин, введенный П. Сифнеосом (Sifneos P., 1967) при работе с психосоматическими пациентами, обозначающий трудности в осознании и вербализации ими своих эмоций и ощущений, сочетающаяся с бедностью фантазии, конкретным мышлением, склонностью импульсивно действовать в конфликтных ситуациях. Это свойство позднее было выявлено также у аддиктивных пациентов.

² Р. Найт предложил наименование «собственно алкоголик» и «регрессивный алкоголик» (Knight R., 1937). Наименования «истинный аддикт» и «невротический аддикт» предложено Г. Кристалом. Однако он не дал объяснения содержания последнего понятия (Кристал Г., 2007. С. 109).

отношений с ними, а замещением дефекта в психологической структуре» (Kohut H., 1971,1977). Чертами орального характера являются пассивность, ярко выраженная зависимость, императивная потребность без возможной отсрочки удовлетворения. Любой дистресс или депривация у них автоматически расценивается как состояние большой опасности, указывая им на беспомощность и никчемность их «Я». Для этого типа химически зависимых характерны эротизация еды и приема медикаментов (Knight R., 1937; Krystal G., 1988).

4. От «истинного аддикта» следует отличать «регрессивного аддикта», чертами которого часто являются компульсивность, упорство и склонность к доминированию, происходящие от анальной стадии (Knight R., 1937; Krystal G., 1988).

5. Главным в аддиктивном поведении является не импульс к саморазрушению, а дефицит адекватной интернализации родительских фигур, и, как следствие, нарушение способности к самозащите и саморегуляции, повышенная психологическая уязвимость. Использование химических веществ способно временно усилить Эго-защиты, направленные против аффектов — страха, депрессии, гнева (Сэбшин Э., 2007; Ханзян Э. Д., 2007).

6. Жизнь зависимого проходит в чередовании удовлетворения «наркотического голода» и «наркотического ступора», как в жизни младенца чередуются чувство голода и сон. Целью аддикта является избегание напряжения и боли, которые являются для него непереносимыми, а не только достижение удовольствия (Savitt R., 1963). Для зависимых пациентов свойственна генерализованная реакция неудовольствия, с недифференцированными аффектами, характерными также для соматических пациентов (Кристал Г., 2007).

7. Отказ от химических веществ не устраняет автоматически имеющих у зависимых пациентов психических нарушений: трудностей в модуляции аффекта, регулирования самооценки и выстраивания отношения с другими людьми. Требуется направленная работа со специалистом для уменьшения психологической уязвимости и минимизации первичного структурного дефицита (Krystal G., 1982; Ханзян Э. Д., 2007).

Поведенческая (бихевиоральная) модель. Бихевиористская концепция оценивает наркотическую зависимость как пристрастие на основе принципов обуславливания, где ключевой фактор — позитивное или негативное подкрепление. Согласно этой теории индивиды регулярно потребляют наркотик из-за «вознаграждения», которое приносит наркотик, и для избегания синдрома отмены.

В центральной нервной системе как человека, так и животных, выявлено наличие особых участков, зон, раздражение которых электрическим током (при подведении микроэлектродов) вызывает особые приятные ощущения. Выделены также зоны, раздражение которых всегда неприят-

но. Первые получили название «**зона удовольствия**», вторые — «**зона не-удовольствия**». Эти зоны расположены в лимбической системе мозга, которая управляет самыми первичными, жизненно необходимыми реакциями, принятием решений, эмоциями: переживанием страха, злости и удовольствия (Фридман Л. С., Флеминг Н. Ф. с соавт., 1998).

Лабораторные животные (крысы), получив возможность в ходе научных экспериментов самостоятельно раздражать током зону удовольствия (нажимая на специальный рычаг), делают это чрезвычайно активно. Частота нажатия нередко достигает нескольких тысяч в час, то есть предела физических возможностей животного. Раздражения зон неудовольствия животные стремятся избегать. В реальности раздражение этих зон происходит путем воздействия на них нервных импульсов и действует как система подкрепления той или иной формы поведения. Животное вырабатывает ту тактику поведения, которая обеспечивает раздражение именно положительных зон (Цетлин М. Г., Колесников А. А., 1991; Анохина И. П., 2000). Действие психоактивных веществ — прямая аналогия с опытами по самораздражению зон удовольствия, различие только в способах — электрическом или химическом. Положительно окрашенные ощущения и переживания являются в норме реакцией на благоприятные для человека стимулы. Когда они вызваны искусственным путем, это оказывается для него ложным сигналом «правильности» действий. «Желание повторно принять вещество, доставившее удовольствие, возникает спонтанно, без обдумывания, поскольку более ранняя по развитию структура мозга уже дала команду быстрее, чем лобные доли, «рассуждающие» о цене потребления» (Савина Е. А., 2006).

Как показывают многочисленные зарубежные и единичные отечественные исследования в основе всех вариантов зависимостей — как химических, так и нехимических, лежат единые механизмы.

А. О. Бухановский и др. (2002) объясняют общие патогенетические механизмы формирования зависимого поведения при химических и поведенческих аддикциях, опираясь на понятия «оперантное научение» и реактивный импринтинг». Оперантное научение происходит постепенно, по типу повторных подкреплений. Реактивный импринтинг вызывается чрезмерным по интенсивности стрессовым воздействием и возникает в виде острой реакции запечатления, что на физиологическом уровне сопровождается гиперактивацией дофаминового синапса (Егоров А. Ю., Игумнов С. А., 2010).

Модель личностных типов и черт. Зародилась в рамках психиатрического подхода и связана с исследованием индивидуально-личностных механизмов возникновения и развития зависимостей, разработкой реабилитационных и профилактических программ. А. Е. Личко и

Конец ознакомительного фрагмента.

Приобрести книгу можно

в интернет-магазине

«Электронный универс»

e-Univers.ru