

**Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
ФГБОУ ВО «Саратовский национальный исследовательский
государственный университет им. Н.Г. Чернышевского**

Особенности психотерапии зависимостей

Учебное пособие

2018

Особенности психотерапии зависимостей: Учебное пособие. Под ред. Белых Т. В. – 75 с.

Учебное пособие написано в соответствии с программой курса «Особенности психотерапии зависимостей» и представляет собой систематизированное изложение содержания дисциплины. Каждая тема раскрывает содержание выделенного раздела курса, что позволяет студентам более глубоко изучить и проанализировать основные понятия и категории предлагаемого курса.

Пособие снабжено словарем, используемых терминов, что поможет магистрантам освоить теоретическую часть, предложенного для изучения курса.

Предназначено для магистрантов направления 37.04.01 «Психология», профиль «Консультативная психология».

Автор-составитель:

д-р психол. наук, доцент Т.В. Белых

Рецензент

доцент кафедры консультативной психологии А.А. Карелин

ПРЕДИСЛОВИЕ

Основной целью освоения дисциплины «Особенности психотерапии зависимостей» является формирование набора профессиональных компетенций будущего магистра по направлению подготовки 37.04.01 «Психология» позволяющих овладеть знаниями о закономерностях формирования зависимого поведения личности, его разновидностях и способах коррекции сформированных в процессе жизнедеятельности аддикциях. Дисциплина «Особенности психотерапии зависимостей» реализуется в 3-м семестре, относится к вариативной части профессионального цикла, содержательно и методически является связана с другими курсами профессионально-образовательной программы по «Консультативной психологии», такими как: «Теория и практика психологического консультирования», «Групповое психологическое консультирование», «Индивидуальное консультирование», «Супервизорский практикум» и др.

Использование учебного пособия «Особенности психотерапии зависимостей» призвано обеспечить знание:

- психологических феноменов, категорий и понятий, используемых при организации и проведении психотерапии различных видов зависимого поведения;

- психологических технологий, позволяющих решать задачи, возникающие перед психологом при работе с различными типами зависимости;

- основных подходов к научно-обоснованному психологическому воздействию на зависимую личность.

Учебное пособие снабжено списками основной и дополнительной литературы по каждому разделу пособия.

Пособие содержит словарь используемых терминов, который поможет магистрантам усвоить основные понятия и категории, используемые практикующим психологом для осуществления профессиональной деятельности при оказании психологической помощи лицам, имеющим аддикции.

Раздел I. Психологическая характеристика аддиктивного поведения и психологический механизм образования зависимости.

Тема 1. Определение понятия зависимого поведения, общие признаки зависимого поведения, аддиктивная установка, этапы ее формирования.

Зависимое поведение - разновидность девиантного поведения, характеризующегося непреодолимой подчиненностью собственных интересов интересам другой личности или группы, чрезмерной и длительной фиксацией внимания на определенных видах деятельности или предметах, становящихся сверхценными, снижением или нарушением способности контролировать свою вовлеченность в какую-либо деятельность, а также невозможностью быть самостоятельным и свободным в выборе поведения.

По мнению Е.В. Змановской, условно можно говорить о нормальной и чрезмерной зависимости. Все люди испытывают «нормальную» зависимость от таких жизненно важных объектов, как воздух, вода, еда. Большинство людей питают здоровую привязанность к родителям, друзьям, супругам... В некоторых случаях наблюдаются нарушения нормальных отношений зависимости. Например, аутические, шизоидные, антисоциальные расстройства личности возникают вследствие катастрофически недостаточной привязанности к другим людям. Склонность к чрезмерной зависимости, напротив, порождает проблемные симбиотические отношения, или зависимое поведение. Зависимое поведение, таким образом, оказывается тесно связанным как со злоупотреблением со стороны личности чем-то или кем-то, так и с нарушениями ее потребностей.

В специальной литературе употребляется еще одно название рассматриваемой реальности — аддиктивное поведение. В переводе с английского addiction — склонность, пагубная привычка. Если обратиться к историческим корням данного понятия, то лат. addictus — тот, кто связан долгами (приговорен к рабству за долги). Иначе говоря, это человек, который находится в глубокой рабской зависимости от некоей непреодолимой власти.

Некоторое преимущество термина «аддиктивное поведение» заключается в его интернациональной транскрипции, а также в возможности идентифицировать личность с подобными привычками как «аддикта» или «аддиктивную личность».

Считается, что в структуре каждой зависимости можно отметить признаки увеличения толерантности, прогрессирующее забвение альтернативных интересов, продолжение зависимого поведения, несмотря на его очевидные вредные последствия. Зависимое поведение может формироваться на базе аддиктивного, патохарактерологического и психопатологического типов девиантного поведения. При аддиктивной форме зависимое поведение формируется в связи с гедонистической мотивацией ("феноменом "жажды острых ощущений"" по В. А. Петровскому), при патохарактерологическом основывается на одном из типов личностного расстройства или нередко на гипертимной или шизоэпилептоидной акцентуациях характера, при психопатологическом — на базе основных симптомов психического заболевания (Менделевич В.Д., 2001). Сущность аддиктивного поведения заключается в формировании стремления к уходу от реальности путем искусственного изменения своего психического состояния посредством приема некоторых веществ или постоянной фиксации внимания на определенных видах деятельности с целью развития и поддержания интенсивных эмоций (Короленко Ц.П., 1990).

Как указывает О.Б. Симатова «все, без исключения, виды аддиктивной реализации несут деструктивную сущность»¹. Она также отмечает, что разрушительный характер аддикции проявляется в том, что в этом процессе устанавливаются эмоциональные отношения, связи не с другими людьми, а с неодушевленными предметами или явлениями. Эмоциональные отношения с людьми теряют свою значимость, становятся поверхностными. Синдром психической зависимости включает психическое (обсессивное) влечение к

¹ Симатова О. Б. Психологические механизмы формирования аддиктивного поведения // Вестник ЗабГУ. 2008. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskie-mehanizmy-formirovaniya-addiktivnogo-povedeniya> (дата обращения: 09.11.2018).с.85.

объекту аддикции. Психическое влечение выражается в постоянных мыслях об аддиктивном агенте, подъеме настроения в предвкушении контакта с ним, подавленности, неудовлетворенности в отсутствие объекта аддикции. Часто влечение сопровождается борьбой мотивов. Если компульсивное влечение диктует поведение больного, то психическое, обсессивное определяет настроение, эмоциональный фон. В своем течении обсессивное влечение волнообразно: оно не выражено, если необходимый ритм аддикции соблюдается без задержки, в этом случае возникающее влечение удовлетворяется тут же. Влечение обостряется при неприятных переживаниях, встречах с друзьями, имеющими такую же зависимость, разговорах об аддиктивном агенте. Теоретически при определенных условиях агентами аддиктивной реализации могут быть любые объекты или формы активности.

Актуальной, на сегодняшний день остается задача – изучение внутренних психологических аддиктивных механизмов. Именно особенности этих механизмов, организация профессиональной деятельности психолога, направленной на их изменение, может помочь человеку избавиться от сформированного в процессе жизнедеятельности стереотипа зависимого поведения. В противном случае человек может реализовывать дезадаптивное поведение, заменяя одну зависимость другой, при этом сохраняя не оптимальный способ взаимодействия с миром и другими людьми.

Аддиктивное поведение возникает на основе сформированной аддиктивной установки. Как указывает Е.В.Змановская, аддиктивная установка — совокупность когнитивных, эмоциональных и поведенческих особенностей, вызывающих аддиктивное отношение к жизни (Е.В.Змановская, 2003).

Аддиктивная установка выражается в появлении сверхценного эмоционального отношения к объекту аддикции (например, в беспокойстве о том, чтобы был постоянный запас сигарет, наркотика). Мысли и разговоры об объекте начинают преобладать. Усиливается механизм рационализации —

интеллектуального оправдания аддикции («все курят», «без алкоголя нельзя снять стресс», «кто пьет, того болезни не берут»). При этом формируется так называемое магическое мышление (в виде фантазий о собственном могуществе или всемогуществе наркотика) и «мышление по желанию», вследствие чего снижается критичность к негативным последствиям аддиктивного поведения и аддиктивному окружению («все нормально»; «я могу себя контролировать»; «все наркоманы — хорошие люди»). Параллельно развивается недоверие ко всем «другим», в том числе специалистам, пытающимся оказать аддикту медико-социальную помощь («они не могут меня понять, потому что сами не знают, что это такое»). Аддиктивная установка неизбежно приводит к тому, что объект зависимости становится целью существования, а употребление — образом жизни. Жизненное пространство сужается до ситуации получения объекта. Все остальное — прежние моральные ценности, интересы, отношения — перестает быть значимым. Желание «слиться» с объектом настолько доминирует, что человек способен преодолеть любые преграды на пути к нему, проявляя незаурядную изобретательность и упорство. Неудивительно, что ложь зачастую становится неизменным спутником зависимого поведения. Критичность к себе и своему поведению существенно снижается, усиливается защитно-агрессивное поведение, нарастают признаки социальной дезадаптации. Пожалуй, одним из самых негативных проявлений аддиктивной установки является анозогнозия — отрицание болезни или ее тяжести. Нежелание аддикта признавать свою зависимость («я — не алкоголик»; «если захочу, брошу пить») осложняет его взаимоотношения с окружающими и существенно затрудняет оказание помощи, а в ряде случаев делает зависимость непреодолимой.

Таким образом, «зависимое (аддиктивное) поведение это аутодеструктивное поведение, связанное с зависимостью от употребления какого-либо вещества (или от специфической активности) в целях изменения психического состояния. Субъективно оно переживается как невозможность

жить без объекта аддикции, как непреодолимое влечение к нему. Это поведение носит выраженный аутодеструктивный характер, поскольку неизбежно разрушает организм и личность»².

По мнению В.Д. Менделевич, можно предполагать существование единого и универсального механизма патологического зависимого поведения. В процессе социализации и с участием врожденных и приобретенных церебральных нарушений происходит становление черт зависимой личности. При этом важна роль "опыта разлуки", приобретаемого в детском возрасте, и некоторых психофизиологических механизмов, приводящих к психическому инфантилизму и повышенной внушаемости. Формирование клинических вариантов расстройств зависимого поведения (наркотического, игрового, пищевого, сексуального, религиозного) стихийно и связано со спецификой референтной группы. Зависимая личность создает каркас, на который "нанизываются" зависимости-фетиши. Они могут быть устойчивыми (монофеноменологичными), стабильными и неустойчивыми (полифеноменологичными) со склонностью к изменению фетиша зависимости.

В современной психологии и смежных науках существуют различные этиологические модели зависимого поведения. Анализ существующих моделей дан в учебном пособии Змановской Е.В. «Девиантология». Исторически первой, считает она, выступила **моральная модель**, объясняющая аддиктивное поведение как следствие бездуховности и морального несовершенства.

Другой концептуальной моделью аддиктивного поведения является **модель болезни**. Данная модель взята за основу в рамках программы «Двенадцать шагов». В соответствии с рассматриваемой моделью зависимость представляет собой заболевание, требующее получения специальной помощи. При этом аддикт частично освобождается от

² Змановская Е. В. Девиантология: (Психология отклоняющегося поведения): Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. — М.: Издательский центр «Академия», 2003. — 288 с.

ответственности за происхождение своей болезни. Аддикты рассматриваются как люди с имманентной предрасположенностью к зависимости от экзогенных веществ.

Существует **симптоматическая модель**, которая предполагает изучение аддиктивного поведения как отдельных поведенческих «симптомов» или привычек. Для того, чтобы человек избавился от зависимости важно выяснить: какую психологическую выгоду личность извлекает из данного поведения (чем оно самоподкрепляется); в каких условиях обычно происходит (что его подкрепляет); наконец, когда и почему оно не проявляется (каковы его ингибиторы). На основе полученной информации можно спланировать воздействие на нежелательное поведение, «наказывая» его всякий раз, когда оно проявляется, и, напротив, подкрепляя позитивное поведение.

Психоаналитическая модель зависимого поведения. В соответствии с этой моделью аддиктивное поведение является одним из проявлений нарушенной личностной динамики. Индивидуальная склонность к зависимому поведению определяется в первые годы жизни. Далее оно вызывается и поддерживается как бессознательными мотивами, так и особенностями характера человека.

В рамках **системно-личностной модели** зависимое поведение рассматривается как дисфункциональное, связанное со сбоем в жизненно важных функциях и в системе значимых отношений личности. Например, повышение частоты употребления алкоголя может быть связано с неуспехом на работе, наркозависимое поведение подростка — служить цели удержать родителей от развода; а переедание — сигнализировать о проблемах в интимно-личностной сфере.

Биопсихосоциальная модель аддиктивного поведения, рассматривает зависимость как следствие нарушений в функционировании сложной многоуровневой системы «социум — личность — организм». Это значит, что аддиктивное поведение должно одновременно рассматриваться в нескольких

планах: культурологическом, социальном, правовом, психологическом, медико-биологическом.

Анализ механизмов разных форм зависимостей осуществлен в работе Симатовой О.Б. (2008). Так, она пишет, что раскрывая **биологические механизмы алкогольной и наркотической зависимости**, Н.А. Сирота и В.М. Ялтонский, ссылаясь на И.П. Анохина, утверждают, что нейрофизиологические механизмы развития зависимости от алкоголя и наркотиков сосредоточены в стволовых и лимбических структурах мозга. Это – так называемая «система подкрепления», участвующая в обеспечении регуляции эмоциональных состояний, настроения, мотивационной сферы, психофизического тонуса, поведения человека в целом, его адаптации к окружающей среде. Психоактивные вещества (ПАВ), с одной стороны, способны привести к развитию зависимости, с другой – воздействуют химическим путем на систему подкрепления, активизируя ее и влияя на метаболизм нейромедиаторов. Воздействие ПАВ приводит к интенсивному выбросу из клеточных депо в этих отделах мозга нейромедиаторов из группы катехоламинов (в первую очередь дофамина), а следовательно, к более сильному возбуждению системы подкрепления. Возбуждение сопровождается позитивно окрашенными эмоциональными переживаниями. Свободные катехоламины подвергаются действию ферментов метаболизма и быстро разрушаются. Часть свободного медиатора при помощи механизма обратного захвата возвращается в депо. Повторные приемы ПАВ приводят к истощению запасов нейромедиаторов, что проявляется в недостаточно выраженном возбуждении системы подкрепления при поступлении «нормального» импульса. Это выражается в падении настроения, ощущении вялости, слабости, переживании скуки, эмоционального дискомфорта, депрессивных симптомах. Прием ПАВ на таком фоне вновь вызывает дополнительное высвобождение нейромедиаторов из депо, что временно компенсирует их дефицит и нормализует деятельность лимбических структур мозга. Этот процесс сопровождается субъективным ощущением

улучшения состояния, эмоциональным и психическим возбуждением. Однако свободные катехоламины вновь быстро разрушаются, что приводит к дальнейшему падению уровня их содержания и, как следствие – к ухудшению психоэмоционального состояния; соответственно возникает стремление вновь использовать ПАВ. Этот порочный круг лежит в основе формирования психической зависимости от алкоголя и наркотических веществ. Описанные механизмы являются ведущими, однако они сопровождаются и многими другими нарушениями нейрохимических процессов, функций мозга и поведения в целом.

Основным психологическим механизмом формирования патологической потребности в алкоголе служит процесс «сдвига мотива на цель», вследствие которого алкоголизация становится ведущим мотивом деятельности, а сама деятельность превращается лишь в совокупность способов для удовлетворения потребности в алкоголе. У больных алкоголизмом изменяется не только содержание потребностей и мотивов, но и их структура, они становятся все менее опосредованными.

Д.И. Долганов при рассмотрении системы личных конструктов при аддиктивном поведении предполагает, что в ходе формирования аддиктивного поведения происходит поляризация оценочной позиции субъекта, являющейся универсальной причиной психологических проблем. Также одним из механизмов формирования психической зависимости может быть **реализация стремления и потребности к уходу от реальности**. Данный механизм, по утверждению М.С. Иванова, работает независимо от сознания человека и характера его мотивации при взаимодействии с аддиктивным агентом, включаясь сразу после знакомства и начала более или менее регулярных контактов с ним. Таким образом, независимо от того, чем руководствуется человек и что им движет, когда он впервые начинает прибегать к контактам с потенциальным агентом аддикции, включается механизм формирования зависимости. Основой механизма ухода от реальности является потребность человека в «отстранении» от повседневных

хлопот и проблем, своеобразная трансформация потребности в сохранении энергии. Биохимические аспекты механизма основаны на естественном стремлении человека избавиться от разного рода проблем и неприятностей, связанных с повседневной жизнью.

Еще один из **психологических механизмов** формирования зависимости М.С. Иванов связывает с повышенным уровнем тревожности у человека. На самом деле к проблеме высокой тревожности у аддиктов существует два основных подхода: высокая тревожность как причина зависимости и высокая тревожность как следствие этой зависимости. Высокая тревожность у аддиктов – это и причина, и следствие зависимости. Мир взаимодействия с агентом аддикции уменьшает тревогу на время контактов с ним, но после их прекращения тревожность вновь увеличивается, более того – ее уровень становится выше исходного в результате увеличения дистанции между реальным миром и миром аддикции, усиливая дезадаптацию. Человек попадает в замкнутый круг, точнее, спираль, каждый виток которой усиливает дезадаптацию и тревожность, что создает еще более сильную потребность в контактах с агентом аддикции, а это, в свою очередь, усиливает зависимость.

М.С. Иванов считает, что при формировании психологической зависимости от ролевых компьютерных игр, наряду с механизмом ухода от реальности имеет место и другой **психологический механизм – принятие роли**. Автор указывает, что в основе данного механизма лежит потребность человека в игре, как таковой. Кроме этого, существует стремление к принятию роли компьютерного персонажа, позволяющее человеку удовлетворять потребности, по каким-то причинам не способные удовлетвориться в реальной жизни.

Тема 2. Личностные особенности зависимых пациентов

Психологические особенности аддикта.

Зависимое поведение признается многофакторным явлением. На формирование аддиктивного поведения влияют такие факторы как:

социальный (принадлежность к субкультуре, особенности взаимоотношений в семье, социальная ситуация развития личности); индивидуально-психологический (половые, возрастные, психофизиологические, личностные особенности).

В рамках индивидуальных различий, указывает Змановская Е.В., прежде всего, следует отметить половую избирательность зависимого поведения. Например, пищевая аддикция более характерна для женщин, в то время как гэмблинг 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 более старшего возраста.

При этом, психофизиологические особенности человека могут существенно влиять на выбор объекта зависимости, на темпы ее формирования, степень выраженности и возможность преодоления. Предметом многочисленных дискуссий является также вопрос о существовании наследственной предрасположенности к некоторым формам зависимости.

Существует определенная зависимость между типами характера и некоторыми видами зависимого поведения. Так, пьянство и употребление наркотиков чаще встречаются при эксплозивной и неустойчивой акцентуации характера, достаточно часто — при epileptoидной и гипертимной (Кондратенко В. Т., 1988). Зависимое поведение также может рассматриваться как следствие обсессивного или компульсивного характеров. Базовый конфликт обсессивно-компульсивных личностей, по мнению Н.Мак-Вильямса, — это гнев, борющийся со страхом быть осужденным. Личность стремится освободиться от бессознательного чувства вины и осознаваемого стыда вследствие несоответствия собственным стандартам. Вместо того чтобы признавать и выражать данные аффекты, человек или выстраивает защитные мыслительные конструкции (обсессивность), либо старается освободиться от тревоги в действии (компульсивность). Обсессивность вполне может принимать участие в

суицидальном поведении. Комппульсивность же, как стереотипное повторение какого-либо действия (даже вопреки желанию личности), непосредственно связана с различными формами аддиктивного поведения. Н. Мак-Вильямс называет пьянство, переизбыток, употребление наркотиков, пристрастие к азартным играм, покупкам или сексуальным приключениям «разновидностями сугубо вредоносного комппульсивного поведения» [Н.Мак-Вильямс, с. 358]. Отличительной особенностью комппульсивного характера будет не деструктивность, а склонность к чрезмерной вовлеченности.

Змановская Е.В. указывает также на то, что одним из важных индивидуальных факторов, влияющих на поведение личности, может выступать стрессоустойчивость. В последние годы за рубежом и в России развивается взгляд на аддиктивное поведение, как на следствие сниженной способности личности справляться со стрессом. 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 (*Ялтонский В.М., Кулаков С.А.*).

1.Повышенный уровень внушаемости.

Легкость усвоения человеком внешних по отношению к нему побуждений, стремлений, желаний, установок, форм и стилей поведения, повышенная восприимчивость к психическому воздействию со стороны другого лица без критического осмысления реальности и стремления противостоять воздействию. Многое из происходящего принимается на веру, глубоко не анализируется, не подвергается пристальному осмыслению. Зависимая личность оказывается некритичной, часто легковверной, податливой групповому воздействию, авторитарному управлению.

Некритичность проявляется и в отношении болезни, т. е клиент отрицает наличие проблем и заболевания.

2. Неспособность в полной мере и адекватно планировать и прогнозировать свое будущее.

У зависимой личности моновариантный прогноз на будущее: нацеленный лишь на один субъективно значимый прогноз развития событий при полном игнорировании всех других.

Для лиц с химической зависимостью редко имеет значение цели и интересы других, в т.ч. значимых людей.

3. Эгоцентризм.

Зависимый человек фиксирован на себе, на своих интересах, чувствах, желаниях. Ему безразличны интересы, чувства, желания других людей.

4. Мечтательность.

У лиц с зависимостью сильно развита способность фантазировать, жить в выдуманном мире грез, в выдуманном окружении, легко отрешаясь от действительности.

5. Нетерпеливость и максимализм.

Нетерпеливость – отсутствие выдержки. Зависимый человек хочет как можно быстрее решить все свои проблемы, приложив при этом минимальное усилие со своей стороны. И порой предлагает кардинальное решение проблемы, не учитывая реальность.

Под максимализмом имеется виду крайность, в каких либо суждениях, требованиях, эмоциях. Они не склонны к компромиссам. Для них существует «либо все – либо ничего». Подобные проявления пронизывают зависимую личность альтернативностью: любить - не любить, желать- отвергать, радоваться-горевать.

6.Алекситимия. (буквально означает: «без слов для чувств» или в близком переводе – «нет слов для названия чувств»).

Для лиц с зависимостью вызывает затруднение определение и описание (вербализация) собственных эмоций и эмоций других людей; затруднение в различии эмоций и телесных ощущений. Зависимые люди сфокусированы преимущественно на внешних событиях, в ущерб внутренним переживаниям. Они склонны к конкретному, логическому мышлению при дефиците эмоциональных реакций. Перечисленные особенности могут привести к чрезмерному прагматизму, невозможности целостного представления собственной жизни, дефициту творческого отношения к ней, а также трудностям и конфликтам в межличностных отношениях.

7.Ригидность.

Под ригидностью понимается негибкость всей психической деятельности и, в частности установок, стилей поведения, осмысления действительности. Лицам с химической зависимостью изменить свое отношение к чему-либо или кому-либо очень трудно, как трудно изменить и свои действия.

8. Бездуховность, отсутствие смысла жизни, неспособность принять ответственность за свою жизнь на себя - такие сущностные характеристики человека могут способствовать формированию зависимого поведения и его сохранению.

Раздел II. Современная классификация зависимостей.

Тема 3. Виды аддикций.

Существуют три формы аддиктивного поведения личности: 1.Химические аддикции (наркомания, токсикомания, алкоголизм), 2.Биохимические (анорексия, булимия), 3 Нехимические (азартные игры, компьютер и т.д.).

В зависимости от того посредством чего осуществляется уход из реальности выделяются фармакологические или химические, субстанциональные и пищевые зависимости. Фармакологические (химические) подразумевают под

собой такие зависимости, как наркотизм (наркомания), алкоголизм, табакокурение, токсикомания. Субстанциональные включают в себя компьютерные, игорные зависимости, эмоциональные созависимости (секс- и любовные зависимости), трудо- или работаголизм и многие другие. Пищевые зависимости говорят сами за себя.

Средства аддикций подразделяются на следующие типы:

1. Психоактивные вещества (алкоголь, наркотики и т.д.)
2. Активность, включенность в процесс (хобби, игра, работа и т.д.)
3. Люди, другие предметы и явления окружающей действительности, вызывающие различные эмоциональные состояния.

Алкогольная аддикция

Одна из форм фармакологических или химических зависимостей, в основе ее лежит употребление спиртосодержащих напитков.

Наркотическая аддикция

Наркотическая аддикция — болезненные состояния, характеризующиеся явлениями психической и физической зависимости, настоятельной потребностью в непреодолимом повторном потреблении психоактивных веществ. Наркотическими признаются вещества или лекарства, которые обладают способностью специфического действия на центральную нервную систему (стимулировать, вызывать эйфорию, изменять восприятие окружающего и пр.).

Токсикомания

Токсикомания развивается в связи с употреблением лекарственных средств и веществ, не отнесенных к наркотическим, но также изменяющих состояние психической деятельности человека и его поведение. Диапазон веществ с токсикоманическим действием очень широк — от медикаментов (аналгетики, транквилизаторы, снотворные, стимуляторы и др.) до технических растворителей и средств бытовой химии.

Лекарственная аддикция

Лекарственная зависимость — синдром, развивающийся при употреблении

психотропных веществ; характеризуется патологической потребностью в приеме таких веществ для того, чтобы избежать развития абстиненции или психических нарушений и состояния дискомфорта, возникающих при прекращении их приема либо при введении антагонистов этих веществ.

Табакокурение

Курение табака — один из наиболее распространенных видов наркомании, охватывающий большое количество людей и являющийся поэтому бытовой наркоманией. Дымящаяся сигарета доставляет привычному курильщику удовольствие. Особенно остро ощущается потребность в курении после принятия пищи, во время выпивки, при отрицательных эмоциях и во время напряженной работы. При этом сам вдыхаемый никотин не оказывает какого-либо положительного действия на организм.

Сигарета является больше отвлекающим фактором: переключение сознания на нее помогает отодвинуть неприятные мысли, прервать тяжелую работу. Совместное курение облегчает контакт между людьми, является хорошим предлогом для знакомства. Некоторое значение имеют вид красиво раскрашенной коробки, изящная упаковка, манера закуривания, манерное выдыхание дыма. Эти элементы кокетства и дополнительные черты индивидуальности особенно значимы для женщин.

Игровые аддикции

Игровую аддикцию по-другому называют гэмблингом (от англ. gambling - игра). К этому виду аддикций относятся такие зависимости как зависимость от казино, карт, игровых автоматов, других азартных игр.

Также сюда относятся и зависимости от компьютерных игр.

Трудоголизм

Трудоголизм, в отличие от многих видов других зависимостей, является социально-одобряемой аддикцией. Но на самом деле трудоголик - это личность с определенными психологическими проблемами. Трудоголиком может стать и лентяй, дни и ночи отсиживающий на работе во время домашних неурядиц. Источником психологического дискомфорта,

психологической травмы чаще всего бывает реально пережитый или мнимый страх: боязнь неудачи, страх перед одиночеством или, напротив, боязнь общения.

Очень часто трудоголизм - страх перед постоянным напряжением в личной жизни, результат не сложившихся (или утраченных) отношений с детьми, разочарование в близком человеке. Работа становится своего рода заслоном, психологической защитой, щитом, отражающим отрицательные эмоции. Трудоголизм - социально приемлемая форма бегства от проблем.

Секс-аддикции

Довольно сложная по структуре зависимость. С одной стороны здесь довольно сложно проследить грань между естественным физиологическим процессом и зависимым поведением, с другой стороны сложно различить любовь и секс.

Пищевые зависимости

К этому виду аддикций относятся такие психические расстройства как булимия (переедание) и анорексия (добровольный отказ от пищи).

Пищевая зависимость - это не только переедание и голодание, но и зависимость от вкуса: от вкуса кофе, шоколада, сливок и т.д.

Тема 4. Психологические и психосоматические нарушения при аддикциях.

Семья играет существенную роль не только в происхождении, но и в поддержании зависимого поведения. 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 развиваться состояние со-зависимости. Под со-зависимостью понимают негативные изменения в личности и поведении родственников

вследствие зависимого поведения кого-либо из членов семьи³. Имеются в виду такие взаимоотношения между зависимым членом семьи и родственниками (чаще — родителями), которые вызывают выраженные травматические изменения в психологическом состоянии последних. Это в свою очередь препятствует не только эффективному разрешению конфликтной ситуации в семье, но и самому процессу преодоления зависимости. Со-зависимость поддерживает зависимость. Таким образом, со-зависимость — это замкнутый круг семейных психологических проблем, указывает Е.В. Змановская.

Независимо от типа отношений неизбежно ухудшается самочувствие членов со-зависимой семьи. Члены семьи подвергаются следующим изменениям:

- собственное Я теряется, происходит фиксация на употреблении;
- поведение аддикта фактически полностью определяет эмоциональное состояние других членов семьи;
- преобладают аффекты ярости, вины, отчаяния;
- резко падает самооценка и самоуважение, например приходит ощущение «мы плохие, мы виноваты во всем»;
- усиливаются лже-роли: жертвы («за что мне такие мучения»), спасателя («я спасу его, чего бы мне это ни стоило»);
- испытывается состояние эмоционального отупения и апатии; наступает изоляция;
- на фоне хронического стресса неуклонно ухудшается здоровье: обостряются соматические болезни, развивается депрессия.

У аддиктивной личности могут развиваться различные психосоматические и психологические нарушения.

Психосоматические расстройства – ряд заболеваний, возникновение которых связано с взаимодействием физиологических и психических факторов. Данные болезненные состояния представляют собой расстройства психики,

³ Змановская Е. В. Девиантология: (Психология отклоняющегося поведения): Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. — М.: Издательский центр «Академия», 2003. — 288 с. (с.129).

которые проявляются в виде физиологических патологий. За развитие данного вида заболевания несут ответственность психотравмирующие ситуации, переживание острой психологической травмы.

Виды психосоматических расстройств (ПСР):

Конверсионные симптомы. В данном случае человек неосознанно демонстрирует признаки болезни, которой у него на самом деле нет. Обычно такое расстройство проявляется в случаях, когда невротический конфликт пытается решить имеющееся разногласие или неприятие позиции личности в ближайшем окружении. Характерными признаками ПСР являются невротические нарушения произвольной моторики и органов чувств: болевые ощущения, «ползания мурашек», психогенная рвота или глухота и пр.

Функциональные синдромы. В подобных случаях нарушения затрагивают отдельные органы. Больной жалуется на симптомы, связанные с нарушением работы органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, ЖКТ, мочеполовой системы. Например, нарушения сердечного ритма, неприятные ощущения в области малого таза, нейроциркуляторную дистонию и пр. Сопровождается это состояние нарушениями сна, психическим утомлением, депрессивными проявлениями, беспокойством, снижением сосредоточенности и пр.

Психосоматозы. Данный вид ПСР имеет под собой основу в виде первично телесной реакции на конфликтное переживание. На выбор поражаемого органа оказывает влияние предрасположенность личности к конкретному заболеванию. В списке болезней в этом случае находится «классическая семерка» или «чикагская семерка».

В настоящее время этот список дополнен следующими болезнями: сахарный диабет 2 типа, ишемическая болезнь сердца, ожирение, тиреотоксикоз и соматоформные расстройства поведения. Кроме того, практикующие специалисты предлагают внести в этот перечень еще мигрень, радикулиты, бесплодие, витилиго, хронический панкреатит, псориаз, кишечные колики, дискинезию желчного пузыря.

А) Основная литература

1. Змановская Е.В., Рыбников В.Ю. Девиантное поведение личности и группы: учебное пособие. — СПб.: Питер, 2011. — 352 с
2. Сирота, Н.А. Профилактика наркомании и алкоголизма: учеб. пособие для студентов вузов / Н.А. Сирота, В.М. Ялтонский. — М.: Академия, 2003. — 176 с.
3. Менделевич, В.Д. Психология девиантного поведения: учеб. пособие / В.Д. Менделевич. — М.: МЕДпресс, 2001. — 432 с.

Б) Дополнительная литература

1. Долганов Д.Н. К вопросу о перспективах изучения системы личных конструктов при аддиктивном поведении / Д.Н. Долганов // Сибирский психологический журнал. — 2006. — № 23. — С. 27- 32.
2. Иванов М.С. Влияние ролевых компьютерных игр на формирование психологической зависимости от компьютера / М.С. Иванов // Психология зависимости. — Минск, 2004. — С. 152- 175.
3. Симатова О. Б. Психологические механизмы формирования аддиктивного поведения // Вестник ЗабГУ. 2008. №1. С 83-92

в) Интернет-ресурсы

http://library.sgu.ru/uch_lit/65.pdf

<http://zipsites.ru/psy/psylib/info.php?p=2917>

<http://www.klex.ru/42b>

Раздел III. Номотетическая и идеографическая стратегии изучения зависимого поведения.

Тема 5. Диагностические критерии аддиктивного поведения.

Критерии зависимости.

Основными критериями зависимого поведения в девиантной психологии, принято считать следующие:

- Созерцательное, пассивное взаимоотношение с действительностью, поверхностное восприятие происходящего только на основе внешних признаков. Игнорирование сути явлений, цели поступков.

- Внешняя социабельность, сочетающаяся со страхом перед стойкими эмоциональными контактами. Стремление говорить неправду и уходить от ответственности в принятии решений.
- Предпочтение искусственной реальности, замена ею всех других ценностей, событий, явлений жизни, которые игнорируются. Использование бегства в искусственную реальность как основного метода решения проблем.
- Тревожность и агрессивность. Безуспешные попытки сократить пребывание в искусственной реальности, сопровождающееся чувством вины.
- Стереотипность, повторяемость поведения. "Туннельное" восприятие жизни, определённой узостью и избирательностью.
- Поглощение зависимостью всех сил, всей информации от жизни, что приводит к невозможности делать нечто, не связанное с зависимостью, полным устранением из действительности. Распад прежних отношений и связей, их агрессивное восприятие как "врагов", скрытность, лживость.
- Смена значимого окружения на новое, взаимодействие с которым осуществляется только для обеспечения выхода в искусственную реальность.
- Внешняя социабельность, легкость налаживания контактов сопровождается манипулятивным поведением и поверхностностью эмоциональных связей. Такой человек страшится стойких и длительных эмоциональных контактов вследствие быстрой потери интереса к одному и тому же человеку или виду деятельности и опасения ответственности за какое-либо дело.
- Стремление говорить неправду, обманывать окружающих, а также обвинять других в собственных ошибках и промахах вытекает из структуры аддиктивной личности, пытающейся скрыть от окружающих собственный "комплекс неполноценности", обусловленный неумением жить в соответствии с устоями и общепринятыми нормами.
- Основной, в соответствии с имеющимися критериями, особенностью индивида со склонностью к аддиктивным формам поведения является

рассогласование психологической устойчивости в случаях обыденных отношений и кризисов.

С.А. Кулаков выделяет несколько уровней причин, которые создают условия для очередного срыва или рецидива аддикции:

- биологический уровень: наследственная отягощенность, сверхчувствительность к раздражителям, астенизация, премор-бидные заболевания;
- психологический уровень: слабое Эго: неумение справляться с трудностями; жесткое суперэго (функция морали), перфекционизм;
- когнитивный уровень: ошибки мышления;
- духовный уровень: отсутствие внешней символической опоры; (экзистенциального смысла жизни); нарциссические проблемы; деструктивные аффекты (гнев, вина, обида).

К внешним пусковым факторам, триггерам («толчкам») относятся следующие факторы:

- конфликт со значимыми другими, жизненная неудача, потеря близких, резкое изменение жизненных обстоятельств;
- фрустрация (облом, неадекватное переживание неудачи или несоответствие желаемого и действительного, в том числе реального и идеального образа «Я»);
- экзистенциальные факторы: моменты выбора, переживания одиночества, потерь, симбиотические взаимоотношения;
- заниженная самооценка и повышенная самокритичность, комплекс неполноценности, падение самоуважения.

В перспективе, чтобы избежать срыва, все пациенты нуждаются в профилактике: обнаружении признаков срывного процесса; развитии навыков принятия критической обратной связи; укреплении отношений с системой поддержки; поддержании ценностной системы; постоянном занятии своим духовным ростом, работой и совершенствованием своего

стиля трезвой жизни, поскольку лишь сама задержка признаков срыва не гарантирует нормального процесса выздоровления (Дудко Т.Н., 2008).

Тема 6. Качественные методы анализа выраженности аддиктивного поведения

Структурное интервью О.Ф. Кернберга.

Своему происхождению структурное интервью Кернберга обязано традиционному интервью в психиатрии (набор стандартных вопросов), которое было следующим образом модифицировано:

- акцент переместился на взаимодействие пациента и терапевта (влияние психоанализа);
- гибкое изучение проблем пациента, понимание пациентом собственных конфликтов;
- изучение личности пациента связывается с его актуальным поведением во время интервью;
- во время интервью внимание направлено на симптомы, конфликты и сложности характерные для пациента и как они проявляются здесь-и-теперь во взаимодействии с терапевтом.

Структурное интервью позволяет различать три различные организации (структуры) личности: невротическую, пограничную и психотическую, т.е. позволяет осуществить дифференциальную диагностику.

Структурное интервью объединяет традиционное психиатрическое обследование с психоаналитически ориентированным подходом, сфокусированным на взаимодействии пациента и терапевта, на прояснении, конфронтации и интерпретации конфликтов идентичности, защитных механизмов и нарушений тестирования реальности, которые проявляются в этом взаимодействии. Таким образом, проведение структурного интервью основано на актуализации следующих структурных критериев: 1) интеграция идентичности; 2) механизмы защиты; 3) тестирование реальности.

Подробное описание проведения структурного интервью представлено в работе О.Ф. Кернберга «Тяжелые личностные расстройства: стратегии психотерапии».

Биографические методы – качественные методы, которые основываются на принципиальной гипотезе (предположении) о том, что, возможно, восстанавливать и изучать социальную действительность, социальные факты через анализ биографических материалов и событий, сохранённых в них, через оценки, отзывы, мнения и установки. Основа этой гипотезы – факт, что человеческий поступок определён проходом через объективные социальные условия, и это отражается в субъективном феномене сознания.

Предметом биографического метода является жизненный путь – история личности и субъекта деятельности.

Источниками биографических данных являются:

1. сам изучаемый человек;
2. знающие его люди;
3. продукты его деятельности;
4. исторические и литературные источники;
5. материалы, тем или иным образом зафиксировавшие события личной жизни человека или сопутствующих ей социальных событий (кино-, фото -, библио-, аудиодокументы), например: семейные архивы; переписка; современные этой личности публикации;
6. данные о местожительстве, месте и характере профессиональной деятельности или досуга и т.п.;
7. жилая и рабочая обстановка (дом и сопутствующий природно-архитектурный антураж, экстерьер и интерьер помещений);
8. личные вещи (одежда, орудия труда, предметы быта, украшения и знаки отличия, личные книги и проч.).

Именно источник сведений в первую очередь определяет специфику применяемого биографического метода. Так, информацию, исходящую от самого объекта изучения, получают с помощью автобиографических методик

в виде: спонтанных или спровоцированных автобиографий (в том числе в форме воспоминаний и мемуаров), опросников, интервью, тестирования, беседы.

Каузометрия

Каузометрия (от лат. Causa - причина) – это один из биографических методов, предназначенный для исследования субъективной картины жизненного пути и психологического времени личности.

Метод был предложен в 1982 г. Е.И. Головахой и А.А. Кроником⁴. С его помощью описанию поддаются не только прошлые этапы жизни человека, но и предполагаемое будущее. Исследование проводится в форме интервью, которое состоит из шести процедур: биографическая разминка; формирование списка значимых событий; их датировка; причинный анализ отношений между этими событиями; целевой анализ; обозначение сфер принадлежности событий. Дополнительно проводится оценка эмоциональной привлекательности событий, их удаленность в прошлое и будущее, и значимости «для себя» и «для других», а также локализация личного временного центра.

Итоги интервью изображаются в виде каузограммы – графика событий и связей между ними. Это дает наглядное представление о мотивационном статусе событий, их локализации в календарном и психологическом времени, роли в жизни исследуемого человека, о структуре связей между событиями. Все это позволяет сделать вывод о возможных деформациях картины жизненного пути, о масштабности, осмысленности и реализованности замыслов опрашиваемого. По этим данным можно судить об особенностях его стиля жизни и удовлетворенности своим прошлым, настоящим, будущим.

Каузометрия применима для исследования и индивидуального, и совместного жизненного пути, для анализа и коррекции жизненных

⁴ Головаха Е.И., Кроник А.А. Психологическое время личности. 2-е изд., испр. и доп. – Москва: Смысл, 2008. – 267 с.

Кроник А.А., Ахмеров Р.А. Каузометрия: методы самопознания, психодиагностики и психотерапии в психологии жизненного пути. 2-е изд., испр. и доп. - Москва: Смысл, 2008. – 294 с.

сценариев в психотерапии, для проектирования жизненных перспектив в семейных, профориентационных, психогигиенических консультациях.

Формализованная биографическая анкета

Биографическая анкета является конкретизации большой группы методов, объединяемых названием «Биографические опросники». В этих опросниках обычно выясняются объективные показатели жизненного пути человека. Иногда в них включены и вопросы субъективного характера.

В анкете обычно отражаются следующие основные группы биографических данных:

1. данные жизненного пути;
2. ступени социализации (ясли, детский сад, школа, вуз, трудовые коллективы и т.д.);
3. среда развития (место жительства, учебные учреждения, производственные организации);
4. интересы и любимые занятия в разные периоды жизни;
5. состояние здоровья (в том числе и перенесенные заболевания).

Перед заполнением анкеты испытуемый проходит инструктаж, где ему предписывается давать исчерпывающие, точные и откровенные ответы. На основании данных анкеты возможно составление хронологической таблицы личностного развития, в которой в хронологическом порядке указываются жизненные события человека и связанные с ними его переживания. Интерпретация результатов предполагает анализ социальных ситуаций развития личности, эмоционального фона и направленности личности на разных этапах жизненного пути, основных конфликтов и движущих сил развития личности.

Психологическая автобиография

Психологическая автобиография – собирательное наименование большой группы способов получения биографической информации от самого изучаемого человека. Эти методы позволяют получить данные психологического анамнеза, сведения о важнейших событиях и этапах жизненного пути личности, об ее отношении к прожитому и об особенностях ее антиципации.

Автобиография (устное или письменное повествование о своей жизни с одновременным описанием своего психического состояния в соответствующие периоды) наиболее распространенный и простой метод получения специфических сведений.

Для того чтобы облегчить работу испытуемого, ему может быть предложена схема ответа, которая содержит отдельные опорные точки из разных периодов его жизни.

Часто в таких исследованиях применяется прием автопортрета. Испытуемому предлагается начертить прямой горизонтальный отрезок, крайние точки которого отождествляют рождение и смерть. На отрезке испытуемый выбирает точку, соответствующую данному моменту его жизни. Тем самым он соотносит свое прошлое и будущее, оценивает свои временные возможности. На этих двух участках им отмечаются наиболее важные события: свершившиеся в прошлом и ожидаемые в будущем.

Для исследования системы семейных взаимоотношений, являющейся причиной аддиктивного поведения у детей (игровая зависимость) может применяться **системный тест семьи** – методика исследования взаимоотношений в семье. Предложена в 1986 г. Т.Герингом и И.Вилер в качестве теста для измерения степени близости и оценки иерархии отношений между членами семьи. На доске, разделенной на 81 квадрат со стороной 5 см, предлагается разместить фигурки, изображающие членов семьи так, чтобы степень близости между ними отражалась расстоянием между фигурками. На

фигурках условно нанесены точками глаза. Фигурки можно расположить на доске таким образом, чтобы они “смотрели” друг на друга прямо, искоса или отвернувшись. Их можно установить на кубики разной высоты (1,5; 3; 4,5; 6; 7,5 см) в зависимости от степени влияния на решения, принимаемые семьей по тем или иным вопросам. Интерпретация результатов обследования основывается на оценке близости отношений по расстояниям на модели (построение структуры связей), характере контактов между членами структуры, авторитетности отдельных членов. Методика предусматривает как индивидуальное, так и совместное обследование членов семьи. Количественная оценка структуры семейных отношений может быть дополнена анализом бесед с испытуемыми, наблюдением за групповой деятельностью и обсуждением результатов.

Методики “рисунка семьи” – группа проективных методик для оценки внутрисемейных отношений. Основана на анализе и интерпретации рисунков, как правило, применяется при обследовании детей.

Рисуночные методики являются одними из самых распространенных среди проективных тестов. Идея использовать технику рисунка для диагностики внутрисемейных отношений возникла у ряда исследователей. Подробная схема проведения обследования и интерпретации результатов впервые была разработана для теста “Нарисуй свою семью” (В.Вульф, 1947). Опыт применения рисуночной методики в этих целях был накоплен в работах В.Хьюлса (1951-1952гг.).

Согласно схеме интерпретации по В.Вульфу, в рисунке анализируются: а) последовательность рисования членов семьи, их пространственное расположение, наличие пропусков отдельных членов семьи; б) отличия в формах и пропорциях отдельных членов семьи. Согласно В.Вульфу, последовательность рисования указывает на значимость данного члена семьи. Пропуск члена семьи часто выражает стремление избавиться от эмоционально неприемлемого лица. Если величина изображенных фигур не

соответствует реальной иерархии, то такое восприятие относят за счет степени субъективной доминантности и значимости. В.Вульф обращал внимание также на интерпретацию различий в рисовании отдельных частей тела, исходя из возможности переживаний, связанных с их функциями.

В работах В.Хьюлса были предложены интерпретационные схемы методики “рисунка семьи”, базирующиеся на самом процессе рисования (использование цветов, вычеркивания, стирания, сомнения, сопутствующие эмоциональные проявления, комментарии).

Дальнейшее развитие методики “рисунка семьи” получили в работах Л.Кормана (1964), Р.Бернса и С.Кауфмана (1972). В инструкции к методике Л.Кормана предусмотрено задание: нарисовать не “семью” или “свою семью”, как в методиках В.Вульфа и В.Хьюлса, а “семью, как ты ее себе представляешь”. Благодаря такой установке имеется возможность использовать менее структурированный объект (стимул).

При интерпретации результата авторы обращают внимание на случаи, когда испытуемый рисует большую или меньшую семью, чем она является на самом деле. В рисунках по Л.Корману анализируют: а) их графическое качество (характер линий, пропорции фигур, аккуратность, использование пространства); б) формальную структуру (динамичность рисунка, расположение членов семьи); в) содержание (анализ смысла рисунка). Параллельно с традиционным проведением расследования (чтением и выполнением задания) предлагаются специальные вопросы, подталкивающие испытуемого на обсуждение темы отношений в семье и предусматривающие прямой положительный или отрицательный выбор, а также вопросы, уточняющие смысл нарисованной ребенком ситуации.

Тема 7. Применение диагностических тестов и арт-технологий для диагностики зависимого поведения.

Тест на зависимость (аддикцию). Методика диагностики склонности к 13 видам зависимостей, Лозовая Г.В.

Тест на аддикцию (addictus - с лат. "связанный долгами") определяет склонность человека к 13 видам зависимостей. Методика Лозовой Г.В. также позволяет диагностировать общую склонность к зависимостям. Алкогольная зависимость. Интернет и компьютерная зависимость. Любовная зависимость. Наркотическая зависимость. Игровая зависимость. Никотиновая зависимость. Пищевая зависимость. Зависимость от межполовых отношений. Трудоголизм. Телевизионная зависимость. Религиозная зависимость. Зависимость от здорового образа жизни. Лекарственная зависимость. Общая склонность к зависимостям. На основании результатов тестирования нельзя ставить диагноз, методика является ориентировочной и показывает общую склонность к той или иной зависимости.

Инструкция.

Вам предлагается тестовый материал, состоящий из 70 вопросов (суждений). Внимательно прочитайте утверждение и, не раздумывая очень долго, выберите один из вариантов ответа.

1. Нет -1 балл;
2. Скорее нет – 2 балла;
3. Ни да, ни нет -3 балла;
4. Скорее да – 4 балла;
5. Да – 5 баллов.

Тестовый материал.

1. Время от времени мне очень хочется выпить, чтобы расслабиться
2. В свое свободное время я чаще всего смотрю телевизор.
3. Я считаю, что одиночество – это самое страшное в жизни
4. Я – человек азартный и люблю азартные игры.
5. Межполовые отношения – это самое большое удовольствие в жизни.
6. Я довольно часто ем не от голода, а для получения удовольствия.
7. Я соблюдаю религиозные ритуалы.
8. Я все время думаю о работе, о том, как сделать ее лучше
9. Я довольно часто принимаю лекарства
10. Я провожу очень много времени за компьютером
11. Не представляю свою жизнь без сигарет
12. Я активно интересуюсь проблемами здоровья
13. Я пробовал наркотические вещества
14. Мне тяжело бороться со своими привычками

15. Иногда я не помню произошедшего во время опьянения
16. Я могу долго щелкать пультом в поисках чего нить интересного по телевизору
17. Главное чтобы любимый человек всегда был рядом
18. Время от времени я посещаю игровые автоматы
19. Я не думаю о межполовых отношениях только когда я сплю
20. Я постоянно думаю о еде, представляю себе разные вкусы
21. Я довольно активный член религиозной общины
22. Я не умею отдыхать, чувствую себя плохо во время выходных
23. Лекарства – самый простой способ улучшить самочувствие
24. Компьютер – это реальная возможность жить полной жизнью
25. Сигареты всегда со мной
26. На поддержание здоровья не жалею ни сил, ни денег, ни времени
27. Попробовать наркотик – это получить интересный жизненный урок
28. Я считаю, что каждый человек от чего то зависим
29. Бывает что я чуть чуть перебираю когда выпиваю
30. Телевизор включен большее время моего пребывания дома
31. Когда я не вместе с любимым человеком, я постоянно думаю о нем
32. Игра дает самые острые ощущения в жизни
33. Я готов идти на "случайные связи", ведь воздержание для меня крайне тяжело.
34. Если кушанье очень вкусное то я не удержусь от добавки
35. Считаю что религия – единственное что может спасти мир.
36. Близкие часто жалуются, что я постоянно работаю
37. В моем доме много медицинских и подобных препаратов
38. Иногда, сидя у компьютера я забываю поесть или о каких то делах
39. Сигарета это самый простой способ расслабиться
40. Я читаю медицинские журналы и газеты, смотрю передачи о здоровье
41. Наркотик дает самые сильные ощущения из всех возможных
42. Привычка – вторая натура, и избавиться от нее глупо
43. Алкоголь в нашей жизни – основное средство расслабления и повышения настроения
44. Если сломался телевизор, то я не буду знать чем себя развлечь вечером
45. Быть покинутым любимым человеком – самое большое несчастье, которое может произойти
46. Я понимаю азартных игроков, которые могут в одну ночь выиграть состояние а в другую проиграть два.
47. Самое страшное это получить физическое увечье, которое сделает невозможным удовлетворить партнера в постели.
48. При походе в магазин не могу удержаться что бы не купить что нить вкусненькое
49. Самое главное в жизни – жить наполненной религиозной жизнью
50. Мера ценности человека заключается в том, на сколько он отдает себя работе
51. Я довольно часто принимаю лекарства

52. "Виртуальная реальность" более интересна чем обычная жизнь
53. Я ежедневно курю
54. Я стараюсь неотступно соблюдать правила здорового образа жизни
55. Иногда я употребляю средства, считающиеся наркотическими
56. Человек – существо слабое, нужно быть терпимым к его вредным привычкам
57. Мне нравится выпить и повеселиться в веселой компании
58. В наше время почти все можно узнать из телевизора
59. Любить и быть любимым это главное в жизни
60. Игра – это реальный шанс сорвать куш, выиграть много денег
61. Межполовые отношения – это лучшее времяпровождение
62. Я очень люблю готовить и делаю это так часто, как могу
63. Я часто посещаю религиозные заведения
64. Я считаю, что человек должен работать на совесть, ведь деньги это не главное
65. Когда я нервничаю, я предпочитаю принять успокоительное
66. Если бы я мог то все время занимался бы компьютером
67. Я – курильщик со стажем
68. Я беспокоюсь за здоровье близких, стараюсь привлечь их к здоровому образу жизни
69. По интенсивности ощущений наркотик не может сравниться ни с чем
70. Глупо пытаться показать свою силу воли и отказаться от различных радостей жизни.

Ключ к тесту. Обработка результатов теста.

Суммируйте баллы по отдельным видам склонностей к зависимостям:

1. Зависимость от алкоголя: 1, 15, 29, 43, 57.
2. Телевизионная зависимость: 2, 16, 30, 44, 58.
3. Любовная зависимость: 3, 17, 31, 45, 59.
4. Игровая зависимость: 4, 18, 32, 46, 60.
5. Зависимость от межполовых отношений: 5, 19, 33, 47, 61.
6. Пищевая зависимость: 6, 20, 34, 48, 62.
7. Религиозная зависимость: 7, 21, 35, 49, 63.
8. Трудовая зависимость: 8, 22, 36, 50, 64.
9. Лекарственная зависимость: 9, 23, 37, 51, 65.
10. Зависимость от компьютера (интернета, социальных сетей): 10, 24, 38, 52, 66.
11. Зависимость от курения: 11, 25, 39, 53, 67.
12. Зависимость от здорового образа жизни: 12, 26, 40, 54, 68.
13. Наркотическая зависимость: 13, 27, 41, 55, 69.
14. Общая склонность к зависимостям: 14, 28, 42, 56, 70.

Интерпретация (расшифровка -условные нормы):

5-11 баллов – низкая;

12-18 средняя;

19-25 – высокая степень склонности к зависимостям.

Анкета для раннего выявления родителями зависимости у подростка (Е.В. Змановская, 2003).

Методика состоит из 38 вопросов касающихся признаков химической зависимости. Каждый признак имеет количественное значение от 50 до 300 баллов.

Если обнаружено более чем 10 признаков и их суммарная оценка превышает 2000 баллов, можно с большой вероятностью предположить химическую зависимость.

Вопросы	Баллы
1. Обнаружили ли Вы у ребенка:	
1. Снижение успеваемости в школе в течение последнего года.	50
2. Неспособность рассказать Вам о том, как протекает общественная жизнь в школе.	50
3. Потерю интереса к спортивным и другим внеклассным мероприятиям.	50
4. Частую, непредсказуемую смену настроения.	50
5. Частые синяки, порезы, причины появления которых он не может объяснить.	50
6. Частые простудные заболевания.	50
7. Потерю аппетита, похудание.	50
8. Частое выпрашивание у Вас или родственников денег.	50
9. Понижение настроения, негативизм, критическое отношение к обычным вещам и событиям.	50
10. Самоизоляцию, уход от участия в семейной жизни.	50
11. Скрытность, уединенность, задумчивость, длительное прослушивание магнитофонных записей.	50

12. Позицию самозащиты в разговоре об особенностях поведения.	50
13. Гневность, агрессивность, вспыльчивость.	50
14. Нарастающее безразличие к окружающему, потерю энтузиазма.	100
15. Резкое снижение успеваемости.	100
16. Татуировки, следы ожогов сигаретой, порезы на предплечьях.	100
17. Бессонницу, повышенную утомляемость, сменяющуюся необъяснимой энергией.	100
18. Нарушение памяти, неспособность мыслить логически.	100
19. Отказ от утреннего туалета, незаинтересованность в смене одежды и т. п.	100
20. Нарастающую лживость.	100
21. Чрезмерно расширенные или суженные зрачки.	200
22. Значительные суммы денег без известного источника дохода.	300
23. Частый запах спиртного или появление запаха гашиша от одежды.	300
24. Потерю памяти на события, происходившие в период опьянения.	300
25. Наличие шприца, игл, флаконов, закопченной посуды, марганца, уксусной кислоты, ацетона, растворителей.	300
26. Наличие неизвестных таблеток, порошков, соломы, травы и т. п., особенно если их скрывают.	300
27. Состояние опьянения без запаха спиртного.	300
28. Покраснение глазных яблок, коричневый налет на языке, следы от уколов	300
2. Слышали ли Вы от ребенка:	
1. Высказывания о бессмысленности жизни.	50
2. Разговоры о наркотиках.	100
3. Отстаивание своего права на употребление наркотиков	200
3. Сталкивались ли Вы со следующим:	

1. Пропажей лекарств из домашней аптечки.	100
2. Пропажей из дома денег, ценностей, книг, одежды и т. д.	100
4. Случалось ли с Вашим ребенком:	
1. Задержание в связи с употреблением опьяняющих средств на дискотеках, вечерах и т. п.	100
2. Задержание в связи с вождением автотранспорта в состоянии опьянения.	100
3. Совершение кражи.	100
4. Арест в связи с хранением, перевозкой, приобретением или сбытом наркотиков.	300
5. Другие противоправные действия, происходящие в состоянии опьянения (в том числе алкогольного).	100

Рекомендации родителям:

- 1) попытаться вызвать подростка на откровенный разговор (лучше это сделать тому человеку, с которым у подростка имеются доверительные отношения);
- 2) в домашних условиях или лабораторно пройти тестирование нанаркотики;
- 3) срочно обратиться к специалистам (желательно в специализированные центры по профилактике и лечению наркозависимости или к подростковому наркологу, семейному психологу, подростковому психологу, психотерапевту);
- 4) переключиться на режим оказания помощи подростку со сформированной зависимостью.

Тест. Диагностика Интернет-зависимости: подростковый и взрослый вариант (С.А. Кулаков, 2004)⁵.

Ответы даются по пятибалльной шкале: 1 – очень редко, 2 – иногда, 3 – часто, 4 – очень часто, 5 – всегда.

1. Как часто Вы обнаруживаете, что задержались в сети дольше, чем задумывали?

⁵ Кулаков С.А. Тест на детскую компьютерную интернет-зависимость. – 2004 [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.psypodderjka.ru/content/view/86/> (дата обращения: 17.12.2017).

2. Как часто Вы забрасываете свои домашние обязанности, чтобы провести больше времени в сети?
3. Как часто Вы предпочитаете развлечения в Интернете близости со своим партнером?
4. Как часто Вы строите новые отношения с друзьями по сети?
5. Как часто Ваши знакомые жалуются по поводу количества времени, что Вы проводите в сети?
6. Как часто из-за времени, проведенном в сети страдает Ваше образование и/или работа?
7. Как часто Вы проверяете электронную почту, прежде чем заняться чем-то другим?
8. Как часто страдает Ваша эффективность или продуктивность в работе из-за использования Интернета?
9. Как часто Вы сопротивляетесь разговору или скрываете, если Вас спрашивают о том, что Вы делала в сети?
10. Как часто Вы отодвигаете на второй план неприятные мысли о своей жизни, заменяя их успокаивающими мыслями об Интернете?
11. Как часто Вы чувствуете приятное предвкушение от предстоящего выхода в сеть?
12. Как часто Вы боитесь, что жизнь без Интернета станет скучной, пустой и безынтересной?
13. Как часто Вы раздражаетесь, кричите, если что-то отрывает Вас, когда Вы находитесь в сети?
14. Как часто Вы теряете сон, когда поздно находитесь в сети?
15. Как часто Вы чувствуете, что поглощены Интернетом, когда не находитесь в сети, или воображаете, что Вы там?
16. Как часто вы замечаете свои слова «еще пару минут...», когда находитесь в сети?
17. Как часто Вы пытаетесь безуспешно урезать время пребывания в сети?
18. Как часто Вы пытаетесь скрыть количество времени пребывания в сети?

19. Как часто Вы предпочитаете находиться в сети вместо того, чтобы встретиться с людьми?

20. Как часто Вы чувствуете подавленность, плохое настроение, нервничаете, когда Вы не в сети, что вскоре исчезает, стоит Вам выйти в Интернет?

При сумме баллов 50-79 стоит учитывать серьезное влияние Интернета на личность.

При сумме баллов 80 и выше - высокая доля вероятности Интернет-зависимости.

Тест. Диагностика трудоголизма (Б. Киллинджер, 2004).

Прочитайте утверждения, дайте на них ответы «да» или «нет».

1. Для вас очень важна ваша работа.
2. Вам нравится делать все безукоризненно.
3. Вам свойствен дуализм во взглядах, вы видите все в черном и белом цвете, без полутонов.
4. Вам нравится соревновательность, победа в конкурентной борьбе очень важна для вас.
5. Для вас важно всегда и во всем быть правым.
6. Вы очень самокритичны и строго судите самого себя, если совершаете ошибки.
7. Вы всегда боитесь поражения.
8. Вы импульсивны и беспокойны.
9. Вам часто становится скучно.
10. Вы способны довести себя, работая, до полного истощения.
11. Временами вы ощущаете себя просто обессиленным.
12. Если вы ощущаете дискомфорт, то у вас сразу же появляется чувство вины.
13. Вы считаете себя необычным, непохожим на других.
14. Вы читаете материалы, имеющие отношение к вашей работе, даже во

время еды.

15. Вы составляете подробный список всего того, что вам нужно будет сделать.

16. Вы чувствуете, что свободное время (каникулы, выходные дни, отпуск) начинает тяготить вас.

17. Вам постоянно не хватает времени, вы часто ловите себя на том, что мечтаете, чтобы сутки длились больше 24 часов.

18. Даже во время отдыха вы решаете проблемы, связанные с работой.

19. Вы относитесь к работе как к игре, и если вам кажется, что вы играете плохо, то выходите из себя.

20. Вы стараетесь не думать о том, что станете делать, когда не будете работать.

21. Вы ответственны на работе, зато безответственны в личных делах.

22. Вы стараетесь избежать конфликта вместо того, чтобы его разрешить.

23. Вы склонны к импульсивным действиям и при этом обращаете мало внимания на то, как эти действия повлияют на других людей.

24. Вы не любите критики, но сами не прочь покритиковать кого-нибудь.

25. Вы замечаете, что часто забываете то, о чем вам говорят другие люди.

26. Если все идет не так, как было вами запланировано, вы очень раздражаетесь.

27. Если вы решаете какие-то рабочие проблемы дома и вас отрывают от них, вы очень сердитесь.

28. Иногда вы создаете безвыходные ситуации и для себя, и для других людей.

29. Все ваше внимание сконцентрировано на событиях будущего, вы редко радуетесь настоящему.

30. Иногда вы забываете важные семейные даты и преуменьшаете значимость семейных праздников.

Подсчитайте количество утвердительных ответов. Если их набралось больше 20, значит есть в наличии симптомы трудоголизма.

Шкала эмоциональной зависимости Б. и Дж. Уайнхолд⁶.

Типичные характеристики эмоционально зависимых людей.

Поставьте цифры от 1 до 4 в скобки перед каждым вопросом:

1 — никогда

2 — иногда

3 — часто

4 — почти всегда

() Я склонен (склонна) брать на себя ответственность за чувства и/или поведение других людей.

() Я затрудняюсь идентифицировать свои чувства, такие как счастье, злость, смущение, уныние или возбуждение.

() Мне тяжело выражать свои чувства.

() Я испытываю страх или беспокойство при мысли о том, как другие отреагируют на мои чувства или поведение.

() Я свожу к минимуму проблемы и отрицаю или изменяю правду о чувствах или поведении людей, с которыми общаюсь.

() Мне трудно устанавливать или поддерживать тесные взаимоотношения.

() Я боюсь быть отвергнутым (отвергнутой).

() Я стараюсь добиваться во всем совершенства и сужу себя строго.

⁶ Уайнхолд Б., Уайнхолд Дж. Освобождение от созависимости / Перевод с английского А.Г. Чеславской — М.: Независимая фирма "Класс", 2002. — 224 с. — (Библиотека психологии и психотерапии, вып. 103).

() Мне трудно принимать решения.

() Я склонен (склонна) полагаться на мнения других, а не действовать по своему усмотрению.

() Я склонен (склонна) ставить желания и потребности других людей на первый план.

() Я склонен (склонна) ценить мнение других людей выше своего собственного.

() Мое ощущение собственного достоинства идет извне, в зависимости от мнения или действий других людей, которые, как мне кажется, больше в этом разбираются.

() Я нахожу, что тяжело быть уязвимым (уязвимой) и просить о помощи.

() Я всегда подвергаюсь контролю или стремлюсь контролировать, и наоборот, всегда слежу за тем, чтобы никогда не оказаться ответственным (ответственной).

() Я слишком лоялен (лояльна) к другим, даже в том случае, когда эта лояльность не оправдывается.

() У меня привычка рассматривать ситуации по принципу “все или ничего”.

() Я очень толерантен (толерантна) к непоследовательности и смешанным поручениям.

() В моей жизни происходят эмоциональные кризисы и хаос.

() Я стараюсь искать взаимоотношения там, где чувствую себя “нужным” (“нужной”), и пытаюсь затем сохранять их.

Подсчет очков: чтобы получить общий результат, сложите цифры. Чтобы интерпретировать уровень зависимости, воспользуйтесь следующей шкалой:

60—80 — очень высокая степень зависимых моделей.

40—59 — высокая степень зависимых моделей.

30—39 — средняя степень зависимых и/или контрзависимых моделей.

20—29 — очень мало зависимых и/или высокая степень контрзависимых моделей.

Раздел IV. Психотерапевтические принципы и стратегии для коррекции зависимого поведения.

Тема 8. Современные принципы и стратегии коррекции аддиктивного поведения.

Современные способы коррекции аддиктивного поведения:

Среди множества методов коррекции преимущественно используется поведенческая терапия — терапия отвращения, имажинальная десенсибилизация (McConaghy, Armstrong, Blaszczynski et al., 1983; Blaszczynski, McConaghy, Frankova, 1991), реструктурирование опыта решения проблемы, тренинг социальных навыков, научение навыкам предотвращения срывов (Bujold, Ladouceur, Sylvain, 1994; Sylvain, Ladouceur, Boisvert, 1997). Психодинамические подходы к терапии основаны на личностных особенностях зависимых, связанных с низкой силой эго в сочетании с нарциссизмом (Miller, 1986).

Виды психотерапии при работе с зависимостями

Поведенческая терапия.

Это обучение новым моделям поведения, которые будут приемлемы в уже знакомых человеку ситуациях. Отработка стратегий отказа и избегания ситуаций, провоцирующих аддиктивное поведение.

Когнитивная терапия.

Это работа над изменением способов мышления. В ней происходит анализ ситуаций, в которых запускалось аддиктивное поведение. Вместе с психотерапевтом человек заново проживает эти моменты и ищет точку, с которой начинался запуск привычных действий. После обнаружения этой точки отрабатывается другое, верное решение, после которого ход событий мог бы измениться.

Расслабляющая терапия.

Эта терапия направлена на борьбу со страхами и депрессивными проявлениями. Как правило, она сопровождает основную терапию, поскольку в её процессе человек сталкивается с травмирующими воспоминаниями. Поддержание устойчивого психического состояния крайне важно при психотерапевтической работе с зависимыми людьми.

Программы самопомощи.

Сюда входят группы поддержки, групповая терапия, чтение литературы по теме, наставники из числа успешно вылечившихся и т.д.

Программы самопомощи применяются после прохождения всех этапов лечения. Некоторые люди посещают групповую терапию не один год.

Профилактика аддиктивного поведения

Выделяют первичную, вторичную и третичную профилактику.

Первичная профилактика – это меры, направленные на предотвращение возникновения аддиктивного поведения. Это работа с психологом (при наличии личностных проблем), расширение круга интересов, отсутствие зависимых личностей в круге общения и здоровые отношения в семье.

Вторичная профилактика – предотвращение повторных эпизодов аддиктивного поведения. Она включает те же меры, что и первичная, но на этом этапе уже могут подключаться узкие специалисты (психиатр, нарколог и т.д.).

Третичная профилактика – это поддержка вылечившихся людей. В ней обязательны профилактические посещения специалистов для учета состояния.

Проведение первичной профилактики целесообразно с подросткового возраста. Многие аддикции формируются именно в этот период. Подростки наиболее подвержены как химическим, так и психологическим зависимостям из-за личностной незрелости.

Проведение своевременной профилактики аддиктивного поведения поможет человеку в полной мере реализовать свой потенциал и успешно социализироваться. Лечение зависимостей – сложный многоуровневый процесс, поэтому предупредить аддикцию гораздо легче, чем избавиться от неё.

Суггестивная психотерапия (директивный и недирективный гипноз).

Суггестивной психотерапией следует считать особое внушение, производимое с лечебной целью. Проводится эта методика тогда, когда человек находится в состоянии гипнотического сна, который был спровоцирован суггестией. Учитывая то, что достаточно большая часть пациентов относится к суггестивной психотерапии скептически, специалист сперва доступно объясняет ее необходимость, цели и основные задачи. Эта методика также называется гипносуггестивной психотерапией.

Этапы проведения

Сеанс суггестивной психотерапии состоит из трех этапов:

-Усыпление клиента.

-Внушение.

-Пробуждение клиента.

Продолжительность сеанса гипносуггестивной психотерапии небольшая — в целом она составляет не более сорока минут. Один курс суггестивной психотерапии составляет десять-пятнадцать сеансов.

Особенности аутосуггестии

Немаловажным ответвлением суггестивной психотерапии является самовнушение. Особенностью аутосуггестии является то, что больной внушает самому себе рекомендованные доктором мысли и чувства. Целью аутосуггестии следует считать купирование болезненных проявлений, а также укрепление воли и уверенности в том, что выздоровление наступит в ближайшее время.

Обычно сеансы проводятся не более трех раз в семь дней. Также больной должен заниматься самостоятельно в домашних условиях. После тренировок, в ходе которых достигается полнейшая мышечная релаксация, человек сможет при помощи волевого усилия сконцентрировать свое внимание на мыслях, содержащих важную для скорейшего излечения информацию.

Метод суггестивной психотерапии абсолютно безопасен. Чаще всего к нему прибегают в излечении человека от тяжелой алкогольной зависимости.

Метод систематической десенсибилизации причисляют к наиболее часто используемым методам поведенческой психотерапии. Процедура психотерапии систематической десенсибилизацией состоит из нескольких этапов. Метод систематической десенсибилизации был разработан южноафриканским терапевтом Джозефом Вольпе на базе экспериментов И. П. Павлова по классическому обусловливанию. Сам Вольпе характеризовал свой метод как «поэтапное устранение невротических привычек страха», т.е. постепенное снижение эмоциональной восприимчивости к тем или иным объектам или ситуациям.

Психосинтез.

Психосинтез используется как метод психотерапии психосоматических расстройств в первую очередь тогда, когда их причиной является глубокий и сложный конфликт между различными группами сознательных и бессознательных сил пациента или же когда они происходят в результате глубинных и мучительных кризисов. В последнем случае сами пациенты не всегда осознают или правильно оценивают происходящие в них процессы.

Ключевым в психосинтезе является понятие «субличности».

Работа с субличностями состоит из следующих этапов (Руффлер, 1998)⁷:

- Осознание и распознавание.
- Принятие.
- Координация и трансформация.
- Интеграция.
- Синтез.

Основными задачами психосинтеза, по Ассаджиоли, являются:

- постижение своего истинного (высшего) Я,
- постижение на основании этого внутренней гармонии и
- налаживание адекватных отношений с внешним миром, в том числе и с окружающими людьми.

Центральная проблема человеческой жизни — несвобода, кажущаяся «раздвоенность» (Я — личностное, не осознающее и отрицающее

⁷ Руффлер М. Игры внутри нас. Психодинамические структуры личности / Маргарет Руффлер; пер. с англ. Т. Чхеидзе. — М. : Изд-во Института Психотерапии, 1998. — 208 с.

существование другого Я — истинного, присутствующего скрыто, не поддающегося непосредственному осознанию). На самом деле Я едино. Достичь внутренней гармонической целостности, истинной реализации своего Я и добрых отношений с окружающими можно через следующие этапы:

- Глубокое познание своей личности — исследование низшего бессознательного, затем — среднего и высшего (психоанализ), открытие истинных призваний, неизвестных возможностей, которые были ранее подавлены.

- Умение управлять различными элементами личности (метод дезиндентификации), состоящий в дезинтеграции выявленных вредных образов или комплексов (атак бессознательного) и управлении и использовании высвободившейся таким образом энергии. Нами управляет все, с чем мы себя отождествляем, и мы можем управлять всем, с чем мы себя дезиндентифицируем.

- Познание своего истинного Я — открытие или создание объединяющего центра, чтобы расширить сознание своей личности до осознания своего Я (двигаясь по лучу света, проследить его направление до самого источника света и объединить низшее и высшее Я). При использовании соответствующих активных техник или естественном внутреннем росте каждый этап связан с новой идентификацией.

Психосинтез — формирование или реконструкция вокруг созданного нового центра новой личности, которой присущи согласованность, организованность и единство.

Процесс психосинтеза можно условно разделить на несколько этапов.

- Выбор новой личности, к которой мы стремимся. Мы должны мысленно представить себе эту «идеальную модель», желательно визуализировать ее,

подумать о том, чтобы она была для нас реалистичной, а потому достижимой. Все многообразие «идеальных моделей» обычно можно свести к двум основным группам. К первой группе относятся образы, олицетворяющие внутреннее гармоническое развитие, духовное совершенство. Такие модели более актуальны для интровертов. Вторая группа образов олицетворяет совершенство в определенной сфере деятельности (ученый, бизнесмен, политик и т. д.). Такие «идеальные образы» чаще выбирают экстраверты. Главное, чтобы выбранная для дальнейшего формирования «идеальная модель» была согласована с естественным ходом развития собственной личности. В результате психосинтеза можно стать лучше, совершеннее, но нельзя стать своим антиподом.

- Использование всех имеющихся в распоряжении энергий. К ним Ассаджиоли относит прежде всего силы, высвобождающиеся в процессе анализа, в том числе в процессе «высвобождения» бессознательных комплексов, и устремления к гармонии, идеалу, присутствующие на разных психологических уровнях пациента и до конца не осознанные. Для того чтобы использовать энергию бессознательного, ее необходимо направить в нужное русло, превратить во что-то иное, «трансмутировать».

- Развитие недостающих (или недостаточно развитых) для формирования «идеальной модели» элементов личности. Формирование новых качеств осуществляется двумя основными путями: с помощью самовнушения и с помощью систематической тренировки недостаточно развитых психических функций, таких, например, как память, воображение, чувства т. п.

- Координация и соподчинение различных элементов психики, осознание гармонической целостной структуры личности. Это можно сравнить с творческим объединением (синтезом) отдельных звуков, цель которого — гармоничная музыка.

Тема 9. Особенности психологической коррекции различных видов зависимостей.

Коррекция зависимостей.

Техники НЛП.

Для коррекции и профилактики адекватного поведения при любых формах зависимого поведения могут быть применены базовые техники нейролингвистического программирования, такие как:

Техника: EMDR

Техника: Алфавит

Техника: Быстрое лечение фобий

Техника: Взмах

Техника: Генератор нового поведения

Техника: Изменение личностной истории

Техника: Интеграция конфликтующих частей

Техника: Интеграция логических уровней

Техника: Реимпринтинг

Техника: Решение коммуникативной проблемы с помощью трехпозиционного описания

Техника: Смена субмодальностей

Техника: Стратегия Уолта Диснея

Техника: Шестишаговый рефрейминг

Применение арт-технологий.

Арт-терапия – (лат. ars — искусство, греч. therapeia — лечение) представляет собой метод психологической коррекции с помощью художественного творчества.

Основные цели арт-терапии:

- выражение эмоций и чувств, связанных с переживаниями своих проблем;
- активный поиск новых форм взаимодействия с миром;
- подтверждение своей индивидуальности, неповторимости и значимости;
- повышение адаптивности и гибкости в постоянно меняющемся мире.

Рассмотрим существующие формы арт-терапии:

- активная—клиент сам создает продукт творчества: рисунки, скульптуры, сказки и т.д.;
- пассивная—клиент использует художественные произведения, созданные другими людьми: рассматривает картины, читает книги, прослушивает музыкальные произведения;
- смешанная—клиент использует имеющиеся произведения искусств для создания своих продуктов творчества.

Существует два основных подхода в арт-терапии:

1. Искусство обладает целительным действием само по себе, художественное творчество дает возможность выразить и заново пережить внутренние конфликты, оно является средством обогащения субъективного опыта, арт-терапия рассматривается как средство развития личности и ее творческого потенциала. Психолог стимулирует клиентов доверять своему собственному восприятию и исследовать свои творения как самостоятельно, так и с помощью других.

2. На первом месте – терапевтические цели, творческие цели вторичны. Арт-терапия служит дополнением к другим терапевтическим методам. Выражая содержание собственного внутреннего мира в визуальной форме, человек постепенно движется к их осознанию. Психологом поощряются свободные ассоциации клиентов и их попытки самостоятельно обнаружить значение собственных работ.

Рассмотрим самые распространенные виды арт-терапии:

- Музыкотерапия
- Библиотерапия
- Драматерапия
- Игротерапия
- Изотерапия
- Маскотерапия
- Коллаж
- Песочная терапия
- Цветотерапия
- Сказкотерапия
- Фототерапия
- Глинотерапия

Описание каждого вида:

Музыкотерапия – это система психологической коррекции физического и психического здоровья человека с помощью музыкально-акустических воздействий. Музыка вызывает различные терапевтические эффекты. Ее можно использовать для влияния на самочувствие человека. Различают групповую и индивидуальную музыкотерапию. Сеанс проводится как в положении сидя, так и лежа. Важен психологический контакт перед проведением сеанса. Человеку разъясняют цели, задачи, возможности занятия. Иногда используется живое исполнение музыки.

Библиотерапия – специальное коррекционное воздействие на клиента с помощью чтения подобранной литературы в целях нормализации или оптимизации его психического состояния. Она направлена на формирование личности читателя. Книги – мощные инструменты, которыми можно воздействовать на мышление людей, их характер, формировать их поведение, помочь в решении проблем.

Драматерапия – театральные постановки на разную тематику благоприятно влияют на все познавательные психические процессы: память, волю, воображение, чувства, внимание, мышление. Занятия драмой помогают развить логику, владеть своим телом и не стесняться его, освободиться от внутренних зажимов, воплотить через игру несбывшиеся мечты. Чаще всего применяется при коррекции межличностных взаимодействий: я и друзья, я и родители, сильный и слабый, враг и друг.

Игротерапия – метод психотерапевтического воздействия на детей и взрослых с использованием игры. Использование игр и игрушек дает возможность человеку рассмотреть, потрогать, послушать, ощутить и вспомнить то, что беспокоило многие годы и послужило причиной проблем. Метод игротерапии может быть использован как в групповой, так и в индивидуальной работе. Он предусматривает возможность работы: с синдромом посттравматического стресса, с ранними детскими травмами. Игровая терапия помогает решать не только личностные, но и как следствие этого профессиональные трудности.

Изотерапия – терапия изобразительным творчеством, в первую очередь рисованием. Она дает возможность выводу внутренним конфликтам вовне; помогает понять собственные чувства и переживания; способствует повышению самооценки; помогает в развитии творческих способностей. Чаще всего изотерапия используется: для психологической коррекции клиентов с невротическими, психосоматическими нарушениями; с трудностями в общении и социальной адаптации; при внутрисемейных конфликтах.

Маскотерапия – известный метод психологической работы, основанный на переводе глубинных комплексов и проблем человека в неживую материю маски. Лицо – это проекция нашего психологического состояния и настроения, нашего тела, а так же нашего прошлого и настоящего. Избавление от привычных, стереотипных ролей с помощью маскотерапии создает возможность освободиться от ненужного и изменить свою жизнь.

Коллаж – технический приём в изобразительном искусстве, заключающийся в наклеивании на ватман предметов и материалов, отличающихся от основы по цвету и фактуре. Материалом служат газеты, гляцевые журналы, природные материалы, различные предметы. Используя скотч, клей, ножницы и бумагу создается объемная композиция. Можно вырезать из газет и журналов фигурки, составив из них историю. Также возможно использование для создания композиции оберток от конфет, оберточной и туалетной бумаги, картонных коробок и т.п. Коллажирование дает возможность раскрыть потенциальные возможности человека, предполагает большую степень свободы, является безболезненным методом работы с личностью, опирается на положительные эмоциональные переживания, связанные с процессом творчества, позволяет определить существующее на данный момент психологическое состояние человека, выявить актуальное содержание его самосознания, его личностные переживания. Данный метод эффективен в работе со студентами на практических занятиях по специальной психокоррекции и способствует сплочению группы, развитию творческих способностей, снятию эмоционального напряжения.

Песочная терапия – это возможность общения с миром и самим собой через песок; способ снятия внутреннего напряжения, воплощения его на бессознательно-символическом уровне, что повышает уверенность в себе и открывает новые пути развития. В основе песочной терапии лежит создание свободного и защищенного пространства, в котором клиент – ребенок или взрослый может выражать и исследовать свой мир, превращая свой опыт и свои переживания, часто непонятные или тревожащие, в зримые и осязаемые образы. Картина на песке может быть понята как трехмерное изображение какого-либо аспекта душевного состояния; неосознанная проблема разыгрывается в песочнице, подобно драме, конфликт переносится из внутреннего мира во внешний и делается зримым.

Цветотерапия – это лечение цветом. Еще в далекой древности люди заметили, что цвет оказывает мощное действие на человека. Специальная окраска, наносимая на тело воина и его доспехи, внушала противнику страх; цвета, подбираемые для одежды царей и жрецов, говорили об их могуществе, вызывали восторг, поклонение или священный трепет. В древнем Египте знали о силе и влиянии цвета и даже сооружали в некоторых храмах цветные залы. В них изучали применение цвета и учили врачевание. Было доказано, что органы и системы тела чувствительны к определенным цветам, которые стимулируют или замедляют их действие. Зная это, можно использовать различные цвета с лечебной целью. Цвет может изменить функции некоторых систем человеческого организма. Например: оранжево-красный меняет частоту пульса, дыхания, давления крови и в общем оказывает возбуждающее действие; темно-синий цвет, напротив, приносит успокоение. По мнению психологов, язык цветов универсален, он действует независимо от религии и национальности.

Сказкотерапия – это способ передачи индивидууму (чаще ребенку) необходимых моральных норм и правил, древнейший способ социализации и передачи опыта. Эта информация заложена в фольклорных сказках и преданиях, былинах, притчах. В процессе слушания, придумывания и обсуждения сказки у ребенка развиваются необходимые для эффективного существования фантазия, творчество. Он усваивает основные механизмы поиска и принятия решений. Слушая и воспринимая сказки человек, встраивает их в свой жизненный сценарий, формирует его. У малышей этот процесс особенно ярок, многие дети просят читать им одну и ту же сказку по много раз. Работа со сказкой направлена непосредственно на помощь клиенту. Психотерапевт создает условия, в которых клиент, работая со сказкой (читая, придумывая, разыгрывая, продолжая), находит решения своих жизненных трудностей и проблем.

Фототерапия – набор психотехник, связанных с лечебно-коррекционным применением фотографии, её использования для решения психологических проблем, а также развития и гармонизации личности. Техники фототерапии: фотографии, созданные самим человеком; фотографии клиента, сделанные другими людьми, где клиент специально позирует, или снимки, сделанные спонтанно; автопортреты — любые фотографии самого себя; семейные альбомы. Фототерапия может предполагать как работу с готовыми фотографиями, так и создание оригинальных авторских снимков. Основным содержанием фототерапии является создание и/или восприятие клиентом фотографических образов, дополняемое их обсуждением и разными видами творческой деятельности (рисование, коллажирование, инсталлирование готовых снимков в пространство, изготовление из фотографий фигур и последующая игра с ними, и т. д.)

Глинотерапия. Работа с глиной позволяет мягко отреагировать, переработать и осознать травматичный опыт. Особенно важна для тех людей, которым трудно "выговориться", кому трудно рассказать о своих чувствах и переживаниях, в ситуациях неопределенности – ведь "вылепливание" снижает или убирает сопротивление и дает возможность "увидеть" решение. Благодаря лепке человек может научиться управлять собой; не имеет противопоказаний и возрастных ограничений; дает человеку возможность почувствовать себя творцом, это одно из лучших средств при работе с эмоциями (страх, агрессия, обида).

А) Основная литература

1. Зинкевич-Евстигнеева Т. Д.. Практикум по креативной терапии – СПб.:Издательство «Речь» «ТЦ Сфера», 2001.-400с.:ил. (с.10).
2. Зинкевич-Евстигнеева Т.Д.. Практикум по сказкотерапии., 2000, с. 12–14
3. Бухановский А.О., Андреев А.С., Бухановская О.А. Зависимое поведение: клиника, динамика, систематика, лечение, профилактика. Пособие для врачей. Ростов-на-Дону, 2002г. -35с.
4. Войскунский А.Е. Актуальные проблемы зависимости от интернета// Психологический журнал. - 2004. - Т. 25. - № 1. - С. 90-100.
5. Гоголева А.В. Аддитивное поведение и его профилактика. - М.: Изд-во Моск.псих.-соц. ин-та, Воронеж: Изд-во НПО МОДЭК. - 2002. - 240 с.
- 6.

Б) Дополнительная литература

7. Егоров А.Ю. Нехимические (поведенческие) аддикции (обзор)// Аддиктология. 2005. № 1. С. 65-77.
8. Егоров А.Ю., Малыгин В.Л., Цыганков Б.Д. - Патологическое влечение к азартной игре, как модель нехимической зависимости// Журнал «Неврологии и психиатрии» им. С.С. Корсакова, 2006, №5, С. 63-70.
9. Малыгин В.Л., Цыганков Б.Д. - Психопатологические особенности лиц зависимых от игры. Журнал «Неврологии и психиатрии» им. С.С. Корсакова, 2006, №5, С. С. 16-19.
10. Менделевич В.Д. Наркозависимость и коморбидные расстройства поведения. М., Медпресс-информ, 2003 . С.. 176-194.
11. Даулинг С. Психология и лечение зависимого поведения, М.: Класс, 2011 - 349 с.
12. Змановская Е. В., Рыбников В. Ю. Девиантное поведение личности и группы: Учебное пособие. - Санкт-Петербург: Питер 2013 г.— 352 с.
13. Короленко Ц.П. Психосоциальная аддиктология/ Ц.П. Короленко, Н.В. Дмитриева. - Новосибирск: Олсиб, 2013, - 245 с.
14. Руководство по аддиктологии. / ред. Менделевич В.Д. – Спб: Речь, 2014.- 522 с.

в) Интернет-ресурсы

сурсы

http://library.sgu.ru/uch_lit/65.pdf

<http://zipsites.ru/psy/psylib/info.php?p=2917>

<http://www.klex.ru/42b>

Раздел V. Современные психотерапевтические подходы к терапии аддиктивного поведения

Тема 10. Зависимость как форма нравственного кризиса, коррекция методом сказкотерапии

Сказкотерапия.

Сказкотерапия - это процесс:

- поиска смысла, расшифровки знаний о мире и системе взаимоотношений в нем;
- это процесс образования связи между сказочными событиями и поведением в реальной жизни;
- это процесс переноса сказочных смыслов в реальность;
- процесс активизации ресурсов, потенциала личности;
- процесс объективизации проблемных ситуаций.

Принципы работы со сказками

Принцип	Основной акцент	Комментарий
1.Осознанность	Осознание причинно	Задача показать клиентам, что

	<p>следственных связей в развитии сюжета;</p> <p>понимание роли каждого персонажа в развивающихся событиях.</p> <p>Общие вопросы: что происходит? почему это происходит? кто хотел, чтобы это произошло? зачем это было ему нужно?</p>	<p>одно событие плавно вытекает из другого, даже, несмотря на то, что на первый взгляд это незаметно. Важно понять место, закономерность появления и назначение каждого персонажа сказки.</p>
2. Множественность	<p>Понимание того, что одно и то же событие, ситуация могут иметь несколько значений и смыслов.</p>	<p>Задача показать одну и ту же сказочную ситуацию с нескольких сторон. С одной стороны, это так, с другой стороны, иначе.</p>
3. Связь с реальностью	<p>Осознание того, что каждая сказочная ситуация разворачивает перед нами некий жизненный урок.</p>	<p>Задача кропотливо и терпеливо прорабатывать сказочные ситуации с позиции того, как сказочный урок будет нами использован в реальной жизни, в каких конкретно ситуациях.</p>

СХЕМА РАЗМЫШЛЕНИЯ НАД СКАЗКАМИ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Акцент	Направление Размышления	Вопросы	Комментарий
--------	-------------------------	---------	-------------

Основная тема	Важно понять основные идеи сказки, то есть, что с помощью ее нам хотели передать наши предки, какой опыт, о чем предупредить, чем подбодрить и пр.	О чем эта сказка? Чему она нас учит? В каких ситуациях нашей жизни нам пригодится то, что мы узнали из сказки? Как конкретно мы это знание будем использовать в своей жизни?	Через основную тему нам передаются общие нравственные ценности, стили поведения и взаимодействия с окружающими, общие ответы на общие вопросы.
Линия героев сказки. Мотивы поступков	Важно понять видимую и скрытую мотивацию героев сказки.	Почему герой совершает тот или иной поступок? Зачем ему это нужно? Чего он хотел на самом деле? Зачем один герой был нужен другому?	Можно размышлять и проводить обсуждение отдельно для каждого героя, или во взаимосвязи героев друг с другом.
Линия героев сказки. Способы преодоления трудностей	Важно «составить список» способов преодоления трудностей героями сказки.	Как герой решает проблему? Какой способ решения и поведения он выбирает? Активный и пассивный? Все решает и преодолевает сам, или старается передать ответственность другому? В каких ситуациях нашей жизни эффективен каждый способ решения проблем, преодоления трудностей?	Имея набор способов решения проблем: прямое нападение на врага, хитрость, использование волшебных предметов, групповое решение проблем и др., важно оценить в каких ситуациях реальной жизни мы можем использовать тот или иной способ разрешения трудностей.

Некоторые способы разрешения трудностей в сказках

Важно, чтобы у клиентов в процессе занятий образовался широкий набор способов разрешения трудных ситуаций и понимание механизмов их воплощения в жизни. Каждая новая сказка будет обогащать этот список.

Тема 11. Символдрама (метод кататимного переживания образов) в терапии зависимостей.

Психологическая коррекция методом символдрамы. Метод символдрамы позволяет экологично «переместить» клиента из мира чужих психических содержаний в свой внутренний мир, в свою символику бессознательного. Сновидения наяву создают новый позитивный опыт переживания и реконструкции действительности и Я - образа, удовлетворить архаические потребности, проявить на символическом уровне агрессивность, экспансивность, конкурентность.

Пример: подросток 12 лет с проблемой компьютерной зависимости отличался тревожностью, нарушением межличностных отношений, отсутствием взаимопонимания с отцом, высокой степенью зависимости от гиперопекающей матери. В мотиве «Ручей» представился маленький, узкий ручей, который протекал на необитаемом острове. Вода была жёлтая, по вкусу напоминала лимонад. Источник находился в пещере, где вода вытекала из скалы. В следующем сеансе при движении к устью, ручей расширяется, вода светлеет, становится менее сладкой. Пациент испытывает жажду и голод, что говорит о фрустрации оральных потребностей. По пути встречается пальма, на ней кокос в размер человека. Пациент достаёт, разбивает кокос. Его содержимое напоминает сгущенное молоко, пациент говорит, что не желает этой девчачьей сладости, ему хочется мяса. Далее на берегу ручья в мотиве спонтанно появляется слон. Пациент желает его убить, рассуждая, что мяса слона ему хватит на год, но потом говорит, что не может и ему придётся пить сладкое кокосовое молоко, что демонстрирует блокаду агрессии по отношению к отцу. На завершающем этапе терапии, в мотиве «Путешествие с экспедицией» пациент отличается активной позицией: строит временное жилище, охотится, помогает товарищам, жарит на костре мясо, строит мост через реку. Разрешение внутренних конфликтов, интеграция Я отражают позитивные изменения, как в представляемых

образах, так и в реальной жизни пациента. В процессе проведенной терапии повысилось осознание собственных чувств, возможность их выражения в социально одобряемых действиях по отношению к окружающим. Открылся творческий потенциал личности, который проявился в начале поэтической деятельности. Отношения с отцом гармонизировались, появились общие занятия (цит. по. Рыженко С.К. Психологическая коррекция компьютерной зависимости подростков методом символдрамы // Международный журнал экспериментального образования. – 2014. – № 10. – С. 262-264).

Для работы, например, с проблемой игровой компьютерной зависимости можно использовать следующие образы: «Дерево», «Семья животных», «Луг», «Ручей», «Гора», «Дом», «Существо, выходящее из леса», «Мяч», «Представление себя на 10 лет старше», «Собственная машина», «Меч», «Лев», «Слон», «Корова», «Идеальное Я», «Получение во владение надела земли», «Крупный выигрыш в лото», «Путешествие с экспедицией», «Облако», «Прогулка на лодке», «Поиски клада», «Досмотреть ночной сон», работа с кататимными предметами.

Тема 12. Гештальт-терапия зависимостей.

Принципы и способы коррекции зависимого поведения с применением гештальт-терапии изложены в работе «Применение принципов, концепций и методов Гештальта при лечении пациентов от зависимостей» С. Харма⁸.

Гештальт-терапия базируется на следующих принципах:

- Экзистенциализм.
- Холизм.
- Гештальтпсихология.
- Феноменология.

⁸ ХАРМ С. ПРИМЕНЕНИЕ ПРИНЦИПОВ, КОНЦЕПЦИЙ И МЕТОДОВ ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАВИСИМЫХ ПАЦИЕНТОВ// «Гештальт-2002» Тематический выпуск по проблемам зависимостей. Сборник материалов Московского Гештальт Института, Москва, 2002, 73с. (13-18).

Для терапевта это означает:

- он должен ценить личный опыт
- он должен ценить личную ответственность
- он должен ценить "здесь и сейчас".

Гештальт-теория указывает, что человек функционирует здоровым способом, когда естественный процесс уделения внимания приоритетам и нахождения в контакте с ними не прерывается. Таким образом, ясные, сильные гештальты формируются в динамическом процессе, чтобы мы жили в гармонии с нашими возможностями и потребностями.

Пациенты часто бывают озабочены своей зависимостью, веществами, которые они принимают, а также временем и местом приема. Попытки удовлетворить свои потребности занимают у людей с зависимостью день и ночь. "Люди без зависимости могут вернуться к обычной жизни после удовлетворения своей потребности, тогда, как мозг человека с зависимостью остается зафиксированным на его зависимости. Этим самым создается впечатление, что они ведут "ущербное" существование. Типичны мечты о том, чтобы уколоться, проглотить, выпить и т.д." (Ван Инен 1978). Вследствие этого у людей с зависимостью прерывается естественный процесс контактирования с окружением в результате продолжения появления новых потребностей. Человек с зависимостью продолжает оставаться занятым одной потребностью, а свое окружение он рассматривает как помощь или же, как препятствие в удовлетворении ее. Прерывается процесс созидания, используемый в динамическом контакте с окружающим миром.

Осознание - это одна из стержневых концепций Гештальт-теории. Для того чтобы восстановить состояние баланса, которое было нарушено, организм должен осознавать себя и свое окружение. Это означает, что он должен познавать, контактировать с тем, что представляют себе (своими фантазиями) или же с событиями, объектами в реальной жизни.

Ван Праг (1987) указывал, что осознание может быть разделено на:

- внимание, направленное на внешний мир. Мир вокруг нас - это наше окружение. В основном он вовлекает нас, используя органы чувств: зрение, слух, вкус обоняние и осязание.

- внимание к внутреннему миру.

Внутренний мир - это мы сами. Здесь это вопрос ощущений нашего тела и чувствительности: т.е. температура, вибрации, сухость, тяжесть, вкус, баланс и т.д.

- внимание к промежуточному миру

Промежуточный мир - это то место где располагаются наши мысли, фантазии, желания, мечты и память.

Осознание включает ответственность, не в смысле того, чтобы быть порицаемым, но чтобы брать на себя ответственность за все свои действия, чувства и импульсы. Ответственность также - это способность и желание включаться в жизнь. Осознание может существовать только в настоящем - контакт, опыт и изменение происходит в данное время. Мы можем осознавать то, что случилось в прошлом и надеяться или бояться того, что может случиться в будущем, но наше осознание действует сейчас. Жизнь в настоящем ведет к реализации всех других аспектов здорового функционирования. Обычно лица с зависимостями не отвечают и не берут на себя ответственность за свои действия, чувства и импульсы. Они манипулируют окружением для поддержки своей зависимости: отрицая, занимая деньги, воруя, обманывая, играя на сочувствии других - вот тот набор поведения, с помощью которых они пытаются избежать принятия ответственности. Люди с зависимостями находятся в экзистенциальном кризисе. Давление окружения, становится подавляющим для них. Часто это включает их непосредственное окружение (семью, друзей). Их начальники

перестают жаловаться, и пытаются изменить поведение, они хотят избавиться от сотрудников с зависимостью. Супруги могут грозить разводом. Наблюдается скрытая тенденция к самоубийству среди лиц с зависимостью. Постоянно ускользают все виды поддержки со стороны окружения.

Из вышеизложенного должно быть ясно, что гештальт-терапия, применяемая для лечения зависимости, делает основной акцент на то, чтобы разорвать фармакологический и психоцеребральный круги зависимости, для того, чтобы восстановить естественный поток осознания. Процесс лечения Гештальт терапией проходит несколько стадий:

- детоксикация: процесс абстиненции вещества вызывающего зависимость/поведение.
- постдетоксикация
- ресоциализация

Тренировка осознания может рассматриваться как награда для пациента - он получает что-то для замены его первичной зависимости.

Наиболее важные аспекты данной тренировки:

- усиление настоящего (сиюминутного).

В сиюминутной ситуации, человек осознает непосредственный опыт. Это начало процесса становления активности во взаимодействии с тем, что находится на переднем плане личностного окружения.

-усиление опыта испытания (осознавание) границ между внутренним, внешним и промежуточным мирами. С помощью познавания разницы между внешним миром и внутренним миром, пациент учится дифференцировать их в своем осознании. Он начинает осознавать, что он что-то чувствует, что он думает об этом ощущении и что он хочет сделать с этим.

-осознание тела.

Потребность в самовыражении - это мощный стимул в людях, который Перлз (1969) определяет в строго биологических рамках. Он определяет "зрелость" как процесс перехода от потребности в поддержке со стороны чьего-либо окружения к самоподдержке.

-сенсорное осознание

Каждая личность имеет набор возможностей для контактирования со своим окружением. Сосредотачиваясь на границе контакта, гештальттерапевт отслеживает (указывает) путь по которому пациент использует свои возможности для контакта.

-прикосновение

Прикосновение - это комплексная (сложная) активность, которая еще больше усложняется в наших современных обществах, где акт прикосновения имеет так много табу (интроекций). Например, важность, (значение) прикосновения различна в зависимости от продолжительности знания партнеров друг друга.

- зрение

Каждый использует глаза, для того, чтобы визуально контактировать с миром. Но во многих культурах есть мнение: "Глаза - это окна души". Если мы посмотрим в глаза другому человеку, то мы часто можем видеть его голод, гнев, страх и т.д.

- речь и выслушивание

В терапии язык рассматривается, как представитель тела. Для того чтобы голос имел контакт с окружением:

* воздух должен проходить через голосовые связки;

* голосовые связки должны вибрировать;

* голос должен резонировать.

Голос важен для выражения различных эмоций, чувств. Важно соединить его с внутренними переживаниями, сделать его выразительным.

-фантазии

Фантазия может быть определена, как ментальные образы, принадлежащие промежуточной области осознания. Жизнь в мире фантазии может быть бегством и иногда может привести пациента к метафорическому сражению его со всем, с чем он сталкивается.

- умения выражения своих чувств, потребностей, желаний

Личность контактирует с миром через движение. Не может быть изменения без движения. Движение важно для увеличения осознания контакта.

А) Основная литература

1. Грабенко Т.Н. Коррекционные, развивающие и адаптирующие игры: методическое пособие для педагогов, психологов и родителей / Т.Н.Грабенко, Т.Д. Зинкевич-Евстигнеева. - СПб. : Детство-пресс, 2004. - 64 с.
2. Зинкевич-Евстигнеева Т.Д. Практикум по сказкотерапии / Т.Д. Зинкевич-Евстигнеева. – СПб.: Речь, 2000. –310 с.

Б) Дополнительная литература

1. Левченко И.Ю. Артпедагогика и арттерапия в специальном образовании / И.Ю. Левченко – М.: Академия, 2001. –248 с.
2. Черняева С.А. Психотерапевтические сказки и игры / С.А. Черняева. – СПб. : Речь, 2007. – 168 с.
3. Рыженко С.К. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ КОМПЬЮТЕРНОЙ ЗАВИСИМОСТИ ПОДРОСТКОВ МЕТОДОМ СИМВОЛДРАМЫ // Международный журнал экспериментального образования. – 2014. – № 10. – С. 262-264;

в) Интернет-ресурсы

http://library.sgu.ru/uch_lit/65.pdf

<http://zipsites.ru/psy/psylib/info.php?p=2917>

<http://www.klex.ru/42b>

Словарь терминов⁹

Абстиненция (лат. *abstinentia* – воздержание) – совокупность соматических и психических расстройств, наступающих при отмене ПАВ и прекращающихся при его введении, как при похмелье или «ломке».

Абьюз (англ. *abuse* – злоупотребление, оскорбление) – инцестуозное сексуальное или физическое насилие.

Аверсивная терапия (англ. *aversion* – отвращение) – выработка отрицательного рефлекса путем сочетания объекта патологического влечения с неприятными стимулами (например, алкоголя с рвотными средствами).

Алекситимия (греч. *lexis* – слово; *thymos* – чувство, настроение) – неспособность осознавать и описывать эмоции, проявлять эмпатию.

Ангедония (греч. *hedone* – наслаждение) – неспособность испытывать чувственные удовольствия.

Анозогнозия (греч. *nosos* – болезнь; *gnosis* – знание) – отсутствие критического отношения к болезни, связано с защитным отрицанием.

Архетипы (греч. *arche* – начало) – первобытные представления о мужчине и женщине, отце и матери, герое и т. п., проявляющиеся в образах сновидений и фантазий.

Ассертивный тренинг (англ. *assertive* – напористый) – тренинг уверенности.

Вытеснение – защитное удаление из сознания неприемлемого содержания и удержание его в бессознательном.

Гедонизм (греч. *hedone* – наслаждение) – сверхценное отношение к чувственным удовольствиям.

Гиперестезия (греч. *hyper* – сверх, *aesthesia* – ощущение) – обостренное восприятие обычных стимулов.

Гиперфагия (греч. *phag* – еда) – переедание, обжорство.

Дереализация – чувство нереальности происходящего.

⁹ Старшенбаум Г.В. Аддиктология. Психология и психотерапия зависимостей: Когито-Центр; Москва; 2006.- 288с.

Диссоциация (лат. dis – разделение) – защита от внутреннего конфликта за счет утраты интегративной функции Я.

Дисфория (греч. phero – переношу) – взрывоопасное состояние мрачной жесточенности.

Дофамин – ключевой нейромедиатор, стимулирующий центр удовольствия в головном мозгу. На него замыкаются многие другие нейромедиаторы.

Злоупотребление ПАВ – ранняя форма зависимости, когда повторный прием ПАВ приводит к явным проблемам в семье, учебе или работе, к ситуациям физической опасности для жизни и конфликтам с законом.

Идентификация – защитное отождествление собственных психических качеств с таковыми у значимого другого. Например, идентификация с агрессором для защиты от своего страха перед ним.

Импульсивное поведение – внезапное необдуманное действие; характерно, в частности, при патологических влечениях.

Интеллектуализация – замена тревожного содержания переживания абстрактнологическим.

Интроекция – замена отношений с внешним объектом отношениями с его представлением – интроектом. Благодаря интроекции аддикт тотально и безраздельно контролирует избранный объект в своем внутреннем мире.

Компульсия (лат. compello – принуждаю) – навязчивое побуждение к действию, вопреки своему разуму, чувствам и воле. Подобная борьба мотивов свойственна, в частности, при сверхценных увлечениях.

Контрфобия (лат. contra – против; phobos – страх) – получение удовольствия от опасной деятельности. Невыносимый страх перед этой опасностью удается блокировать с помощью защитной эйфории от переживания своего бесстрашия, обеспеченной выбросом эндорфина.

Минимальная мозговая дисфункция у детей проявляется в плохой обучаемости и гиперактивности. См. синдром дефицита удовольствия.

Нейромедиаторы – вырабатываемые головным мозгом вещества, передающие нервные импульсы от одной клетки мозга на другую.

Обсессии (лат. obsessio – осада) – навязчивые мысли, сомнения, воспоминания с оттенком произвольности и нежелательности.

Онейроид (греч. oneiros – сновидение) – сновидное помрачение сознания с дезориентировкой, наплывом иллюзий и видений фантастического содержания.

Оральная стадия (лат. or – рот) – первая фаза психосексуального развития, когда эрогенная зона грудного ребенка сосредоточена вокруг рта.

Отмена (случившегося) – символическое уничтожение уже сделанного. Например, проигравший деньги друга навязчиво высказывает свое сожаление по этому поводу, чтобы защититься от обвинений Суперэго в чувстве зависти к другу.

Отреагирование – импульсивный прорыв бессознательного конфликта в поведении без учета негативных последствий. В терапии – эмоциональная разрядка и освобождение от аффекта, связанного с воспоминанием о травмирующем событии.

Отрицание – игнорирование важных реальностей, например наличия аддикции и ее опасности. К отрицанию прибегает расщепленное сознание, чтобы сохранить контроль над внутренним и внешним миром.

Параноидно-шизоидная позиция – страх и подозрения младенца в отношении материнской груди. Связана с врожденной завистью младенца к груди и необходимостью использовать ее для проекции собственного инстинкта смерти.

Патогенез (греч. pathos – страдание; genesis – происхождение) – представления о механизмах болезни.

Патологические влечения – расстройство контроля над побуждениями, выражающееся в неспособности противостоять импульсивно возникающим желаниям совершать опасные для себя или окружающих действия. При удовлетворении этих желаний (к воровству, поджогу, агрессии и т. д.) возникает чувство удовольствия.

Перверсия (лат. versus – против, наоборот) – извращение, особенно половое. Связано с недифференцированным характером инфантильного сексуального поведения.

Перенос – перемещение чувств, испытываемых к значимой фигуре, на другого человека, и их отреагирование.

Переходные объекты – предметы или деятельность, которые символизируют для ребенка отсутствующую мать, пока он еще не способен интроецировать материнскую фигуру и быть себе хорошей матерью.

Поведенческая психотерапия направлена на улучшение социального взаимодействия путем тренинга недостающих навыков, а также приучения переносить пугающие воздействия.

Пограничное расстройство личности отличается нестабильностью аффекта, отношений и самооценки. Характерная защита – расщепление.

Преморбид (лат. praе – перед; morbus – болезнь) – состояние до болезни.

Привыкание – ненаучный термин, подразумевающий психическую зависимость больного от препарата, принимаемого с целью облегчить тягостные проявления болезни.

Примитивная идеализация объекта зависимости заключается в том, что он занимает центральное место в жизни аддикта.

Продром (греч. drom – бег, течение) – предвестник, начало болезни.

Проекция – защитное приписывание другому собственных неприемлемых мыслей, чувств и мотивов.

Проективная идентификация – проекция на объект зависимости своих психических качеств для идентификации с ним. В результате возникает чувство обретения власти и контроля над объектом.

Псевдонезависимость – демонстрация независимости от объектов аддикции.

Психическая зависимость – обсессивное влечение к опьянению, способность к психическому комфорту в интоксикации.

ПАВ – психоактивное вещество, оказывающее наркотическое воздействие на организм. К ПАВ относятся наркотики и официально не причисленные к наркотикам вещества: алкоголь, никотин, кофеин, ряд средств лекарственной и бытовой химии.

Психоорганический синдром – выраженное снижение памяти, интеллекта и аффективного контроля.

Расщепление, сплиттинг (англ. splitting) – неспособность соединять хорошие и плохие качества в целостный образ; при этом один и тот же объект то идеализируют, то обесценивают и ненавидят.

Рационализация – сознательное обоснование своего поведения приемлемыми мотивами вместо скрытых неприемлемых.

Реактивное образование – замена неприемлемых мыслей и чувств на диаметрально противоположные.

Ремиссия – временная остановка или ослабление болезненного процесса.

Ригидный (лат. rigidus – жесткий) – не поддающийся изменению, тугоподвижный.

Сенестопатии (лат. sensus – ощущение; греч. pathos – страдание) – необычные мучительные ощущения неопределенной локализации без объективно определяемых причин.

Серотонин – эйфоризирующий нейромедиатор, при его дефиците развивается депрессия.

Сверхценное увлечение – навязчиво доминирующее в сознании отношение к объекту или виду деятельности, проявляющееся в компульсивном поведении. Сверхценными увлечениями являются вещизм, аддикция к власти, фанатизм, трудоголизм и др.

Синдром дефицита удовольствия проявляется в постоянном чувстве скуки; источником

«острых ощущений» для ребенка с этим синдромом становится гиперактивность, непослушание, лживость и агрессивность.

Синестезия (греч. aesthesis – ощущение, чувство) – ощущение в одном органе чувств при раздражении другого: краски звучат, звуки окрашены и т. п.

Слабодушие – неспособность сдерживать внешние проявления эмоциональных реакций, напр., сентиментальная слезливость.

Созависимость – вариант аддикции отношений, при котором отношения с другим человеком используются в качестве объекта аддикции.

Субдепрессия – непсихотическая, малая депрессия, без бреда и галлюцинаций.

Сублимация – контроль неприемлемых побуждений путем их частичного удовлетворения в социально одобряемой форме, напр., творческий запой.

Сумеречное помрачение сознания – приступообразно возникающее «концентрическое» сужение сознания с выраженной дезориентировкой, неукротимой яростью, направленной на узкий круг лиц, галлюцинаторно-бредовым возбуждением, бессвязной речью и последующей полной амнезией.

Суперэго – внутренний судья, часть психики, в которой находятся инфантильные

интродукты, требующие подражания идеалам и угрожающие наказанием за их предательство.

Токсикомания – зависимость от ПАВ, официально не отнесенных к наркотикам.

Токсические эмоции – негативные эмоции, ставшие объектами эмоциональной зависимости: тревога за зависимого, жалость к нему, периодическое появление стыда, вины, обиды, ненависти.

Толерантность (лат. *tolerantia* – терпение) – максимально переносимая доза ПАВ с сохранением функционирования. Поведенческая толерантность проявляется в способности контролировать внешние признаки опьянения. Функциональная толерантность отражает биохимические нарушения и заключается в необходимости со временем повышать дозу.

ПАВ для достижения того же состояния опьянения.

Тотемическое мышление (индейское тотем – объект религиозного почитания), здесь: наделение ПАВ и врача магической силой.

Триангуляция (лат. *triangulum* – треугольник) легко возникает у недифференцированных личностей, которые при возникновении конфликта пытаются привлечь третье лицо для поддержки или разрядки напряжения. Третьим объектом может быть и какая-то аддиктивная деятельность, например трудоголизм.

Фаллическая стадия (греч. *phallos* – эрегированный половой член) – наступает в результате перемещения доминирующей эрогенной зоны с ануса на гениталии.

Физическая зависимость – компульсивное влечение к опьянению со способностью к физическому комфорту в опьянении и формированием абстинентного синдрома.

Фрустрация (англ. *frustration* – разочарование, неудовлетворенность) – психологическое напряжение, переживаемое при вынужденном отказе от удовлетворения значимой потребности, крушении надежд (обида, разочарование и т. п.).

Химическая зависимость – психическое или соматическое состояние, являющееся следствием повторного употребления естественного или синтетического ПАВ.

Центр удовольствия – участок головного мозга, стимуляция которого вызывает эйфорию, по интенсивности близкую к оргазму.

Шизоид (греч. schiso – расщепляю, раскалываю) – личность с преобладающим символическим мышлением, эмоциональной отчужденностью и ранимостью.

Эго – Я, психическая инстанция, примиряющая требования реальности и собственные потребности индивида.

Эмоциональная зависимость – чрезмерная фиксация на определенных видах деятельности, проявляется, в частности, азартным поведением.

Эндоморфин (эндорфин) (греч. endo – внутри) – нейромедиатор, воздействующий на опиатные рецепторы, расположенные на поверхности нервных клеток головного мозга. Выработку эндорфина стимулирует как пребывание наедине с любимым человеком, так и страх смерти («юмор висельника»).

Энцефалопатия (греч. encephalos – мозг; pathos – страдание) – органическое поражение головного мозга с необратимыми психическими нарушениями.

Использованная литература

1. Головаха Е.И., Кроник А.А. Психологическое время личности. 2-е изд., испр. и доп. – Москва: Смысл, 2008. – 267 с.
2. Дудко Т.Н., (2008). Системный подход при оказании реабилитационной помощи лицам с аддиктивными расстройствами // Вопросы наркологии. 2008. № 3. С. 80–92.).
3. Змановская Е. В. Девиантология: (Психология отклоняющегося поведения): Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. — М.: Издательский центр «Академия», 2003. — 288 с.
4. Короленко Ц.П. Семь путей к катастрофе: деструктивное поведение в современном мире / Ц.П. Короленко, Т.А. Донских. — Новосибирск: НГПУ, 1990. – 185 с.].
5. Кондратенко В. Т. Девиантное поведение у подростков. — Минск, 1988.
6. Кулаков С.А. РЕЦИДИВ ПРИ АДДИКЦИЯХ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ: АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКА ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2016 . Т. 12, № 1 с.76-86
7. Кулаков С.А. На приеме у психолога — подросток. — СПб., 2001.
8. Кулаков С.А. Тест на детскую компьютерную интернет-зависимость. – 2004 [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.psyopodderjka.ru/content/view/86/> (дата обращения: 17.12.2017).
9. Кроник А.А., Ахмеров Р.А. Каузометрия: методы самопознания, психодиагностики и психотерапии в психологии жизненного пути. 2-е изд., испр. и доп. - Москва: Смысл, 2008. – 294 с.
10. Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения: учеб. пособие / В.Д. Менделевич. – М.: МЕДпресс, 2001. – 432 с.).
11. Симатова О. Б. Психологические механизмы формирования аддиктивного поведения // Вестник ЗабГУ. 2008. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskie-mehanizmy-formirovaniya-addiktivnogo-povedeniya> (дата обращения: 09.11.2018).с.85.
12. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика. — М., 1998).
13. Рыженко С.К. Психологическая коррекция компьютерной зависимости подростков методом символдрамы // Международный журнал экспериментального образования. – 2014. – № 10. – С. 262-264).
14. Руффлер М. Игры внутри нас. Психодинамические структуры личности / Маргарет Руффлер; пер. с англ. Т. Чхеидзе. — М. : Изд-во Института Психотерапии, 1998. — 208 с.
15. Старшенбаум Г. В. Аддиктология. Психология и психотерапия зависимостей: Когито-Центр; Москва; 2006.- 288с.

16. Уайнхолд Б., Уайнхолд Дж. Освобождение от созависимости / Перевод с английского А.Г. Чеславской — М.: Независимая фирма “Класс”, 2002. — 224 с. — (Библиотека психологии и психотерапии, вып. 103).
17. Харм С. Применение принципов, концепций и методов гештальт-терапии при лечении зависимых пациентов // «Гештальт-2002» Тематический выпуск по проблемам зависимостей. Сборник материалов Московского Гештальт Института, Москва, 2002, 73с. (13-18).
18. Ялтонский В.М., Копинг-стратегии поведения у наркозависимых и здоровых людей. Канд.... дис. — Л., 1996.