

В. А. Дереча, В. В. Карпец

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСНОВЫ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ

УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ ДЛЯ ВУЗОВ

*Рекомендовано Учебно-методическим отделом высшего образования
в качестве учебного пособия для студентов высших учебных заведений,
обучающихся по гуманитарным и медицинским направлениям*

**Книга доступна на образовательной платформе «Юрайт» urait.ru,
а также в мобильном приложении «Юрайт.Библиотека»**

Москва ■ Юрайт ■ 2021

УДК [616.889-008.441.33-084-082.5:613.83](075.8)

ББК 56.145.12-5-8я73

Д36

Авторы:

Дереча Виктор Андреевич — профессор, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии факультета клинической психологии Оренбургского государственного медицинского университета, заслуженный врач Российской Федерации, заслуженный работник здравоохранения г. Оренбурга; создал кафедру психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии с курсом общей психологии и основал факультет клинической психологии;

Карпец Владимир Васильевич — главный специалист-нарколог Министерства здравоохранения Оренбургской области, главный врач Оренбургского областного клинического наркологического диспансера, заслуженный врач Российской Федерации, психиатр-нарколог высшей квалификационной категории, разработчик концепции первичной позитивной наркопрофилактики и программы реабилитации «ДОМ».

Рецензенты:

Юлдашев В. Л. — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии с курсом Института дополнительного профессионального образования Башкирского государственного медицинского университета;

Зубова Л. В. — доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой общей психологии и психологии личности Оренбургского государственного университета.

Дереча, В. А.

Д36

Личностные основы наркологической профилактики и реабилитации : учебное пособие для вузов / В. А. Дереча, В. В. Карпец. — Москва : Издательство Юрайт, 2021. — 216 с. — (Высшее образование). — Текст : непосредственный.

ISBN 978-5-534-13685-2

Профилактика и реабилитация в наркологии — это два параллельных процесса. Они вместе модулируют клинические параметры заболевания и выздоровления, а также позитивные изменения личности как наркологических больных, так и лиц, склонных к аддиктонаправленному отклоняющемуся поведению.

В предлагаемом курсе рекомендуется более широкое использование психологических средств и психотерапевтических подходов в решении профилактических и реабилитационных задач в наркологии. Курс является одновременно и практическим руководством.

Соответствует актуальным требованиям Федерального образовательного стандарта высшего образования.

Издание адресовано студентам и специалистам в сфере педагогики, психологии, социологии, медицины, сотрудникам правоохранительных органов и представителям любых других ведомств.

УДК [616.889-008.441.33-084-082.5:613.83](075.8)

ББК 56.145.12-5-8я73

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в какой бы то ни было форме без письменного разрешения владельцев авторских прав.

ISBN 978-5-534-13685-2

© Дереча В. А., Карпец В. В., 2021

© ООО «Издательство Юрайт», 2021

Оглавление

Введение. О единстве профилактики и реабилитации в наркологии.....	6
---	----------

Раздел I НАРКОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА

Тема 1. Факторы риска и защиты в приобщении к употреблению психоактивных веществ	15
1.1. Здоровье возможно только при здоровом образе жизни.....	15
1.2. Состояние вопроса о наркологической профилактике.....	19
1.3. Содержание наркологической профилактики	22
1.4. Объект, субъект и предмет наркологической профилактики	26
<i>Вопросы для самоконтроля</i>	<i>30</i>
Тема 2. Сохранение здоровья и предупреждение отклоняющегося поведения	31
2.1. Определение здоровья (или что значит быть здоровым?)	31
2.2. Индивидуальный стиль поведения и здоровый образ жизни.....	34
2.3. Поведенческие техники индивидуального существования.....	37
2.4. Психология отклоняющегося поведения	42
<i>Вопросы для самоконтроля</i>	<i>48</i>
Тема 3. Проаддиктивная мотивационная типология личности как предмет первичной профилактики	49
3.1. Особенности проаддиктивных личностей	49
3.2. Проблемы разграничения проаддиктивного и аддиктивного (зависимого) поведения.....	56
3.3. Аддиктонаправленное поведение у детей как заместительная форма самоутверждения	61
<i>Вопросы для самоконтроля</i>	<i>65</i>
Тема 4. Донозологическое употребление ПАВ как предмет вторичной профилактики	66
4.1. Приобщение к употреблению ПАВ	66
4.2. Донозологическое употребление ПАВ.....	67
4.3. Употребление ПАВ с пагубными последствиями.....	68
<i>Вопросы для самоконтроля</i>	<i>72</i>

Тема 5. Зависимость индивида как предмет третичной профилактики.....	73
5.1. Феномен зависимости.....	73
5.2. Личностные факторы становления зависимости от ПАВ	77
<i>Вопросы для самоконтроля</i>	81
Тема 6. Практические подходы к профилактике зависимости от ПАВ	83
6.1. Надежная прививка против нарконаправленного поведения — надежное воспитание	83
6.2. Типология наркопрофилактических мер	85
6.3. Модели первичной наркологической профилактики	87
6.3.1. Первичная наркопрофилактика путем коррекции дефицитарности личности и поведения	87
6.3.2. Первичная наркопрофилактика путем коррекции недостаточной социальной адаптации.....	88
6.3.3. Первичная наркопрофилактика с коррекцией аутодеструктивной акцентуации	89
6.3.4. Медицинская наркопрофилактика в первичном звене здравоохранения	92
6.3.5. Выявление лиц, подозреваемых в употреблении ПАВ.....	94
<i>Вопросы для самоконтроля</i>	97

Раздел II НАРКОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

Тема 7. Задачи реабилитации в наркологии.....	101
7.1. Определение и цели реабилитации	101
7.2. Объект наркологической реабилитации	104
7.3. Субъект наркологической реабилитации	105
7.4. Предмет реабилитации и созревания личности пациента	108
7.5. Причины рецидивов зависимостей от ПАВ.....	109
<i>Вопросы для самоконтроля</i>	112
Тема 8. Личность, самосознание и поведение наркологических больных как предмет реабилитации	113
8.1. Психология аддикции и ее личностные смыслы	113
8.2. Личностные изменения вследствие зависимости от психоактивных веществ.....	121
8.3. Расстройства самосознания вследствие зависимости от ПАВ.....	129
8.4. Расстройства преимущественно в сфере характера личности	135
8.5. Расстройства личности преимущественно в сфере ее ресурсов... ..	136
8.6. Аддиктивное поведение.....	139
<i>Вопросы для самоконтроля</i>	144
Тема 9. Мотивация наркологических клиентов и пациентов на реабилитацию	145
9.1. Курс первичного реабилитационного консультирования	145

9.2. Структурирование проблемы и диагностика мишеней реабилитации	148
9.3. Система мотивирования пациентов на участие в реабилитации	150
<i>Вопросы для самоконтроля</i>	156

Тема 10. Функциональные этапы наркологической реабилитации	157
10.1. Донозологическая реабилитация методом психокоррекции.....	157
10.2. Начальная реабилитация в процессе лечения больных.....	159
10.3. Медицинский этап наркорехабилитации	161
10.4. Психологический этап наркорехабилитации	162
10.5. Образовательно-воспитательный этап наркорехабилитации.....	163
10.6. Социальный этап наркорехабилитации.....	164
10.7. Этап поддерживающее-закрепляющих моделей реабилитации... ..	165
<i>Вопросы для самоконтроля</i>	166

Раздел III

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ

Тема 11. Психические средства и психотерапевтические технологии	169
11.1. Сущность психологического консультирования	169
11.1.1. Общепсихологический подход в консультировании	173
11.1.2. Клинико-психологический подход в консультировании ...	174
11.2. Факторы терапевтических отношений.....	178
11.3. Психотерапевтические технологии	179
11.4. Психические средства и факторы совладания	182
<i>Вопросы для самоконтроля</i>	187

Тема 12. Психотерапевтические методы реабилитации в наркологии	188
12.1. Психотерапевтические проблемы в наркологической реабилитации	188
12.2. Методы динамического направления психотерапии.....	190
12.3. Трансактное направление в наркорехабилитации	193
12.4. Когнитивно-поведенческое направление в наркологической реабилитации	197
12.5. Реабилитационная личностно-ориентированная гипнотерапия.....	201
12.6. Семейное направление в наркологической реабилитации.....	203
<i>Вопросы для самоконтроля</i>	205
Основная литература	206
Дополнительная литература	208
Иностранная литература	215

Введение

О ЕДИНСТВЕ ПРОФИЛАКТИКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ В НАРКОЛОГИИ

Здоровье до того перевешивает все остальные блага жизни, что поистине здоровый нищий счастливее больного короля.

А. Шопенгауэр (1788—1860)

Наркомании, алкоголизм и другие зависимости от психоактивных веществ (ПАВ), в соответствии с действующей Международной классификацией болезней человека (МКБ-10), относятся к психиатрической патологии. Они представляют собой «Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ».

Как психические расстройства наркологические заболевания проявляются нарушениями психических процессов, свойств и состояний (восприятий, мышления, памяти, интеллекта, эмоций, воли, характера, личности, сознания и самосознания).

Как расстройства поведения наркомания, токсикомания и алкоголизм характеризуются возникновением адаптивно нецелесообразных и даже деструктивных потребностей и влечений, обуславливающих употребление таких химических веществ, которые создают неестественное чрезмерное чувство удовольствия. Это чувство буквально ловит индивида на крючок, из-за чего с каждым последующим приемом вещества все сильнее развивается потребность в нем, т. е. зависимость.

С самых ранних (донозологических) проявлений зависимости, когда она еще даже может не замечаться окружающими и тем более не чувствоваться и не осознаваться пациентом, — уже наступают личностные отклонения и расстройства поведения. Их начальные проявления, как правило, недопонимаются и недооцениваются, а потому они именуется «привычкой», «увлечением», «пристрастием», «правом на определенный образ жизни» и т. д. Однако через какое-то время становится очевидным, что уже имеет место явное отклоняющееся поведение. *Если не принимаются соответствующие меры, девиантное поведение трансформируется в патологическое, т. е. в саморазрушительное, а не просто дезадаптивное.* Как

скоро это наступает, зависит от многих причин, но главные среди них — это эйфоризирующая «сила» психоактивного вещества и отношение к ней индивида, употребляющего данное вещество.

В последние десятилетия во всем мире становятся все более распространенными также «нехимические» зависимости. По своей природе они в большей мере, чем химические, определяются интересами и «выбором» личности. Этот «выбор», в свою очередь, связан с внутриличностными потребностными конфликтами. Поэтому нехимические зависимости, по сути, являются невротическими. В социологию, психологию и медицину они вошли под названием аддикций — понятием более широким, чем наркологические болезни. И данное понятие уже принято в МКБ-11.

Термин «аддикция», обозначающий «пристрастие», «привязанность», «увлечение», «болезнь желания», распространение стал получать с начала XIX в. Известно, однако, что еще во времена Римской империи «аддикцией» называли «повеление», «требование». Аддиктивной считалась также личность, от кого-то зависящая, от которой что-то требовалось в социальном и (или) психологическом плане, в межличностных отношениях (например, в финансовых) или подчинение в поведении. Это указывает на то, что проблема аддикций (мира аддикций) является также задачей социально-психологической. Наиболее важно при этом прояснить вопросы о том, что собой представляют:

- поведение проаддиктивное;
- поведение аддиктивное;
- личность проаддиктивная;
- личность аддиктивная.

В медицинском аспекте проблема аддикций состоит в изучении и **выявлении личностной предрасположенности к зависимостям, в профилактике их возникновения**, в своевременном распознавании, лечении больных и в их восстановлении, а затем — в реабилитации.

Профилактика и реабилитация в аддиктологии связаны между собой особым видом соотношений: если не удалось предупредить развитие болезни, то наряду с ее лечением непременно потребуется реабилитация больного, а также вторичная и третичная профилактика.

Пациенты с любыми видами зависимостей, а особенно — от психоактивных веществ, как правило, не в состоянии «взяться за ум» даже после купирования аддиктивного синдрома и наступления ремиссии. Более того, изучение истории их жизни, формирования индивидуальности и ее психологических особенностей указывает на то, что в подавляющем большинстве случаев наркологических

заболеваний личность больных еще в преморбиде характеризовалась определенными *признаками предрасположенности* к аддикто-направленному поведению. Это явно способствует снижению эффективности как профилактики зависимостей, так и их лечения, а в еще большей мере — снижению эффективности реабилитации, поскольку за период наркотизации неадаптивные черты личности заостряются, и в целом она подвергается не только токсико-органическим воздействиям, но и специфическому патологическому, т. е. *зависимому развитию*.

В свете сказанного наркологическое ведение больных на любом этапе болезни *должно осуществляться в превентивно-лечебно-реабилитационном стиле*. Это связано с тем, что фактически каждый пациент, пребывающий в ясном сознании, надеется на то, что врачи не просто купируют психоз или абстинентные расстройства. Многие больные в глубине души искренне хотели бы избавиться от зависимости. По этой причине большинство из них изначально *настроены на лечение восстановительное, но при этом, естественно, не знают, чем оно отличается от реабилитации*.

Нравственная и клиническая задача состоит в том, чтобы наркологические больные начинали бы чувствовать свою реабилитацию не тогда, когда поступят в специальные отделения, в группы «бывших пациентов», или приступят к «трудовому перевоспитанию», а уже в самом начале взаимодействия с наркологом.

Оказание любой медицинской помощи — это не только многоэтапный, но и многоканальный, многожильный процесс, даже если он начинается с помощи неотложной. Более того, при наркологических зависимостях данный процесс направлен на болезни хронические. В этой связи, как бы парадоксально это ни казалось, ***начало реабилитации является логичным даже на этапе и в рамках профилактической помощи***. Чем раньше начнется позитивная реконструкция личности, тем надежнее будет результат и могут вообще не понадобиться «хозяйственные работы». Ведь реабилитация — это, прежде всего, психотерапия личностно-ориентированная, личностно-реконструктивная, с обязательным применением когнитивно-поведенческих технологий. Однако, как отмечают Т. В. Агибалова и О. Ж. Бузик, в России пока не существует общепринятой концепции личности и, как следствие, единой концепции психотерапии. Ее границы размыты, показания к назначению четко не определены, а существующие в этой области программы представляют собой эклектику, не разделяющую порой теории и методы от техник и методик.

Общеизвестно, что эффективность лечения наркологических больных и их реабилитации не соответствует требованиям общества. Одной из особо значимых причин этого является либо полное отсутствие психотерапии как таковой либо ее бессистемность в пе-

риоды постинтоксикационные и постабстинентные, когда требуется начинать лечение восстановительное и формировать ремиссию, а также преемственность в оказании наркологической помощи. Нередко, к сожалению, вопрос о реабилитации при этом отодвигается на «потом и там».

Очевидно, что и технические приемы лечения, и реабилитационные задачи, и способы профилактики срывов и рецидивов — все это не может быть одинаковым и однотипным. Конкретные задачи преемственного «взаимонаслоения» определяются состоянием больных и этапом оказания им помощи. *Однако общее психотерапевтическое ведение пациентов всеми участниками поэтапно должно осуществляться в направлении единой цели — освобождения от зависимости и восстановления личностной полноценности.* Психотерапия наркологических больных должна начинаться еще в стационаре и с нарастающей восстановительно-реконструктивной силой продолжаться в амбулаторных условиях на протяжении всех лет «диспансеризации».

Недостаточная эффективность наркологической помощи определяется не только несовершенством психотерапевтической подготовленности наркологов и клинических психологов, но и их недостаточной реабилитационной грамотностью.

Реабилитация наркологического больного, как отмечено выше, не есть новый или дополнительный этап в оказании помощи. *Наркологическая помощь по своей сути многоцелевая* и в ней параллельно осуществляется *наркопрофилактика* (первичная, вторичная, третичная), *наркотерапия* (купирующая, закрепляющая, поддерживающая, восстановительная, противорецидивная) и *наркореабилитация* (поэтапно-многомодельная).

Первоначальный юридический смысл термина «реабилитация» требует его уточнения применительно не только к медицине вообще, но и отдельно к психиатрии или к наркологии, так как при этом наличествуют совершенно неодинаковые *объекты, субъекты, предметы и цели реабилитации.*

Цель наркореабилитации — это позитивная реконструкция личности наркологических больных, восстановление их самосознания и совладающего поведения. Достижение данной цели не должно откладываться на «потом». Его следует начинать как можно раньше, по мере возможности психотерапевтического взаимодействия с больными в рамках «ранней (начальной) реабилитации», а еще лучше — в рамках «донозологической реабилитации при выявлении отклоняющегося нарконаправленного поведения».

Этот же принцип «как можно более раннего начала» относится и к наркопрофилактике. Под профилактикой нередко понимают даже не только первичную ее форму, а вообще сохранение здорового образа жизни. В результате недостаточной определенности

в отношении понятий наркопрофилактики закономерно снижается качество ее организации и осуществления — так же, как и применительно к наркореконструкции.

Методические указания для высшего образования по дисциплине «Личностные основы наркологической профилактики и реконструкции»

Цель — способствование реализации компетентностного подхода в высшем профессиональном образовании по гуманитарным и медицинским наукам; овладение знаниями, умениями и навыками использования в профессиональной деятельности информации по вопросам личностных основ наркологической профилактики и наркологической реконструкции.

Задачи обучающие:

овладеть знаниями и умениями определения тех личностных факторов, которые обуславливают риск аддиктонаправленного поведения индивида;

овладеть подходами к распознаванию и анализу роли личностных особенностей в формировании зависимости от ПАВ;

овладеть способами выявления факторов риска и факторов защиты от приобщения к ПАВ;

овладеть методологией и организационными подходами к осуществлению мер наркологической профилактики и реконструкции.

Задачи развивающие: способствовать формированию профессиональной ответственности и расширению социального кругозора в вопросах здоровья и благополучия населения России; овладение подходами к диагностике факторов риска распространения наркологической патологии, подходов к оказанию помощи наркологическим больным и к их реконструкции.

Задачи воспитывающие: формирование у обучающихся абсолютного неприятия ПАВ с осознанием и пониманием всех видов их пагубности для человечества; бережное отношение к своему здоровью и здоровью окружающих; готовность использовать свои специальные знания в целях наркологической профилактики и реконструкции.

В результате освоения программы курса «Личностные основы наркологической профилактики и реконструкции» обучающиеся должны обладать следующими видами общекультурных (ОК), общепрофессиональных (ОПК) и профессиональных компетенций:

знать: факторы риска и защиты в приобщении к употреблению ПАВ; современные концепции наркологической профилактики и наркологической реконструкции; характеристики проаддиктивных личностей; общие и частные характеристики отклоняющегося поведения; поведенческие техники индивидуального существования; признаки проаддиктивного поведения и симптомы зависимо-

сти от ПАВ; знать виды и типы подходов к организации профилактики и реабилитации в наркологии;

уметь: организовывать и поддерживать здоровый образ жизни; пропагандировать меры по укреплению здорового образа жизни; внедрять в жизнь интерес и бережное отношение к своему психическому и физическому здоровью; грамотно соучаствовать в подготовке и проведении конкретных мер по наркологической профилактике или реабилитации; готовить соответствующие данные для анализа и научных исследований в сфере профилактики и реабилитации, обобщения и распространения опыта;

владеть: способностью применять приобретенные знания на практике в адекватных ситуациях; быть готовым и способным принять непосредственное участие в профилактической и (или) реабилитационной помощи нуждающимся пациентам, устанавливая и поддерживая профессиональное взаимодействие с оказывающими помощь специалистами.

Раздел I

НАРКОЛОГИЧЕСКАЯ

ПРОФИЛАКТИКА

Ты, человек, можешь сделать для своего здоровья и благополучия больше, чем любой врач, любая больница, любое лекарство, любое медицинское средство.

*Дж. Калифано
(американский социолог,
специалист по проблемам
наркомании)*

Тема 1

ФАКТОРЫ РИСКА И ЗАЩИТЫ В ПРИОБЩЕНИИ К УПОТРЕБЛЕНИЮ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Первое богатство — это здоровье!

Р. Эмерсон (1803—1882)

1.1. Здоровье возможно только при здоровом образе жизни

Истина гласит, что только здоровый человек с хорошим самочувствием, оптимизмом, психологической устойчивостью, высокой умственной и физической работоспособностью способен активно жить, успешно преодолевать профессиональные и бытовые трудности.

Подлинная красота человека — это физическое совершенство, интеллект и здоровье. Здоровье человека есть результат процесса сохранения и развития его психических и физиологических качеств, оптимальной работоспособности и социальной активности.

По данным академика Ю. П. Лисицына, признанным авторитетом в области профилактической медицины и санологии (науки о здоровье), первостепенным фактором качества здоровья является здоровый образ жизни, который занимает около 50—55 % удельного веса всех факторов, обуславливающих здоровье населения, что подтверждается также данными других отечественных и зарубежных специалистов. Влияние экологических факторов на здоровье человека оценивается примерно в 20—25 % от всех воздействий, 20 % составляют биологические (наследственные) факторы, и на долю недостатков и дефектов здравоохранения отводится всего 10 %.

Действительно, наиболее полно взаимосвязь между образом жизни и здоровьем выражается в понятии «*здоровый образ жизни*». Здоровый образ жизни объединяет все, что способствует выполнению человеком профессиональных, общественных и бытовых функций в оптимальных для сохранения жизни условиях и выражает ориентированность личности в направлении формирования, сохранения и укрепления как индивидуального, так и общественного здоровья.

С позиций генетической природы человека и ее соответствия условиям жизнедеятельности принято определять здоровый образ жизни как способ жизнедеятельности, соответствующий генетически обусловленным типологическим особенностям индивидуума, а также конкретным условиям жизни.

Формирование индивидуального здоровья человека зависит во многом от стиля его жизни, который имеет персонифицированный характер и определяется историческими и национальными традициями (менталитетом), личными наклонностями. В результате при более или менее одинаковом уровне потребностей каждая личность характеризуется индивидуальным способом их удовлетворения, что проявляется в разном поведении людей, в зависимости от их воспитания и разнообразия индивидуальных запросов. При этом необходимо учитывать как типологические особенности каждого человека (тип высшей нервной деятельности, морфофункциональный тип, преобладающий механизм вегетативной регуляции), так и возрастную-половую принадлежность и социальную ситуацию, в которой он живет (семейное положение, профессия, традиции, условия труда, материальное обеспечение, быт и т. д.). Образ жизни конкретного человека зависит также от его личностно-мотивационных качеств, жизненных ориентиров, установки на воплощение своих социальных, физических и психических способностей.

В мире существует бесчисленное множество пьянящих веществ, и, в принципе, ко всем из них может развиваться пристрастие, т. е. эмоциональная тяга. В этом смысле все наркологические заболевания — курение, алкоголизм, токсикомания и наркомания — одинаковы или близки по сущности и по механизмам возникновения. Главное в них — химическая зависимость души и тела человека от пьянящего вещества, без которого организм уже не может обойтись. Однако *собственно наркотиками называют не любой веселящий препарат*, а лишь те вещества, которые государство находит наиболее опасными и включает в официальный список наркотиков. Он периодически обновляется. В списке обозначены вещества, во-первых, вообще запрещенные к применению на людях и к производству; во-вторых, растения, отнесенные к наркотикам; в-третьих, — лекарственные препараты, являющиеся наркотиками, в-четвертых, — вещества любого происхождения, отнесенные к наркотикам в соответствии с единой международной конвенцией. Все названия наркотиков и их классификации предназначены только для специалистов.

Из сказанного видно, что не любой вид пристрастия к веселящим и пьянящим веществам может называться наркоманией, а лишь те случаи, когда употребляют препараты, обозначенные в упомянутом официальном списке. Добыть такой препарат значит всегда

и в любом случае переступить закон, совершить правонарушение, ибо в списки наркотиков внесены наиболее опасные ПАВ, и при этом запрещено свободное, бесконтрольное их применение, определяются строгие показания их использования, правила хранения, учета и т. д.

Столь строгие меры вызваны тем, что наркомании представляют собой наиболее тяжелые виды наркологических заболеваний. Что касается других психоактивных, пьянящих и веселящих веществ, ведущих к токсикоманиям, то государство не включает их в список наркотиков не потому, что они безвредны. Просто не представляется возможным резко ограничить их использование в различных сферах жизни.

ПАВ — это растительные, фармакологические, промышленные и иные препараты, способные при поступлении в организм приятно изменять психическое состояние человека, а дальнейшее их употребление приводит к тому, что употребитель уже не может обходиться без этих веществ. Наступает химическая зависимость, главенствующую роль в зарождении которой играют структуры центральной нервной системы, т. е. механизмы головного мозга («церебральное звено удовольствия» — так называемая лимбическая система — от лат. *cerebrum*, мозг).

По медицинским, социальным и юридическим критериям ПАВ условно разделяются на 3 группы:

- алкоголь (этанол, винный спирт);
- наркотики (героин, кокаин и др.);
- токсикоманические вещества (кофеин, никотин, летучие органические растворители и др.).

Общее между ними — то, что ко всем из них формируется страсти, а затем и зависимость: к одним — медленно, на протяжении месяцев и лет, к другим — быстрее, а к третьим — очень быстро, уже после одного-трех употреблений. Многое при этом зависит от первых впечатлений, а они в свою очередь определяются типом вещества, способом его дозирования и введения в организм, спецификой ситуации употребления, общим настроением, предваряющими внушениями тех, кто уже имеет опыт употребления, состоянием организма и эмоциональной сферы и т. д. Чем приятнее первые впечатления, тем вероятнее повторное употребление, особенно если будет происходить в том же окружении, при тех же или сходных обстоятельствах.

Степень тяжести химической зависимости определяется в первую очередь типом психоактивного вещества. Химическая природа вещества влияет также на скорость формирования зависимости и на ее физические и психологические последствия.

Все знают, что безвредных ПАВ не существует. Лишь с большой долей условности их можно разделить на препараты «легкие»,

«умеренной тяжести», «тяжелые» и «сверхтяжелые». Но в то же время «легкий» кофеин может привести к глубоким психическим расстройствам. Общеизвестны последствия острой и хронической интоксикации никотином. Все знают также, что злоупотребление алкоголем приводит к очень широкому кругу всевозможных медицинских последствий — прямых и косвенных. Кроме того, наряду с расстройствами психики и личности зависимости от ряда ПАВ сопровождаются многими другими тяжелыми и опасными заболеваниями: СПИДом, вирусными гепатитами, туберкулезом, венерическими заболеваниями и т. д. Наряду с этим нередко наличествует асоциальный образ жизни и такие деяния, как продажа наркотиков и вовлечение других лиц, нападения и грабеж, воровство, кража со взломом, проституция, убийства и самоубийства, насилие в семье, брошенные дети и многое другое. Особый вид последствий употребления алкоголя и (или) наркотиков во время беременности представляют дети, рождающиеся с зависимостью от ПАВ.

Природной потребности в ПАВ у людей не существует, она формируется путем многократного употребления эйфоризирующих веществ и соответствующей перестройки организма. Поэтому трудно найти полные и убедительные ответы на вопрос, почему же люди начинают употреблять ПАВ, а затем упорно их принимают систематически, в основном зная и понимая, что причиняют себе вред. Какой-то единый ответ на этот вопрос дать невозможно, однако доказано, что **важнейшими социальными факторами распространности химических зависимостей являются:**

- доступность ПАВ;
- давление тех, кто уже к ним приобщился и (или) кто заинтересован в торговле ими;
- терпимость общества или даже его безразличие; явная и скрытая реклама; искривление культуры общества и насаждение развлекательной и потребительской субкультуры, бездуховности и гедонизма, т. е. стремления к усадкам и удовольствиям.

Академик Н. А. Амосов в свое время заметил, что народ здоров, если здорово общество.

Индивидуальные особенности личности и организма субъекта влияют не столько на само приобщение к ПАВ, сколько на выбор препаратов и предпочтение одних веществ другим. Однако и животные при свободном доступе к ПАВ могут их употреблять. Поэтому основная причина химической зависимости — нейробиологическая: наличие головного мозга с эмоциональными центрами и механизмами. Стоит однажды попробовать, испытать удовольствие, и затем вновь и вновь будет хотеться повторить эту приятность. Потому опытные люди и говорят, что нельзя начинать и тем более привыкать к употреблению ПАВ.

1.2. Состояние вопроса о наркологической профилактике

Наркологическая помощь в России изначально оказывалась психиатрами. С 1976 г. в стране стала развиваться самостоятельная наркологическая служба, носившая, как известно, черты административно-командной системы, доминировавшей в обществе. Это, как отмечают Е. А. Кошкина и А. З. Шамота, содержало угрозу недобровольного лечения, что само по себе обуславливало приток желающих лечиться в наркологических учреждениях.

По мере формирования службы все большее внимание уделялось проблеме употребления психоактивных веществ (ПАВ) детьми и подростками (В. С. Битенский, А. В. Надеждин, Н. И. Пятницкая, П. И. Сидоров и др.). Было установлено, что несовершеннолетние — это не просто группа повышенного риска злоупотребления ПАВ, а тот пласт общества, на который приходится 60—80 % начала формирования химических зависимостей, диагностируемых у взрослых. Однако профилактическая работа при этом страдала декларативностью, из-за чего не была ориентирована на получение конечного результата (О. В. Зыков). Требовался и требуется системный подход к организации выявления, лечения и реабилитации детей и подростков, имеющих проблемы с потреблением ПАВ.

И. П. Анохина, А. О. Кибитов, И. Ю. Шамакина и В. Д. Москаленко подчеркивают, что потребление ПАВ является обязательным фактором для формирования зависимости от него, но необходимо учитывать также важную роль индивидуальных биологических (в частности, генетических), а также личностных и социально-психологических факторов. К этому следует добавить и роль химических особенностей самого ПАВ, выраженность и нюансы его эйфоризирующего действия.

Н. Н. Иванец, М. А. Винникова и А. Ю. Ненастьева отмечают важность учета процессуального характера зависимостей от ПАВ, принципа постадийности в развитии наркологической болезни, скорости ее формирования, типологии употребления ПАВ. С учетом того, что алкоголизм, нарко- и токсикомании — это прогрессирующие заболевания, профилактика по отношению к ним должна разделяться на первичную, вторичную и третичную. В плане раннего выявления первичной наркопрофилактики особого внимания заслуживают признаки прогрессирования донологического употребления ПАВ и симптомы изменяющейся реактивности организма.

Анализируя европейский опыт профилактики зависимости от психоактивных веществ, Н. И. Павловская приходит к выводу о том, что в настоящее время превенция наркоманий как наука имеет четко сформулированные цели, задачи и стратегии действий и является системой научных знаний. В практическом плане раз-

работаны вариативные стратегии деятельности, но в то же время требуются новые тактические решения, так как продолжают существовать серьезные проблемы в аспекте действенности и эффективности этой работы.

Такого же мнения придерживаются Н. А. Сирота и В. М. Ялтонский, разработавшие к настоящему времени в нашей стране одну из самых систематизированных концепций наркопрофилактики.

Н. А. Сирота и В. М. Ялтонский предлагают прежде всего учитывать условия и обстоятельства индивидуума. Одни из них достоверно увеличивают шансы стать потребителем ПАВ (это факторы риска), другие достоверно снижают шансы стать потребителем ПАВ (это факторы защиты, протекции).

В качестве примера **факторов риска** употребления ПАВ авторы называют:

- проблемы с физическим и психическим здоровьем;
- рождение и воспитание в семье больных алкоголизмом или наркоманией;
- регулярное общение со сверстниками, употребляющими ПАВ плюс отсутствие устойчивости к давлению сверстников;
- личностные особенности (неуверенность в себе, заниженная самооценка, колебания настроения, невысокий интеллект, неприятие социальных норм, ценностей и т. д.);
- раннюю сексуальную активность, подростковую беременность;
- высокий уровень семейного стресса, семейная нестабильность, низкий уровень дохода в семье;
- неспособность освоить школьную программу, прогулы в школе;
- проблемы межличностного общения в семье, школе, со сверстниками.

Факторами защиты от употребления ПАВ могут быть:

- семейная стабильность и сплоченность, адекватное воспитание и теплые, близкие отношения с членами семьи;
- средний и высокий уровень дохода в семье, адекватная обеспеченность жильем;
- высокое качество медицинской помощи;
- низкий уровень преступности в регионе;
- доступность служб социальной помощи;
- высокий уровень интеллекта и устойчивости к стрессу, физическое и психическое благополучие;
- высокая самооценка, развитые навыки самостоятельного решения проблем, поиска и восприятия социальной поддержки, устойчивость к давлению сверстников, умение контролировать свое поведение;
- соблюдение норм общества в употреблении ПАВ.

Целью первичной наркопрофилактики, таким образом, является усиление защитных факторов и уменьшение влияния факторов риска приобщения к ПАВ.

Теоретический и практический интерес представляют семь подходов, которые Н. А. Сирота и В. М. Ялтонский рекомендуют использовать в наркопрофилактике. Все они сфокусированы на понимании ее как предупреждения патогенного воздействия психосоциальных и личностных факторов:

— подход, основанный на распространении информации о вредности ПАВ;

— подход, основанный на аффективном (эмоциональном) обучении;

— подход, учитывающий патогенную роль социальных факторов;

— подход, направленный на формирование навыков контролировать свое поведение и межличностные отношения;

— подход, основанный на выработке поведенческой альтернативы наркотизации, позитивной жизненной активности;

— подход в форме овладения мерами по укреплению здоровья и здорового образа жизни;

— подход интегративный.

Все подходы объединяет базисное положение, основанное на теории совладающего поведения (Р. Лазарус): когнитивная оценка проблемной ситуации и совладание с нею (копинг-стратегии, копинг-профилактика).

Овладение адаптивными копинг-стратегиями в процессе формирования и развития личности у детей — это основа профилактики любого отклоняющегося поведения, а значит и профилактики собственно аддиктонаправленных девиаций.

Е. А. Брюн и А. В. Цветков отмечают, что в целом в наркопрофилактике базисное значение имеет именно первичная профилактика. Она должна быть направлена на *группы риска*, т. е. на лиц, наиболее подверженных формированию зависимости от ПАВ. В этом плане особое профилактическое внимание следует обращать на лиц, имеющих «*предпосылки*», повышающие вероятность приобщения к систематическому употреблению ПАВ. К ним относятся являющиеся для индивида проблемой такие неблагоприятные факторы, как:

— биологические (наследственная отягощенность психически и (или) наркологическими заболеваниями; ранняя сексуальная активность; исходно низкая толерантность к употребляемому ПАВ);

— факторы патологической почвы (проявления психического дизонтогенеза, предшествовавших органических поражений головного мозга);