

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Тольяттинский государственный университет»

Гуманитарно-педагогический институт

(наименование института полностью)

Кафедра «Дошкольная педагогика, прикладная психология»

(наименование)

37.03.01 Психология

(код и наименование направления подготовки)

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА (БАКАЛАВРСКАЯ РАБОТА)

на тему **ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С
ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ**

Студент

Ю.В.Бауков

(И.О. Фамилия)

(личная подпись)

Руководитель

к.псх.н., доцент Э.Ф. Николаева

(ученая степень, звание, И.О. Фамилия)

Тольятти 2021

Аннотация

Бакалаврская работа посвящена актуальной проблеме современности – проблеме поиска методов и средств повышения эффективности реабилитации лиц с зависимостью от психоактивных веществ.

В исследовании изучается проблема зависимости личности от употребления ПАВ и возможности программ психологического сопровождения реабилитации лиц с зависимостью. Основное внимание в работе было посвящено изучению психологических условий, методов и подходов, способствующих преодолению личностью с зависимостью сопротивления выздоровлению, и повышения эффективности реабилитации человека с аддикциями.

Основной целью работы является изучение возможностей психологического сопровождения лиц с зависимостью от психоактивных веществ. Для достижения цели в ходе исследования решались задачи теоретического изучения проблемы зависимости и специфики организации психологической помощи и сопровождения лиц, проходящих реабилитацию. Также было организовано экспериментальное исследование, где были собраны эмпирические данные об индивидуальных особенностях личности с зависимостью, и разработана и апробирована программа психологического сопровождения реабилитации наркозависимых.

Бакалаврская работа состоит из введения, двух глав, теоретической и экспериментальной, заключения по результатам исследования, а также списка используемой при исследовании литературы.

Работа содержит таблицы (4 шт.) и рисунки (4 шт.), цель которых структурно и наглядно отразить ход и результаты эмпирического исследования. Бакалаврская работа в целом представлена на 70 страницах.

Оглавление

Введение	4
Глава 1 Теоретическое исследование проблемы зависимости личности и возможностей психологического сопровождения реабилитации лиц с зависимостью	11
1.1 Проблема зависимости от психоактивных веществ и ее изучение в отечественной и зарубежной психологии	11
1.2 Психологическое сопровождение как вид деятельности практического психолога.....	21
1.3 Особенности психологического сопровождения реабилитации лиц, зависимых от употребления психоактивных веществ.....	26
Глава 2 Экспериментальное исследование возможностей психологического сопровождения реабилитации лиц с зависимостью от употребления психоактивных веществ.....	33
2.1 Организация и методы исследования	33
2.2 Эмпирическое исследование индивидуальных особенностей личности с зависимостью от употребления психоактивных веществ.....	36
2.3 Разработка и апробация программы психологического сопровождения реабилитации лиц с зависимостью от употребления психоактивных веществ.....	45
2.4 Анализ полученных результатов.....	56
Заключение	62
Список используемой литературы	66

Введение

Актуальность исследования. В настоящее время, проблема зависимого поведения среди молодёжи и формирование у них навыков здорового образа жизни, в нашей стране, одна из важнейших тем. В современной психологии накоплена определенная информация о проблеме зависимости человека от психоактивных веществ (ПАВ) и способах её преодоления, теоретически анализируя которую, нам предстоит разобраться по этой теме, в данной работе.

В нынешнем быстроменяющемся мире технологий и высокого ритма жизни общества порождается ситуация необходимости постоянной адаптации современного человека к происходящим изменениям, что, как известно, требует перестроек как личностных сфер (ценностно-смысловых, потребностно-мотивационных), так и поведенчески-деятельностных характеристик личности. Эта ситуация характеризуется высокой стрессогенностью, а стресс, который каждый «социальный человек» испытывает в повседневности жизни, вызывает устойчивое нервно-психическое напряжение, которое требует разрядки и утилизации. Для продуктивной переработки напряжения требуются навыки, обеспечивающие нервно-психическое равновесие, а овладение ими и их использование возможно только при направленности личности на здоровье и здоровый образ жизни. К сожалению, многие прибегают к употреблению различных веществ, которые сегодня классифицируются как психоактивные, которые мало решают задачи восстановления нарушенного баланса, но при употреблении вызывают эйфорию, ложное чувство отдыха и расслабления и запускают механизм привыкания, формируя зависимость. Употребление психоактивных веществ, став неотъемлемой частью жизни, крайне деструктивно влияют на человека – его продуктивность, целенаправленность, на мотивы жизни и способность к их соподчинению, на систему отношений человека в социуме, на интимно-личностные отношения. Такая

ситуация приводит зачастую к необратимым изменениям соматического и психического здоровья человека и, в итоге, к деформации личности.

Наряду с технологическим прогрессом, «нарко» и «алко» индустрия также не стоит на месте. С начала двадцать первого века на улицы нашей страны огромным потоком хлынули новые виды синтетических наркотиков, вызывающие мгновенное привыкание, некоторые из которых даже не определяются тестами. На прилавках магазинов появился большущий выбор алкогольных напитков, с набором всевозможных вкусов и прекурсоров, быстро изменяющих при их употреблении психологическое и физическое состояние. Такая ситуация «спроса и предложения», где человек, желающий получить быстрый эмоциональный подъём и расслабление вполне легко находит в социуме возможности для получения, желаемого и удовлетворения своих гедонистических потребностей, во-многом усложняет задачи профилактики зависимости человека от употребления психоактивных веществ, лечения этих состояний (алкоголизма, наркомании, токсикомании) и посттерапевтических программ реабилитации зависимого.

Актуальность проблемы нашего исследования обуславливается социальным заказом современного общества, а также потребностью повышения эффективности психологического сопровождения лиц с зависимостью от психоактивных веществ. В последние годы увеличилось количество лиц, употребляющих психоактивные вещества в возрасте от 18 до 35 лет, который является как раз периодом становления и реализации личности, периодом выбора и становления, стремлений и формирования новых социальных отношений. Сложность стоящих перед личностью задач и желание и, зачастую, невозможность решить их в полном и желаемом объеме, порождает негативные чувства и состояния, при которых люди чувствуют себя одинокими и потерянными, нереализованными и неудовлетворёнными жизнью, усиливая тенденцию образования зависимости, с одной стороны, и усложняя процесс выздоровления и реабилитации, с другой.

Исходя из того, что, на этапах отказа от употребления психоактивных веществ, человек также переживает стресс, а в аспекте его индивидуальных психологических особенностей и по-разному его переносит, современные программы реабилитации имеют разную степень эффективности, что в свою очередь усложняет решение такой важной социальной задачи, как борьба с алкоголизмом и наркоманией. Все это поднимает вопрос о поиске путей и средств повышения эффективности как лечения, так и реабилитации зависимых для их полнейшего выздоровления и возвращения к полноценной социальной активности.

Проблемы зависимости от психоактивных веществ, аддиктивного поведения личности, модели и методы их терапии, возможности практической психологии и психотерапии для решения задач профилактики и коррекции зависимого поведения активно разрабатываются и изучаются в науке. Так, в зарубежной психологии проблемой аддиктивного (зависимого) поведения занимались такие ученые, как Д.Р. Меерс, Л.М. Додс, В. Миллер, М. Ландри, Л. Вёсмер и многие другие. В отечественной психологии этим занимались Б.С. Братусь, С.И. Кулаков, Е.В. Змановская, Н.П. Бурмак, А.Е. Личко, Е.П. Ильин, В.С. Донских, Ц.П. Короленко, В.Д. Менделевич и другие.

Проблемами психотерапевтической помощи личности с нарушениями поведения и коррекцией зависимого поведения занимались Э. Берн, Ст. Гроф, А. Менегетти, Н. Пезешкиан, Н.С. Курек, Д. Кипер, К. Рудестам, И.Д. Ялом, Т.Т. Горски, В.Ю. Александрова, М.Н. Овчинникова, Д.А. Захидов, Л.И. Сосина, Н.Н. Иванец, А.Д. Игонин, Ю.В. Валентик и др.

Проблема исследования обусловлена необходимостью поиска путей и средств повышения эффективности реабилитации зависимых для их полнейшего выздоровления и возвращения к полноценной социальной активности, что требует дальнейшего изучения возможностей психологического сопровождения реабилитационных этапов излечения и разработкой и апробацией психологических программ, направленных на

формирование здоровых компонентов личности зависимых от употребления психоактивных веществ с целью их качественной реабилитации и повышению эффективности терапии зависимости.

Противоречия:

– несмотря на научную изученность в психологии проблемы аддикции и аддиктивного поведения все еще недостаточно изучены проблемы индивидуальности и роли индивидуально-психологических различий в образовании зависимого поведения человека, а также влияющие на эффективность излечения и реабилитации зависимого;

– разработанность проблемы психотерапевтической помощи лицам с аддиктивным поведением все еще не привела к решению проблем эффективной реабилитации лиц с зависимостью, что требует дальнейшего поиска методов и средств как психотерапии, так и психологического сопровождения лиц с аддикцией.

Цель исследования: изучение возможностей и особенностей психологического сопровождения реабилитации лиц с зависимостью от психоактивных веществ.

Объект исследования – зависимость (аддикция) от психоактивных веществ.

Предмет – психологическое сопровождение реабилитации лиц с зависимостью от психоактивных веществ.

Гипотеза исследования: мы предполагаем, что программа психологического сопровождения реабилитации лиц с зависимостью от психоактивных веществ, включающая в себя изучение индивидуальных особенностей личности клиентов, проявляющихся в виде психологических защитных механизмов личности, мотивации к избеганию неудач, особенностей волевого самоконтроля и программы, направленной на осознание негативных проявлений этих особенностей, активизирует личностные ресурсы и мотивирует личность зависимых на выздоровление.

Задачи исследования:

1) Проанализировать теоретическую литературу по проблеме аддиктивного поведения и особенностей психологического сопровождения лиц с зависимостью от психоактивных веществ.

2) Провести эмпирическое исследование индивидуальных особенностей личности с зависимостью от употребления психоактивных веществ.

3) Разработать и апробировать программу психологического сопровождения реабилитационного процесса лиц с зависимостью от ПАВ.

4) Проанализировать полученные в ходе исследования результаты.

Методы и методики исследования:

1) Метод теоретического анализа.

2) Методы психодиагностики:

– опросник «Индекс жизненного стиля» (LifeStyleIndex, LSI), авторы Р. Плутчик, Г. Келлерман, Х.Р. Конте [9];

– тест-опросник «Сопротивление», разработанный на основе программ «Миннесотской модели реабилитации», адаптация специалистами реабилитационного центра «Флагман»;

– методика оценки мотивации избегания неудач, автор Т. Элерс, в адаптации М.А. Китти [58];

– опросник волевого самоконтроля (ВСК), авторы А.Г. Зверков, Е.В. Эйдман [42].

3) Методы количественной и качественной обработки эмпирических данных.

Методологической основой исследования выступают научно-теоретические взгляды на проблему аддикции Б.Д. Карвасарского, Е.П. Ильина, С.Ф. Смагина, А.В. Гоголевой, Ц.П. Короленко, Т.Т. Горски, Н.Н. Иванца, а также И. Ноймана, Д.Р. Меерса, Л.М. Додса, А. Менегетти, Н. Пезешкиана, К. Рудестама, И.Д. Ялома и др.

Теоретическая значимость исследования заключается в систематизации взглядов на проблему аддиктивного поведения, его

образования, факторов, влияющих на развитие зависимостей, а также в анализе психологических моделей, методов и технологий, способных положительно влиять на результативность реабилитационных программ лиц с зависимостью от психоактивных веществ.

Практическая значимость исследования заключается в возможности применения полученных данных об особенностях мотивационной направленности лиц с зависимостью, специфике их волевой регуляции и способах психологической защиты личности, а также апробированной программы психологического сопровождения в реабилитационные программы центров помощи лицам с зависимостью от употребления психоактивных веществ.

Новизна исследования заключается в разработке и апробации программы психологического сопровождения лиц с зависимостью от ПАВ, проходящих реабилитацию в специализированных центрах помощи.

Экспериментальная база исследования: исследование и апробация программы психологического сопровождения проводились на базе автономного некоммерческого общества «Сообщество «7 Навыков выздоравливающего наркомана и алкоголика»» (АНО «СООБЩЕСТВО 7 Н»), реабилитационного центра «Флагман», г. Севастополь.

Положения, выносимые на защиту:

– аддиктивное поведение как одно из разновидностей девиации личности требует при оказании помощи и реабилитации серьезного изучения индивидуальных особенностей личности с зависимостью от употребления психоактивных веществ;

– в программы психологического сопровождения при реабилитации лиц с зависимостью от ПАВ для результативности необходимо включать психодиагностические исследования индивидуальных особенностей, особенностей мотивации и волевой регуляции лиц с зависимостью для осознания ими собственных личностных особенностей и их роли в образовании аддикции, что позволит лицам с зависимостью от ПАВ

улучшить самопонимание и повысить самоконтроль и самоорганизацию на этапах реабилитации;

– программы психологического сопровождения реабилитации лиц с зависимостью, организованные с использованием интегративного подхода, где объединяются классические принципы, подходы и методы групповой психотерапии, методы коррекции защитного поведения личности и анализа сопротивления, будут способствовать повышению качества реабилитации личности пациентов.

Структура и объем работы. Работа содержит введение, две главы, заключение и список используемой литературы (62 источника). В работе содержится 4 таблицы, 4 рисунка. Общий объем работы составляет 70 страниц.

Глава 1 Теоретическое исследование проблемы зависимости личности и возможностей психологического сопровождения реабилитации лиц с зависимостью

1.1 Проблема зависимости личности от психоактивных веществ и ее изучение в отечественной и зарубежной психологии

В современной психологической науке химическая зависимость относится к аддиктивному поведению («аддикт, лат. *Addictus*, – в свободном переводе – это приговоренный за долги к рабству...» [55, 10, 11], как к одной из форм девиантного поведения личности.

В изучении девиантного поведения критерием нормы психического развития является способность человека к адаптации в окружающей среде. Данное направление представляют такие ученые, как М. Герберт, К. Хорни, Д. Боулби, Г. Салливан, Э. Эриксон, А. Адлер, П.П. Блонский, Г.М. Бреслави другие [17, 4].

Понимание сути девиантного (отклоняющегося) поведения дано в психологических словарях. Под девиантным поведением принято считать «...негативную и неодобряемую систему поступков, действий, жестов, слов человека, противоречащих установленным и сложившимся в социуме нормам, правилам, принципам, представлениям и ролевым предназначениям, а именно ценностно-нормативной системе, существующей на определенном этапе функционирования и развития общества...» [5, с. 45]. Девиантное поведение является, по мнению ученых, результатом воздействия неблагоприятных факторов, обуславливающих нарушение процесса становления и социализации личности.

В клинической психологии [22, 12, 13] различают следующие основные виды девиантного поведения:

1) Деструктивное поведение, которое обозначает поведение, при котором личность причиняет вред только себе (мазохизм, конформизм и т.д.).

2) Асоциальное поведение – когда личность причиняет вред себе и окружающим (семья, соседи, друзья, коллеги по работе). Основные формы проявления - алкоголизм, наркомания, токсикомания, игромания и пр., что в целом называют аддиктивным поведением.

3) Противоправное поведение, при котором личность нарушает моральные, правовые нормы и уголовно-правовые нормы, то есть, совершает административные или уголовные преступления.

Аддиктивное поведение, как одно из вариантов девиантного, является по своей сути «...одной из форм деструктивного поведения человека и выражается в стремлении к уходу от реальности путем изменения своего психического состояния посредством приема некоторых веществ или постоянной фиксации внимания на определенных предметах или активностях (видах деятельности), что сопровождается развитием интенсивных эмоций...» [5, 61].

В работах Б.Д. Карвасарского отражается его понимание аддиктивного поведения, которое он расшифровывает как «отклоняющееся поведение, характеризующееся стремлением к уходу от реальности путем искусственного изменения своего психического состояния посредством приема некоторых веществ или постоянной фиксацией внимания на определенных видах деятельности, направленное на развитие и поддержание интенсивных эмоций» [22].

В исследованиях Е.П. Ильина указывается что «под аддиктивным поведением (addiction – пагубная привычка) следует понимать злоупотребление одним или несколькими химическими веществами, протекающее на фоне измененного состояния сознания» [16, 18, 20].

Помимо указанных нами взглядов на понимание сути аддиктивного поведения существуют и другие подходы в определении как сути аддикции, так и в систематизации видов аддиктивного поведения.

Например, С.Ф. Смагин считает, что в понятие и разновидности аддиктивного поведения входят «...следующие варианты совершаемых

личностью действий: употребление алкоголя, никотина; употребление веществ, изменяющих психическое состояние, включая наркотики, лекарства, различные яды; участие в азартных играх, включая компьютерные; сексуальное аддиктивное поведение; переедание или голодание; «работоголизм»; телевизор, длительные прослушивания музыки, главным образом основанной на низкочастотных ритмах; политика, религия, сектантство, большой спорт; манипулирование со своей психикой; нездоровое увлечение литературой в стиле «фэнтези», и др.» [19, 23, 44].

А.В. Гоголева в своих работах, направленных на изучение девиантного и, в частности, зависимого поведения личности, предлагает свою классификацию аддиктивного поведения. Она предлагает для лучшего понимания проблемы разграничить аддиктивное поведение на группы, где принципом разделения станут специфические источники, или стимулы, провоцирующие образование у человека связи и организующие его поведение. Ею предложено систематизировать все варианты аддикции распределить на химические и нехимические, где первые будут «включать в себя алкоголизм, наркоманию, токсикоманию, табакокурение», а вторые будут представлены «компьютерной аддикцией, азартными играми, любовными аддикциями, сексуальными аддикциями, работоголизмом, аддикциями к еде...» [12, с. 34].

Ее подход к классификации поддерживается и Ц.П. Короленко, который так же для анализа и понимания различных аддикций использует наличие или отсутствие химического вещества, воздействующего на кровь и мозг человека, и вызывающего определенные изменённые состояния сознания. Интересно, что Ц.П. Короленко расширяет виды нехимических аддикций и определяет «...азартные игры (гэмблинг), аддикцию отношений, сексуальную, любовную аддикции, аддикцию избегания, работоголизм, аддикцию к трате денег, ургентную (ощущение нехватки времени и срочности любой активности) аддикцию...» как формы отклоняющегося поведения, обусловленного факторами нехимического происхождения [24,

27, 28]. А вот нарушения пищевого поведения, такие как переедание или голодание, Ц.П. Короленко определяет в промежуточные категории видов аддикции между химической и нехимической зависимостью, что он объясняет наличием в еде веществ, имеющих биохимический фактор [25, 29, 32].

В систематизации вариантов психологического понимания аддиктивного поведения, сделанного Ск. Даулингом, объясняется общее представление и его суть, и говорится, что «аддиктивное поведение характеризуется широким спектром патологий различной степени тяжести – от поведения, граничащего с нормальным, до тяжелой психологической и биологической зависимости, которое отличается стремлением уйти от действительности путем изменения своего психоэмоционального состояния при помощи ПАВ – психоактивных веществ, то есть веществ растительного или искусственного происхождения, влияющих на работу головного мозга и центральной нервной системы, и приводящих к изменению сознания» [41, с.18; 62].

Действительно, несмотря на некоторые различия в объяснении этого понятия и понимания вариантов аддиктивного поведения, все они определяют его смысловую и мотивационную нагрузку, как попытку уйти от реальности, благодаря чему можно достичь состояний, сопровождаемых «сильными эмоциональными переживаниями». Они же, в свою очередь, становятся доминирующим фактором при выборе личностью поведенческих паттернов и направленности на достижение, где человек стремится воспроизвести желаемое им состояние. Именно эмоции человека, имеющего отклоняющееся поведение, играют решающую роль в формировании зависимости, где сила испытываемых эмоций зачастую определяет и силу зависимости.

В 1964 году Всемирная организация здравоохранения ввела термин «зависимость», заменяющий термины «пристрастие» и «привыкание». Согласно международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-

10) [37, 33, 34], «зависимость определяется как группа поведенческих, монистических и физиологических феноменов, развивающихся при неоднократном использовании вещества, которые включают сильное желание принять наркотик, отсутствие самоконтроля, употребление несмотря на пагубные последствия, более высокий приоритет употребления наркотиков перед другими действиями и обязательствами, увеличенную толерантность к веществам. Синдром зависимости может относиться к определенному психотропному веществу (например, табак, алкоголь или диазепам), к классу веществ (например, препараты опиоида), или к более широкому диапазону различных психотропных веществ» [40, с.16].

Химическая зависимость является хроническим (развивающимся в течение всей жизни), прогрессирующим (с течением времени состояние больного ухудшается), рецидивирующим (возвраты к употреблению после ремиссии) и неизлечимым (нарушена работа головного мозга без возможности когда-либо восстановиться до прежнего состояния) заболеванием.

Психологическую характеристику личности химически зависимого человека стоит начать с определения химической зависимости. Химическая зависимость – это хроническое, прогрессирующее, как правило, не излечимое заболевание, характеризующееся навязчивым характером употребления ПАВ – психоактивных веществ [39, 40, 48]. Также важными дополнениями к пониманию химической зависимости является определенная характеристика поведенческих паттернов личности. Так, важным является то, что, несмотря на понятные и разрушительные последствия, употребление этих веществ не прекращается зависимым. Другое важное дополнение – это ритм и режим употребления, который может быть, как постоянным, так и периодическим. И как резюме все перечисленных характеристик выделяют особенность зависимого поведения, при котором личность знает о негативных последствиях, не подлежащих компенсации, и возможно со

смертельным исходом, видит все это в реальности жизни, но это не является причиной для человека прекратить употреблять психоактивные вещества.

По определению Т.Т. Горски, «химическая зависимость – это болезнь, которая приводит к тому, что человек теряет контроль над употреблением алкоголя и других наркотиков...Потеря контроля приводит к физическим, психологическим, социальным и духовным проблемам. Повреждается личность в целом» [13, с. 7].

Согласно определению О.Ф. Ерышева, «химическая зависимость определяется как сочетание физиологических, поведенческих и других явлений, при которых употребление вещества или класса веществ начинает занимать первое место в системе ценностей индивида» [16, с. 4].

Использование в определении понятия «хроническое» говорит о том, что болезнь развивается длительно, в течение определенного периода времени, в зависимости от употребляемого вещества, это могут быть месяцы, а могут быть и годы. Понятие «прогрессирующее» говорит о том, что с течением времени болезнь усиливается, состояние человека становится все хуже и хуже, что в конечном итоге становится «неизлечимым» вследствие необратимых изменений на уровне биохимии мозга. Навязчивый характер употребления, так называемая «тяга», приводит к потере контроля над употреблением, оно происходит даже, не смотря на очевидные негативные последствия. Употребление происходит систематически, например, у наркоманов, или периодически, например, периоды запоев у алкоголиков. Это рано или поздно приводит к преждевременной смерти. И совсем не обязательно эта смерть будет от передозировки или белой горячки. Это могут быть ситуации, в которые зависимый попал потому, что был в наркотическом или алкогольном опьянении.

Очевидно, что химическая зависимость толкает человека на регулярное употребление ПАВ ради получения «удовольствия». Но такое «удовольствие» весьма дорого обходится. Зависимый платит своим здоровьем, временем, репутацией, перспективами и многим другим.

Химическая зависимость позволяет пережить краткосрочное удовольствие в начале, затем порождает долгосрочную боль и дисфункцию, происходит нарушение работы самосознания, появляются навязчивые идеи и нерациональные поступки, что приводит к полной потере контроля над употреблением. Согласно Т.Д. Зинкевич-Евстигнеевой, так же возникает «...проблема нравственной деградации...Потеря человеком духовных ориентиров, лучших созидательных качеств своей души, превращает его в Разрушителя себя и окружающего мира» [18, с. 7]. И хотя зависимый человек понимает, что употребление приводит к серьезным проблемам, его это не останавливает. Это приводит к временному облегчению, которое после сменяется на долгосрочную боль. Зависимый попадает в своеобразный «замкнутый круг», цикл: употребление– облегчение – боль от последствий употребления – опять употребление.

Химическая зависимость условно разделяется на два общих вида: алкоголизм – зависимость от алкоголя, и наркомания – зависимость от наркотических веществ.

В энциклопедическом словаре медицинских терминов дается такое определение: «Алкоголизм хронический (синонимы: болезнь алкогольная, токсикомания алкогольная, этилизм) – форма токсикомании с пристрастием к употреблению веществ, содержащих этиловый спирт, и развитием в связи с этим хронической интоксикации» [6, 41, 45]. В этом определении слово «пристрастие», согласно терминологии ВОЗ, вполне можно сегодня заменить термином «зависимость».

Согласно определению Н.Н. Иванца и И. Ноймана: «Алкоголизм (хронический алкоголизм, хроническая алкогольная интоксикация, алкогольная болезнь, алкогольная токсикомания, этилизм) – это прогрессивное заболевание, характеризующееся патологическим влечением к спиртным напиткам, развитием абстинентного (похмельного) синдрома при прекращении приема алкоголя, а в далеко зашедших случаях – стойкими соматоневрологическими расстройствами и психической деградацией», [19,

с. 113-114]. В этом определении также говорится о «пристрастии», но добавляется еще такой признак, как «абстинентный синдром».

В характеристике Е. Савиной «Наркомания – болезненная зависимость от наркотиков, характеризующаяся постепенным изменением всей жизни человека и подчинением ее употреблению наркотиков, это вид химической зависимости» [43, с. 54].

Н.Н. Мехтиханова, рассматривая специфику появления зависимости, отмечает, что «синдром психической зависимости включает патологическое влечение к наркотику и способность достигать состояния психологического комфорта в интоксикации, возникает во всех случаях систематического, а иногда однократного, употребления психоактивных веществ» [34, с. 47]. В ее работе указывается и психопатологическая конструкция личности, которая отражает сопутствующие патологические состояния психики в виде obsessions, compulsions, импульсивности, сверхценных идей, причем все это существует в сознании человека на фоне снижения критичности к своему состоянию и к продукту своей деятельности. Патологический уровень этих симптомов на психологическом уровне выражен в личности отсутствием (или снижением) борьбы мотивов, урезанием (редукцией) критического анализа собственного Я и рефлексии, импульсивностью и склонностью к аффективному поведению и многими другими.

Н.Н. Мехтиханова указывает, что «...клинически такая зависимость проявляется в навязчивых мыслях о наркотике, повышенном настроении в – предвкушении его приема, и подавленности – при его отсутствии; течение влечения волнообразно, может иметь циклический характер; психический комфорт возможен при условии интоксикации, для нормального функционирования потребен наркотик» [34, с. 65].

А.Е. Айвазова выделяет «...четыре уровня рабства как уровни, на которых формируется и проявляется химическая зависимость: физический, психологический, социальный, духовный» [1, с. 28-29].

На физическом уровне химическое вещество дает возможность удовлетворения потребностей в удовольствии («кайф») и снятии боли («ломка»); при неумении получать удовольствие другими способами «человек довольствуется химическими веществами». На психологическом уровне удовлетворяется потребность в любви и принятии при переживании ее дефицита и неумении выражать, проявлять: химическое вещество раскрепощает, актуализирует ощущение удовольствия, эйфории, становится легко. На социальном уровне удовлетворяется потребность в отношениях: раскрепощая, вещество «помогает» строить отношения – сначала снимая барьеры, а потом вызывая крепкую ассоциативную связь вещества с хорошими отношениями. На духовном уровне удовлетворяется потребность верить во что-то как ориентирующий фактор-мотив в жизни: давая иллюзию благополучия в состоянии химического воздействия, вещество символизирует «своего бога», поскольку невозможно не доверять тому, что дает тебе столько блага – физическое удовольствие, ощущение любви и принятия, хороших отношений и собственной значимости в них.

Но во всех случаях удовлетворение потребностей имеет искаженный и иллюзорный характер, и проблемы личности на всех уровнях усугубляются все больше и сильнее: разрушается здоровье, портятся отношения, симптоматически давит чувство вины, ощущение удовлетворения чередуется с ощущением неудовлетворенности и т.д.

Интерпретация психологических характеристик личности химически зависимого человека и его поведения эксплицитно представлена в работах Е.А. Стрельниковой и Д.Ю. Старкова. Так, Е.А. Стрельникова выделяет следующие психологические особенности химически зависимой личности. Она считает обязательными, присущими зависимому, чертами являются «...ригидность, повышенный уровень внушаемости, неспособность адекватно планировать и прогнозировать свое будущее, эгоцентризм, алекситимия, мечтательность, нетерпеливость и максимализм» [48, с. 32].

Далее Е.А. Стрельникова отмечает, что ригидность характерна всей психической деятельности химически зависимой личности. Детализируя специфику ригидности лиц с зависимостью, она указывает, что это отражается на осмыслении реальности, установках, на стилях поведения, оценке существующих отношений. Она говорит, что «...для лиц с химической зависимостью характерны наивность, простодушие, непосредственность. Они склонны удивляться, обижаться, разочаровываться в силу отсутствия точного представления о реальности. Они бывают излишне доверчивыми. Такие люди часто попадают впросак в силу непосредственного инфантильного взгляда на жизнь» [48, с. 72].

Для человека с химической аддикцией характерен также повышенный уровень внушаемости, который всегда раскрывается в таких характеристиках личности, как некритичность, легковёрность, податливость групповому воздействию и авторитарному управлению, т.е., этим людям присущ конформизм. Также им присуща низкая критичность по отношению к другим людям, их вмешательствам, влиянию, образу мыслей и мировоззрению, причем они не только доверчивы, но и не склонны оценивать полезность, безопасность или вредоносность для своей личности внешних психических воздействий, что приводит к отсутствию у них тенденции противостоять этому влиянию и сопротивляться ему.

Неспособность адекватно планировать и прогнозировать свое будущее обусловлена редукцией способности соотносить свои прошлые и настоящие действия и снижением или утратой такого личностного качества, как ответственность (в данном случае ответственность перекладывается на других людей или неблагоприятные обстоятельства). Соответственно, непоследовательность в согласовании прошлого и настоящего опыта при редуцированной или смещенной личностной ответственности приводит к неспособности человека понимать последствия своих настоящих действий и поступков, ориентироваться в собственной жизни и отношениях, адекватно планировать собственное будущее.

1.2 Психологическое сопровождение как вид деятельности практического психолога

На начальных этапах зависимости человек по-прежнему является вполне благополучным в психологической и социальной сфере жизни. Это может продолжаться от нескольких месяцев до нескольких лет. Однако неизбежно отношения с ПАВ перейдут на следующий этап. Зависимое поведение нездоровым образом подменит собой процесс взаимодействия с реальностью, который должен был бы сформироваться вследствие личностного роста и развития. Аддиктивное поведение начинает превалировать и зависимый полагает, что возрастающие проблемы в основных сферах его жизни не создаются в результате употребления ПАВ, а являются внешними, не зависящими от него обстоятельствами и факторами.

В итоге употребление ПАВ становится доминирующей потребностью, а без этого, как он считает, жизнь тяжела и скучна. Его личность, а вместе с тем все жизненные сферы деградируют, он отдаляется от общества, как и от своего прежнего жизненного уклада. В свою очередь окружающие люди начинают относиться к нему негативно. Зависимый не ставит под сомнение то, что удовлетворить свои жизненные потребности он сможет лишь одним способом – употребляя психоактивные вещества. Постепенно его психика и биологические функции организма разрушаются, наступает преждевременная смерть.

Психология болезни химической аддикции и способы психологической реабилитации представлены в работах Е. Савиной. Она говорит, что профилактика химической зависимости – это постоянный, непрерывный процесс, в котором участвует не только зависимый. К этому процессу так же подключены, как близкие люди, так и терапевтическая группа, «спонсоры», либо другой человек, который сможет указать, но то, что зависимый ушёл в сторону от выздоровления, то есть «едет вниз» [43, 46, 50].

В аспекте защитных механизмов химически зависимой личности также представлены важные данные. Психологические характеристики защитного поведения и особенности функционирования защитных механизмов химически зависимой личности выведены Л.Ю. Субботиной [49, 52, 55].

Соппротивление как симптом химической зависимости личности представлено в исследовании А.Е. Айвазовой. Анализ исследований этих авторов, даёт нам понимание того, что «психика зависимого человека находится в состоянии сопротивления необходимости лечения, так как неосознанно считает употребление жизненно необходимым, а попытки избавиться от зависимости воспринимает как смертельную угрозу и этой угрозе сопротивляется» [1, 56, 59].

Негативная динамика зависимого и роль в этом процессе распада и деградации личности, ее психической деятельности, сознания и бессознательного человека, определяют значимость психологической работы с личностью в ходе реабилитационных этапов борьбы с зависимостью. В данном контексте в современные подходы лечения зависимости от ПАВ включены многие программы психологического сопровождения, психологической коррекции с элементами не только исправления повреждённых структур личности, но формирования в ней нужных компонентов и навыков, направленных на восстановление регуляторных способностей личности, ее ценностно-потребностных структур, личностных ресурсов, необходимых для успешной реабилитации [21].

В профессиональной деятельности практического психолога, работающего непосредственно с зависимыми людьми, сопровождение подразумевает под собой метод, создающий необходимые условия для принятия человеком оптимальных решений в сложившейся жизненной ситуации, формирования адекватной оценки последствий своего употребления и мотивации к прохождению курса программы реабилитации [38].

Психологическое сопровождение в программе реабилитации представляет собой особую форму проведения длительной социальной и психологической помощи клиенту. Отличие такой организации психологической помощи от программ психологической коррекции в том, что она строится на идее о том, что сутью сопровождения и его целью становится не «исправление недостатков или трансформация личности», а процесс поиска скрытых ресурсов развития субъекта, патронаж его возможностей, открытие перспектив личностного роста. На этой основе создаются условия для перехода личности к самопомощи. В качестве результата психологического сопровождения клиента в реабилитационном процессе выступает рост приспособляемости, то есть приятия способности к самостоятельному достижению гармонии в отношениях с собой и другими людьми. Это может случаться как в благоприятных, так и в стрессовых жизненных ситуациях.

Сопровождение, как вид деятельности практического психолога, представлено комплексным методом, предназначенным для интенсивного и направленного формирования навыков, необходимых для восполнения недостающего или полностью отсутствующего здорового опыта взаимодействия с окружающей реальностью, людьми и самим собой.

В программу деятельности практического психолога входит работа с комплексами, психологическими травмами, фрустрациями, паталогическим влиянием психологических защитных механизмов, неадаптивными формами поведения, иррациональными установками, самоидентификацией, влечением к ПАВ (игре), сложностями в построении коммуникаций, составление плана выздоровления вне стен центра реабилитации, формирование навыков преодоления стрессовых ситуаций и многое другое.

В связи свыше изложенным, командой АНО «Сообщество 7Н» было принято решение о создании обоснованной и пригодной к применению в данных условиях программы «Флагман - 1», направленной на социально-

психологическую реабилитацию, предназначенную для лиц с наркологическими расстройствами.

Разработанная специалистами реабилитационного центра программа рекомендована ведущими исследовательскими институтами в области наркологии и психиатрии и допущена к использованию в качестве альтернативной программы социально-психологической реабилитации для подобного рода организаций, различной организационно-правовой формы (государственные и негосударственные, коммерческие и некоммерческие), а так же в формате комплексного лечебно-реабилитационного процесса в медицинских, наркологических организациях в системе социально-психологической составляющей медицинской реабилитации.

В традициях программы «Сообщества 7-Н» написано, что единственным условием для того, чтобы начать свой путь выздоровления по программе 7-Н, необходимо признать себя зависимым. Как правило, зависимый человек это отрицает. Ведь согласиться с этим, для него равнозначно осознанию собственной ущербности и слабости. Задача практического психолога, дать понимание о том, что признание проблемы в действительности означает установление контроля над собственной жизнью. С принятием этой мысли, зависимому гораздо легче смириться с тем фактом, что без лечения не обойтись. Практический психолог тратит достаточно много сил на то, чтобы клиент осознал беспомощность своего сознания перед сдерживающими силами болезни. Потребуется много усилий и терпения для того, чтобы всё вернулось на круги своя и в этом психолог готов стать посредником и наставником. Очень важно помочь клиенту поверить в собственные силы. Иногда осознание того, что человек зависим, воспринимается иначе, он долгое время может впасть в уныние, заниматься самоосуждением. Психологу важно своевременно отреагировать на этот момент. Индивидуальный подход к каждому клиенту, поможет понять проблемное поле зависимого и пробудить веру в собственные силы. Найти его ориентиры сложно, но это едва ли не половина дела. В период

употребления, зависимый считает себя значимым лишь когда употребляет, в этом весь смысл жизни и все приоритетные достижения, если правильно и грамотно проведена вышеописанная работа, то этот смысл пропадает. Психолог вместе с подопечным занимаются поиском равносильной цели. Это самая сложная часть реабилитационного процесса, в которой психолог принимает участие. Однако есть масса промежуточных подпунктов и неправильный, неграмотный подход к которым способен воспрепятствовать процессу реабилитации и выздоровления в целом.

Задачей ведущего специалиста (практикующего психолога) программы является так же психологическая поддержка участников программы, разрешение психологических проблем, препятствующих выполнению ответственных ролей, семейное консультирование, направленное на трансформацию семейной системы в зависимости от результатов работы с каждым участником программы.

Психолог совместно с руководителем реабилитационной программы определяет формат для работы с каждым клиентом программы, составляет индивидуальный план прохождения программы, проводит динамическое наблюдение за клиентом и вносит коррективы в план реабилитации.

Для выполнения этих задач психолог выполняет следующие обязанности:

- проводит опрос и заполнение диагностического интервью, проводит первичную психодиагностику и интервью для определения психологических особенностей клиента программы;
- проводит первичную консультацию для клиентов центра и презентацию общих положений программы;
- проводит индивидуальные консультации с клиентом программы;
- проводит индивидуальное консультирование клиента и прием заданий по модулям программы;
- проводит групповое консультирование, тренинги и другие занятия для клиентов программы;

- проводит семейные консультации, интервенции для клиентов программы;
- работает с клиентами центра над преодолением сопротивления к прохождению полного курса реабилитации;
- регулярно находится в контакте с координатором центра и руководителем программы;
- повышает свою профессиональную квалификацию.

Психолог программы (ведущий специалист программы) имеет более высокий приоритет перед консультантом. По предварительному уведомлению психолог может освобождать клиента программы от общих занятий центра для проведения индивидуальных консультаций.

Таким образом, психологическое сопровождение личности, проходящую реабилитацию зависимости, имеет широкий охват, представлена комплексом мероприятий и функций психолога и специалистов сопровождения, которые обеспечивают и поддерживающий, и стимулирующий развитие личности эффект, обеспечивая тем самым непрерывность, индивидуальный подход и личностно-ориентированное взаимодействие в системе отношений.

1.3 Особенности психологического сопровождения реабилитации лиц, зависимых от употребления психоактивных веществ

Основной принцип психологического сопровождения реабилитации химически зависимой личности – это организация и обеспечение таких условий, в которых человек, нуждающийся в помощи, получит стимул и ресурсы для реализации своей направленности на полный отказ от психоактивных веществ в ходе своей социальной реализации.

Успешным результатом лечения может считаться только полный отказ от употребления наркотика или алкоголя и дальнейшее воздержание от приема любых психоактивных веществ. Зависимый человек в программе

реабилитации - лицо, которое обратилось за помощью в центр реабилитации по причине невозможности самостоятельно прекратить употребление психоактивных веществ.

Анализ современных практико-ориентированных исследований по проблемам помощи лицам с аддикциями, их лечения и реабилитации, показывает чрезвычайную сложность такой задачи. А.Н. Шурыгин [57], Л.Э. Кузнецова [26], А.О. Бухановский [7], С. Даулинг [14], С.В. Уманский [51], Г.В. Старшенбаум [47], И.С. Мирошниченко [35] и многие другие в своих работах по терапии, коррекции и профилактике зависимостей указывают на необходимость не только системности, последовательности, долгосрочности, комплексности психологического и психотерапевтического воздействия, но и высокой квалификации, профессиональной компетентности и личностной готовности специалиста, реализующего задачи реабилитации.

Выздоровление по программе реабилитации – это процесс преодоления химической зависимости, при котором зависимый человек отказывается от употребления психоактивных веществ, поступает в центр реабилитации и приступает к работе с терапевтически-развивающими программами, устанавливает причины своего употребления, проводит работу над исключением этих причин в будущем, а после выписки из реабилитационного центра активно занимается развитием своей личности и своего благополучия.

Химическая зависимость создает своеобразную ситуацию, где, в отличие от всех других болезней, где человек направлен на выздоровление и активно «заботясь о своем здоровье, выполняет все предписания врача», то зависимый, как было уже сказано, активен в противоположном направлении – он сопротивляется лечению, которое для его личности представляет угрозу удовольствию, приятным эмоциям и переживанию их. Сложность также обусловлена условиями реабилитации, где для успешности лечения практикуется изоляция пациента от привычного социума, а также для самого

лечения требуется добровольное согласие самого зависимого, от которого он имеет право отказаться. Все это усложняет не только процесс реабилитации, но и его результативность.

Психологическое сопровождение стандартно организуется типичным образом. Оно представлено определенными и последовательно реализуемыми этапами на фоне применения того или иного метода отказа от употребления психоактивных веществ.

Среди этапов можно выделить, во-первых, период прекращения приема ПАВ, во-вторых, этап компенсации абстинентного синдрома и детоксикация организма, реализуемый как медикаментозное лечение пациентов, и в-третьих, этап психологического сопровождения для поддержания стабилизированного физического и психического состояния, достигнутого на предыдущих этапах работы, и сохранения оптимально возможного уровня здоровья личности зависимого.

Методами отказа от употребления ПАВ сегодня являются модели «...постепенной отмены наркотика со снижением его дозы в течение нескольких дней; одномоментной отмены наркотика с назначением лекарств, облегчающих состояние больного, уменьшающих выраженность проявлений абстиненции или устраняющих их; замены одного наркотика другим и оперативное вмешательство на головном мозге» [35].

Самым часто употребляемым как в мире, так и в нашей стране методом отказа от употребления является метод «одномоментной отмены наркотика». Остальные модели используются только по существенным показаниям. Например, постепенный отказ применяется к людям, у которых физическое состояние организма не позволяет одномоментного отказа, которое чревато самыми тяжелыми и негативными последствиями для здоровья и жизни пациента в целом.

Метод замены наркотика на более «легкий» также используется в современной практике помощи зависимым, но он не считается особо

эффективным, так как значительно удлиняет сроки наступления полного отказа от наркотического вещества.

Следует отметить, что среди указанных методов используется также метод фармакологического подавления чувства удовольствия от принятия привычного наркотического вещества, смысл которого в разрыве образованной в психике человека связи употребления ПАВ и наступающего в связи с этим состояния «приподнятости и блаженства». Такой способ применяется при согласии пациента и его высокой мотивации на принятие психоактивных веществ. Также, такой способ применяется к лицам при принуждении прекращения приема ПАВ или невозможности, по мнению зависимого, самому противостоять тяге к употреблению вещества и кажущейся невозможности для него выдержать стандартные программы реабилитации.

После реализации всех указанных этапов помощи в жизнь пациента включается период так называемой «терапии окружением», который представляет собой включение человека с зависимостью в специальные программы сопровождения, создающие терапевтические психологически полезные условия для сохранения и поддержания «жизни без наркотиков»

Одним из важнейших с психологической и психотерапевтической точки зрения аспектов, с которым приходится сталкиваться в процессе реабилитации химически зависимой личности, является т.н. внутренняя (субъективная) картина болезни. В первую очередь, важность её обуславливается тем, что внутренняя картина болезни «стоит» затем отношением и пониманием своего выздоровления, с которыми зависимый обращается за помощью, и это во многом определяет его отношение к процессу реабилитации.

Мнение о подверженности определенных типов личности к тем или иным болезням всегда присутствовало в медицинском мышлении. «Еще в то время, когда медицина основывалась исключительно на клиническом опыте,

врачи отмечали распространенность определенных болезней у лиц с определенным физическим или психическим складом личности» [2].

Понятие «внутренней картины болезней» было введено в отечественной психологии А.Р. Лурия. По его мнению, «внутренней картиной болезни можно считать всё то, что испытывает и переживает больной, всю массу его ощущений, не только местных болезненных, но и его общее самочувствие, самонаблюдение, его представления о своей болезни, всё то, что связано для больного с его приходом к врачу, - весь тот огромный внутренний мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущения, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм» [31].

Понятие, предложенное А.Р. Лурия, отразило значимый аспект не только состояния человека, имеющего какое-либо заболевание, но и терапии больного и, что важно, эффективность терапевтических программ для его излечения и реабилитации. Сегодня понятие внутренней картины болезни занимает особенное место для построения программ психологического сопровождения личности, проходящей программы реабилитации и лечения от зависимости от употребления психоактивных веществ и позволяет реализовывать индивидуальный подход и методическую избирательность при оказании психологической помощи людям с аддикцией.

Выводы к первой главе:

В ходе теоретического анализа было установлено, что аддиктивное поведение, как один из вариантов девиации, является «...одной из форм деструктивного поведения человека и выражается в стремлении к уходу от реальности путем изменения своего психического состояния посредством приема некоторых веществ или постоянной фиксации внимания на определенных предметах или активностях (видах деятельности), что сопровождается развитием интенсивных эмоций» [5].

Аддиктивное поведение принято разделять в соответствии со стимулами, его провоцирующими, и выделять химические и нехимические

варианты аддиктивного поведения. Смысловой и мотивационной нагрузкой аддиктивного поведения является попытка человека уйти от реальности и достичь состояний, сопровождаемых «сильными эмоциональными переживаниями», которые становятся доминирующим фактором при выборе личностью поведенческих паттернов, при которых человек стремится воспроизвести желаемое им состояние.

Для человека с химической аддикцией характерен повышенный уровень внушаемости, некритичность, легковерность, податливость групповому воздействию и авторитарному управлению, т.е., этим людям присущ конформизм. Присущая им неспособность адекватно планировать и прогнозировать свое будущее обусловлена редукцией способности соотносить свои прошлые и настоящие действия, и снижением или утратой зрелых форм ответственности.

В профессиональной деятельности практического психолога, работающего непосредственно с зависимыми людьми, большую роль играет психологическое сопровождение, которое подразумевает под собой создание условий, обеспечивающих человеку возможность принятия оптимальных решений в сложившейся жизненной ситуации, формирования адекватной оценки последствий своего употребления и мотивации к прохождению курса программы реабилитации [38].

Психологическое сопровождение в программе реабилитации представляет собой особую форму реализации длительной социальной и психологической помощи человеку. Отличительной особенностью психологического сопровождения является возможность создать условия для поиска скрытых ресурсов развития субъекта, патронаж его возможностей, открытие перспектив личностного роста. В качестве результата психологического сопровождения клиента в реабилитационном процессе выступает рост приспособляемости, то есть приятия способности к самостоятельному достижению гармонии в отношениях с собой и другими людьми.

Основываясь на анализе научной литературы и учитывая характер девиантного поведения, можно сказать, что перед нами стоит огромная задача по борьбе с аддиктивным поведением. Авторы определяют такое поведение как одну из «форм деструктивного поведения, которое выражается в уходе от реальности путем изменения психического состояния посредством определенных активных объектах или деятельности, например, компьютерные игры и т. д.» [5]. Таким образом, имеем необходимость дальнейших теоретико-прикладных исследований вопросов профилактики аддиктивного поведения.

В настоящее время на территории России и других стран СНГ действуют тысячи негосударственных (коммерческих, некоммерческих) реабилитационных организаций, представляющих услуги по социально-психологической реабилитации лицам с наркологическими расстройствами, деятельность которых не регламентируется никакими методическими документами, программами и методиками.

Длительный путь восстановления и закрепления позиций больного в жизни без наркотиков возможен при обязательном психологическом сопровождении, где совместная работа врачей, психологов, социальных работников, членов семей, друзей, сотрудников позволит больному, находящемуся в состоянии абстиненции, проделать большую работу над собой и достичь успехов в выздоровлении.

Глава 2 Экспериментальное исследование возможностей психологического сопровождения реабилитации лиц с зависимостью от употребления психоактивных веществ

2.1 Организация и методы исследования

Целью эмпирического исследования стало изучение особенностей психологического сопровождения реабилитации лиц с зависимостью от психоактивных веществ, суть которого сводится к диагностике индивидуальных особенностей личности лиц с ПАВ, негативно влияющих на реабилитацию, разработки и апробации программы психологического сопровождения.

Базой исследования был выбран реабилитационный центр «Флагман», являющийся профессиональным наркологический центром, действующим в Республике Крым и способным обслуживать до 25 человек в месяц.

За 15 лет профессиональной работы наркологический центр «Флагман» сформировал команду высококвалифицированных специалистов, способных оказать всестороннюю помощь людям с химической зависимостью. Команда реабилитационного центра состоит из опытных и квалифицированных специалистов разного профиля: психиатров-наркологов, психотерапевтов, психологов, клинических психологов, социальных педагогов, специалистов по социальной реабилитации, а также консультантов, компетентных в решении проблем, связанных с болезнью химической зависимостью.

Коллектив наркологического диспансера «Флагман» более 5 лет является основным в городе федерального значения Севастополе и в целом в Республике Крым.

Деятельность коллектива специалистов в первую очередь соответствует требованиям национального стандарта Российской Федерации» (ГОСТ Р 54990 - 2012), что подтверждено соответствующим сертификатом. № 066Н от 30.04.2015.

Основные направления работы специалистов центра «Флагман» включают выполнение комплекса мероприятий, направленных на восстановление психического и физического здоровья, трудоспособности и самостоятельности обращающихся за помощью пациентов. В своей работе центр опирается на уникальную комплексную программу реабилитации - «7 навыков выздоровления наркозависимых и алкоголиков», которая считается одной из лучших в нашей стране.

Для достижения цели исследования и решения его задач нами была сформирована выборка испытуемых, в которую вошли наркозависимые клиенты реабилитационного центра в количестве 30-ти человек. Возраст испытуемых - от 20-ти до 35-ти лет с разным стажем и характером употребления психоактивных веществ. Для апробации разработанной программы сопровождения была отобрана группа испытуемых в количестве 10 человек.

Для сбора эмпирических данных об индивидуальных особенностях испытуемых и специфики их личностных сфер нами были отобраны следующие психодиагностические методики:

- опросник «Индекс жизненного стиля» (LifeStyleIndex, LSI), авторы Р. Плутчик, Г. Келлерман, Х.Р. Конте [8];
- тест-опросник «Сопротивление», разработанный на основе программ «Миннесотской модели реабилитации», адаптация специалистами реабилитационного центра «Флагман»;
- методика оценки мотивации избегания неудач, автор Т. Элерс, в адаптации М.А. Китти [58, 60];
- опросник волевого самоконтроля (ВСК), авторы А.Г. Зверков, Е.В. Эйдман [42].

Дадим краткую характеристику отобранному психодиагностическому инструментарию.

Опросник «Индекс жизненного стиля» используется для диагностики различных механизмов психологической защиты личности, таких как

вытеснение, регрессия, замещение, отрицание, проекция, компенсация, гиперкомпенсация и рационализация [8].

Тест-опросник «Сопротивление», разработанный на основе программ «Миннесотской модели реабилитации» и адаптированный рабочей группой специалистов реабилитационного центра «Флагман», применялся для выявления такого проявления болезни, как «сопротивление выздоровлению», которое мешает осознать проблему и предпринять адекватные действия по формированию ресурсов для выздоровления. Основные виды сопротивления - смещение акцентов, формальная покорность, неверие в свои силы, своеволие, выборочное выздоровление, превосходство, жалость к себе, скрытность, скука, обесценивание, выдвижение условий, спасительство, агрессивность.

Методика оценки мотивации избегание неудач - самозащита Т. Элерса в адаптации М.А. Китти проводилась для оценки уровня личной защиты и выраженности в личности мотивации избегать неудач, страха перед несчастьем [58].

Отношение к защитному поведению зависит от трех факторов: степени предполагаемого риска, доминирующая мотивация, опыт неудач. Два обстоятельства могут усилить отношение к защитному поведению – это когда желаемый результат может быть получен без риска и когда рискованное поведение может привести к несчастному случаю. Достижение безопасного результата с помощью рискованного поведения, наоборот, ослабляет защитную установку, то есть мотивацию избегать неудач.

Методика волевого самоконтроля – ВСК предназначена для выявления уровня развития волевой саморегуляции. В самом общем виде под уровнем волевой саморегуляции понимается «...мера овладения собственным поведением в различных ситуациях, способность сознательно управлять своими действиями, состояниями и побуждениями...Уровень развития волевой саморегуляции может быть охарактеризован в целом и отдельно по таким свойствам характера как настойчивость и самообладание» [42].

2.2 Эмпирическое исследование индивидуальных особенностей личности с зависимостью от употребления психоактивных веществ

Проведенное нами эмпирическое исследование индивидуальных особенностей личности, зависимой от употребления ПАВ, помогло собрать информацию о специфике защитных механизмов, используемых личностью, выраженности у испытуемых мотивации на избегание неудач, степени выраженности у них сопротивления к излечению и развитость волевой регуляции.

Представим последовательно полученные результаты.

Результаты применения методики «Индекс жизненного стиля» (Р. Плутчик, Г. Келлерман, Х.Р. Конте) на выборке наркозависимых испытуемых показаны в таблице 1.

Таблица 1 – Показатели выраженности психологических защит у испытуемых по методике «Индекс жизненного стиля»

Психологические защитные механизмы	Испытуемые	
	количество	доля
Отрицание	29	96,6 %
Рационализация	29	96,6 %
Проекция	25	83,3 %
Регрессия	24	79,9 %
Компенсация	18	59,9 %
Вытеснение	17	56,6%
Замещение	12	39,7 %
Гиперкомпенсация	8	26,6 %

Полученные результаты по методике «Индекс жизненного стиля» свидетельствуют о преобладании использования в группе испытуемых таких психологических защитных механизмов, как:

– «Регрессия», посредством которого происходит возврат психического развития на более раннюю ступень в ответ на неблагоприятные обстоятельства, при этом личность, подвергаясь воздействию фрустрирующих обстоятельств, заменяет субъективно воспринимаемые как более сложные задачи на сравнительно простые и доступные в данной ситуации. Характерная для зависимой личности импульсивность и слабость эмоционально-волевого контроля также определяются актуализацией этого механизма защиты в сторону большей упрощенности и доступности;

– «Отрицание», посредством которого личность либо отрицает некоторые фрустрирующие, вызывающие тревогу обстоятельства, либо какой-либо внутренний импульс или сторона отрицает сама себя, что зачастую проявляется в отрицании различных аспектов окружающего мира, очевидных для посторонних, но не признаваемых самой личностью. То есть беспокоящая информация, которая может привести к внутриличностному конфликту, не воспринимается человеком. «Отрицание» также характеризуется отчетливым искажением у личности восприятия действительности;

– «Проекция», посредством которой неосознаваемые и не приемлемые для личности чувства, и мысли локализуются вовне, приписываются другим людям и таким образом становятся как бы вторичными. Негативные чувства и свойства приписываются окружающим для оправдания своих чувств и свойств, проявляемых как бы в защитных целях;

– «Рационализация», посредством которой личность создает логические (псевдоразумные), но благовидные обоснования своего или чужого поведения, действий или переживаний, вызванных причинами, которые она (личность) не может признать из-за угрозы потери самоуважения. Личность избавляется от негативных переживаний с помощью логических установок и манипуляций, не смотря на убедительные доказательства в пользу противоположного. Также при рационализации

личность защищает себя от конфликта путем снижения его значимости для себя или других.

Процентное распределение испытуемых по типам психологических защитных механизмов методики «Индекс жизненного стиля» (Р. Плутчик, Г. Келлерман, Х.Р. Конте) показано на гистограмме (рисунок 1).

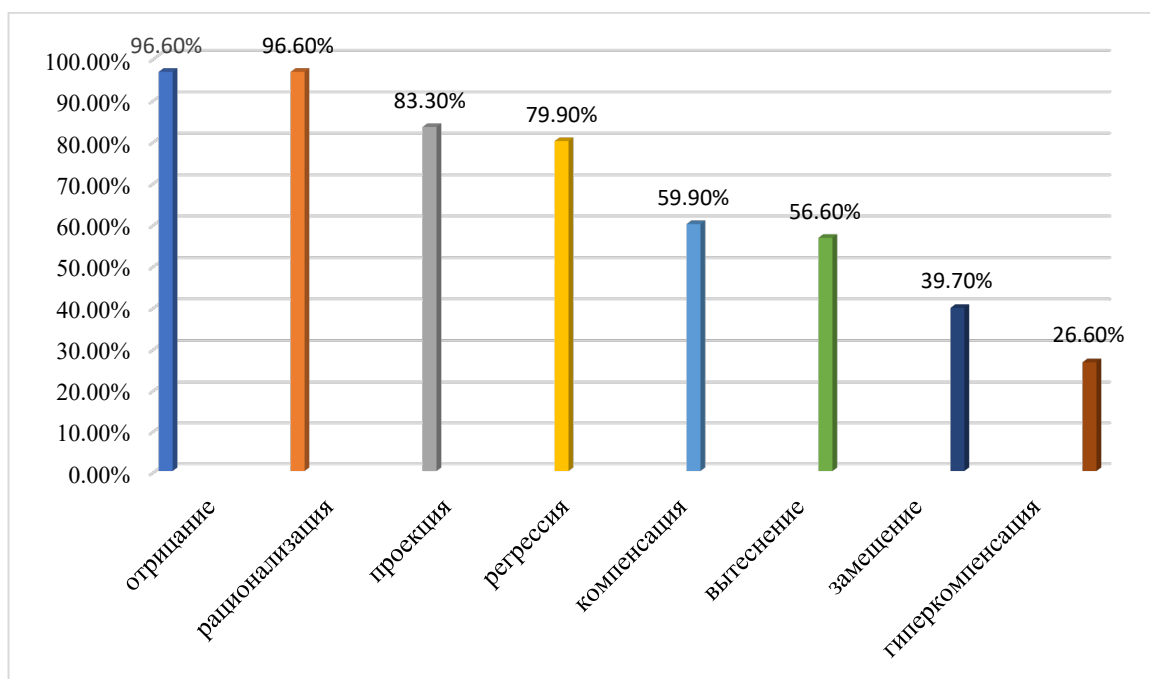


Рисунок 1 – Выраженность психологических защит у испытуемых

Таким образом, в выборке наркозависимых преобладают такие психологические защитные механизмы, как регрессия, отрицание, проекция и рационализация, которые формируют неосознанное искажение восприятия действительности у зависимой личности, способствующее созданию более благоприятного принятия действительности и собственного образа. Действия защитных механизмов интегрируются, подчиненные единой цели – избеганию выздоровления. Такая интеграция понимается как комплексная психологическая защита – сопротивление. Таким образом, действие психологических защитных механизмов препятствует осознанию имеемой у

испытуемых химической зависимости и социально-психологических проблем, с ней связанных.

Далее представим результаты теста-опросника «Сопротивление», разработанного на основе программ «Миннесотской модели реабилитации» и адаптированного рабочей группой специалистов реабилитационного центра «Флагман».

Представим полученные данные в таблице 2.

Таблица 2 – Показатели выраженности способов сопротивления у испытуемых

Виды сопротивления	Уровень выраженности			
	низкий		высокий	
	количество	доля	количество	доля
Смещение акцентов	9	30%	21	70 %
Покорность	6	20 %	24	80 %
Неверие в свои силы	9	30%	21	70 %
Своеволие	18	60 %	12	40 %
Пренебрежительность	9	30%	21	70 %
Превосходство	6	20 %	24	80 %
Жалость к себе	12	40 %	18	60 %
Скрытность	21	70 %	9	30%
Скука	15	50 %	15	50 %
Обесценивание	6	20 %	24	80 %
Выдвижение условий	6	20 %	24	80 %
Спасительство	3	10 %	27	90 %
Агрессивность	12	40 %	18	60 %

Для наглядности представим данные на гистограмме (рисунок 2).

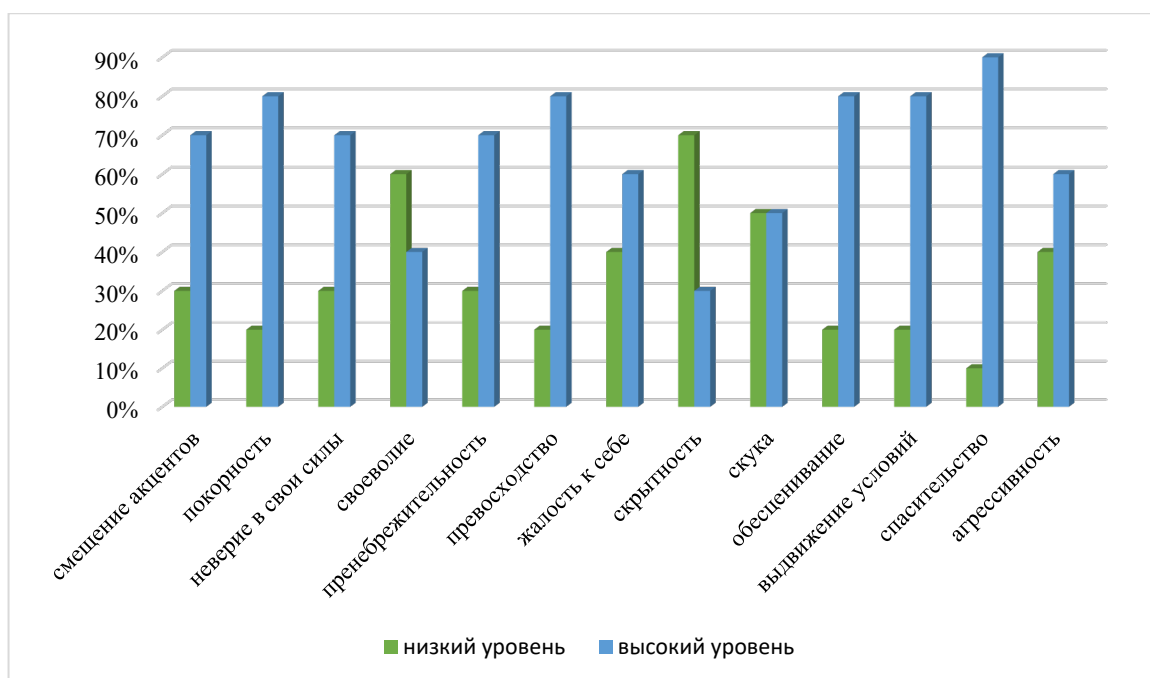


Рисунок 2 –Представленность испытуемых по уровням выраженности видов сопротивления

По результатам теста-опросника «Сопротивления» у большинства испытуемых выявлено пять видов сопротивлений, таких как: покорность, пренебрежительность, превосходство, обесценивание, выдвижение условий. В процессе индивидуальной беседы по результатам опросника, пациенты могут изучить и осознать свои чувства, мысли, последствия своего поведения без участия группы, не боясь осуждения, оценки со стороны других участников. Это приводит к более ясному пониманию пациентом самого себя, к возможности открыть, сформировать и использовать свои сильные стороны личности для принятия адекватных решений по формированию эффективных и целенаправленных действий по решению проблемы химической зависимости.

Представим результаты испытуемых после применения методики оценки мотивации к избеганию неудачи Т. Элерса в адаптации М.А. Котик. Полученные данные показаны в таблице 3.

Таблица 3 – Показатели выраженности мотивации к избеганию неудач в группе испытуемых

Уровень выраженности мотивации к избеганию неудач	Испытуемые	
	количество	доля
Слишком высокий	10	33,4 %
Высокий	14	46,7 %
Средний	5	16,6 %
Низкий	1	3,3 %

Полученные результаты методики оценки мотивации к избеганию неудачи–самозащите у наркозависимых испытуемых свидетельствуют о преобладании в данной выборке в основном высоких уровней мотивации к избеганию неудач, защите.

Для наглядности представим полученные результаты на диаграмме (рисунок 3).

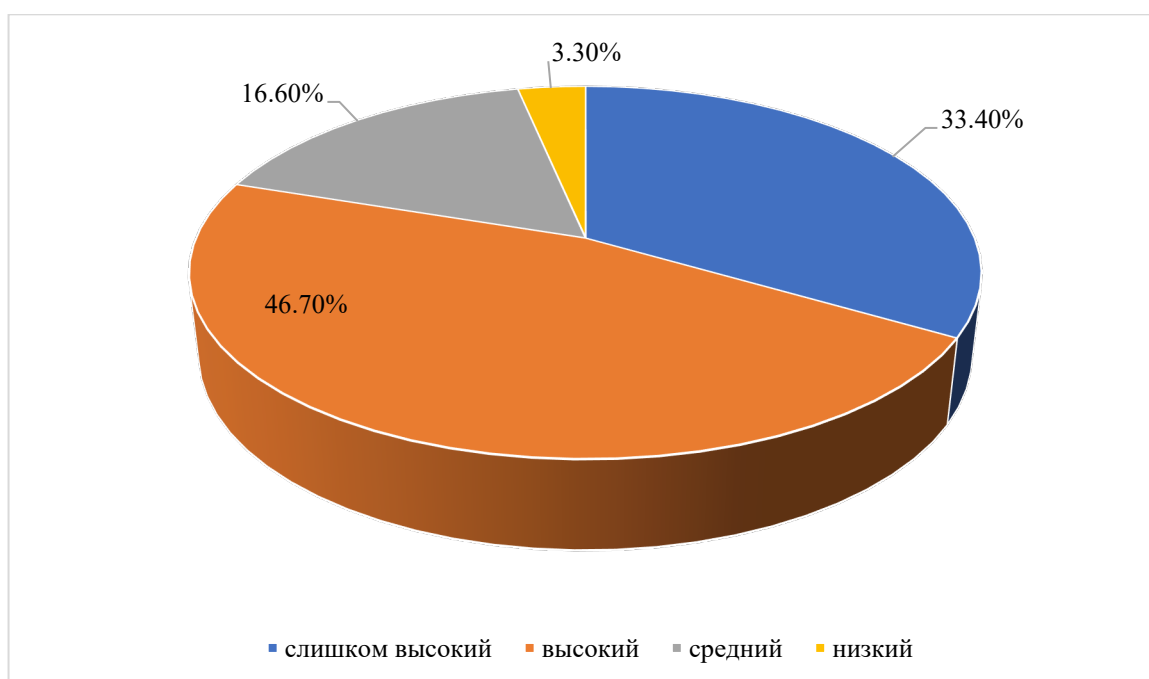


Рисунок 3 – Выраженность мотивации к избеганию неудач в группе испытуемых

Таким образом, у наркозависимых выявлен высокий уровень мотивации к избеганию неудач, что проявляется в страхе перед какими-либо

действиями, могущими привести к неудаче, в частности в избегании действий, направленных на выздоровление, предпочитая ничего не делать, сорваться и вернуться к употреблению, чем приложить усилия, пройти реабилитацию, так же рискуя сорваться и вернуться к употреблению. А если у химически зависимой личности подобный опыт уже был, установка только усиливается. В тоже время, хотя употребление психоактивных веществ и является рискованным поведением, с точки зрения химически зависимой личности это является привычным, безопасным способом получения желаемых эмоций и уходу от проблем.

Представим результаты опросника волевого самоконтроля – ВСК (А.Г. Зверков, Е.В. Эйдман).

Данные, полученные в ходе изучения волевого самоконтроля, представим в таблице 4.

Таблица 4 – Сформированность волевого самоконтроля у испытуемых

Шкалы волевого самоконтроля	Высокий уровень		Низкий уровень	
	кол-во	доля	Кол-во	%
Волевая саморегуляция«В»	0	0	30	100
Настойчивость«Н»	10	33,3	20	66,7
Самообладание«С»	5	16,7	25	83,3

Полученные результаты опросника волевого самоконтроля в выборке наркозависимых свидетельствуют о низком уровне сформированности у них волевого самоконтроля. Такие показатели отражают низкую активность при необходимости достижения целей, недостаточность самоконтроля для завершения деятельности, непоследовательность и хаотичность поведения и деятельности. На эмоциональном уровне им свойственна импульсивность, неустойчивость эмоций, чувствительность. Также, в аспекте самооценки личности им присуща неуверенность в себе и своих силах.

Для наглядности представим полученные данные о параметрах волевой регуляции и самоконтроля на гистограмме (рисунок 4).

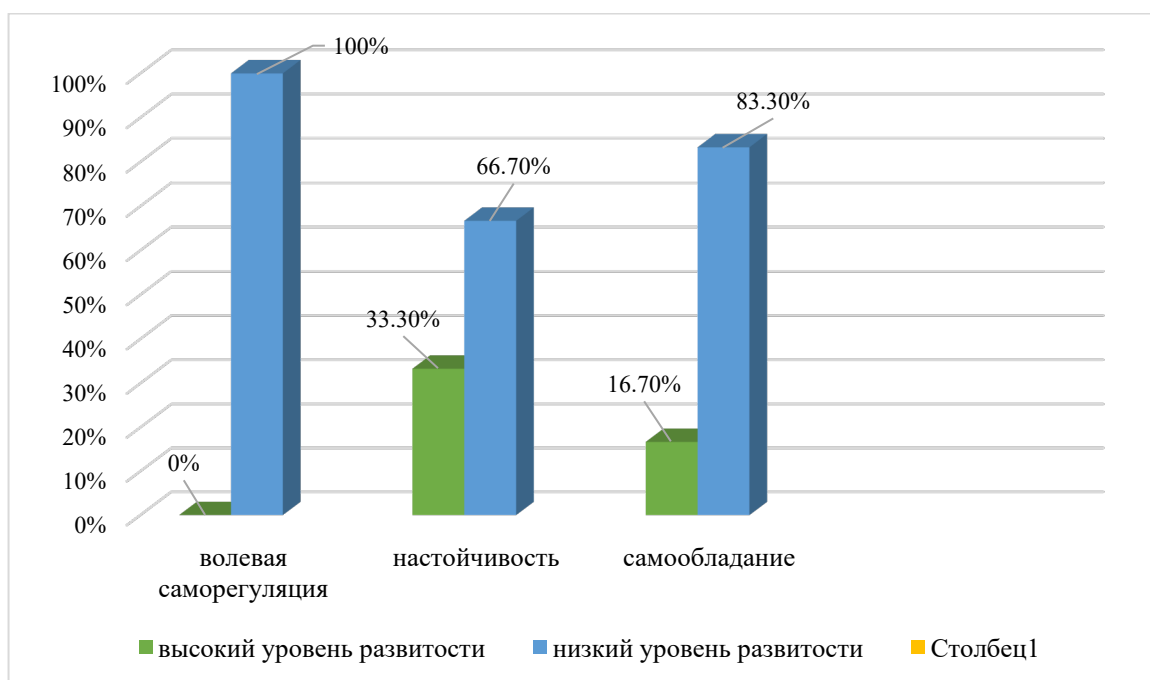


Рисунок 4 – Сформированность волевого самоконтроля у испытуемых

Как видно на гистограмме, у наркозависимых выявлен низкий уровень волевого самоконтроля, что проявляется в чрезвычайной ранимости, которая при малейшем стрессе приводит к эмоциональным срывам, агрессии, депрессии, в слабой внутренней мотивации и убежденности в необходимости прохождения реабилитации; в периодических изменениях принятого решения – «то хочу выздоравливать, то все надоело, мне это не надо»; в импульсивных действиях и решениях без проведения причинно-следственных связей к чему такие действия могут привести; в отказе от прохождения курса реабилитации без каких-либо объективных причин.

В целом, задачи, поставленные на этапе эмпирического исследования, были выполнены и цель достигнута– выделены виды защитных механизмов, дана характеристика личности химически зависимого человека, изучены

психологические характеристики сопротивления, как интегративного механизма психологической защиты у химически зависимых личностей.

Результаты проведенного исследования позволяют сказать, что для химически зависимой личности характерно следующее:

– психологическими особенностями аддиктивной личности являются ригидность, повышенный уровень внушаемости, неспособность адекватно планировать и прогнозировать свое будущее, эгоцентризм, алекситимия, мечтательность, нетерпеливость и максимализм;

– личность зависимого характеризуется определенными особенностями мышления, такими как субъективность, отсутствие склонности к абстрактному мышлению или его несформированность, псевдологичность, разрушение способностей к анализу и синтезу, магичность (мифологичность) мышления, лозунговое мышление, зацикленное мышление (возвращающиеся мысли), склонность к негативному мышлению;

– характерны особенности зависимого поведения, такие как бесцельность, импульсивность, ригидность, инвариантность, смена поведения в зависимости от обстоятельств;

– низкая самооценка, следствием чего является завышенная компенсационная или заниженная избегающая внешняя самопрезентация (демонстрация, помогающая скрыть истинное самоотношение);

– особенности защитных механизмов, используемых зависимой личностью, где скрытой целью защитного поведения является избегание выздоровления, или сопротивление выздоровлению

2.3 Разработка и апробация программы психологического сопровождения реабилитации лиц с зависимостью от употребления психоактивных веществ

Для достижения цели исследования и проверки гипотезы о том, что программа психологического сопровождения реабилитации лиц с зависимостью от психоактивных веществ, включающая в себя изучение индивидуальных особенностей личности клиентов, проявляющихся в виде психологических защитных механизмов, мотивации к избеганию неудач, особенностей волевого самоконтроля и программы, направленной на осознание негативных проявлений этих особенностей, активизирует личностные ресурсы и мотивирует личность зависимых на выздоровление, нами была разработана программа психологического сопровождения лиц, проходящих реабилитацию зависимости от ПАВ.

Программы, разработанная нами, была построена на основании таких принципов, как:

- личностная ориентированность программы, т.е. направленность предлагаемого материала на коррекцию поведения химически зависимых пациентов;
- системность, позволяющая обеспечить формирование и включение новых умений и навыков в жизнедеятельность химически зависимых пациентов, как целостной, динамической системы;
- рефлексивная направленность заданий, т.е., обеспечение испытуемым в ходе работы осмысления, анализа и рефлексии своего опыта, чувств и переживаний, проживания актуализированного в программе опыта, а также обеспечение открытости и способности делиться своими переживаниями;
- индивидуализация развивающих влияний, т.е., включение элементов индивидуальной работы по выявлению стратегий жизненного самоопределения, стереотипов и ограничений поведения участников в ситуациях взаимодействия друг с другом;

- субъектность взаимодействия, т.е., отношение к участникам, как к личностям с индивидуальными потребностями, парадигмами, ценностями;
- деятельностный принцип, предполагающий организацию и обеспечение активной деятельности самих участников, предполагающей проявления ими инициативы и ответственности;
- комплексность работы, т.е., включение в развивающую программу разнообразных приемов и методов, решающих комплексно задачи разного уровня и направления.

Целью программы является преодоление комплексной психологической защиты – сопротивления и прекращение избегания выздоровления.

Предлагаемая программа психологического сопровождения направлена на решение следующих задач:

- понимание проблемы зависимости, как самой актуальной в жизни химически зависимых пациентов на данный момент;
- принятие на себя ответственности за свою жизнь;
- понимание, что защитные механизмы объединяются в единый интегративный психологический механизм защиты – сопротивление;
- преодоление химически зависимым пациентом сопротивления выздоровлению.

В основу программы психологического сопровождения и психологической коррекции химически зависимых пациентов положена типовая модель и система тренинговых занятий.

Предлагаемая форма работы – групповая и индивидуальная. Состав группы – 10 участников. Продолжительность групповых встреч – 1-1,5 часа, индивидуальных – от 30 минут до 1 часа.

Период реализации программы – 28 календарных дней.

При решении вопроса о содержательных компонентах программы нами были учтены факты о том, что процессу выздоровления активно препятствуют психологические механизмы защиты. Психологические

механизмы защиты есть у всех людей. Но, к сожалению, у зависимых клиентов (алкоголиков, наркоманов, зависимых от лекарств, курильщиков, игроманов и т.д.) эти механизмы используются не для охраны своего здоровья, а для защиты своей болезни. Это, в свою очередь, приводит к разрушительному влиянию зависимости и к гибели человека – сначала психологической, моральной, а впоследствии и физической.

Психологическая защита в науке определяется как «...неосознанное искажение восприятия действительности, способствующее созданию более благоприятного ее и собственного образа. В результате такого искажения смягчается противоречие и снимается или сглаживается внутриличностный конфликт. В конечном итоге психологическая защита направлена на сохранение стабильности самооценки клиента, его образа «Я» и образа мира, которая достигается устранением из сознания источников конфликтных переживаний или же их трансформацией таким образом, чтобы предупредить возникновение конфликта» [5].

По мнению ученых, «психологическая защита выступает способом создания субъективно воспринимаемой стабильности и нормализации состояния личности. Ее основная роль – уравновесить взаимоотношения клиента и среды, и снять или уменьшить чувство тревоги, связанной с осознанием реального или субъективно переживаемого конфликта» [21].

Психологические механизмы защиты включаются автоматически и являются неосознанными. Таким образом, функция защитных механизмов заключается, в общем, в сведении до минимума негативных, травмирующих личность переживаний. В случае зависимых клиентов, эти переживания касаются внутренних и внешних конфликтов, состояний тревоги или дискомфорта, связанных с последствиями употребления ПАВ и предлагаемыми реабилитационным центром способами решения этих последствий.

Практический опыт профессиональной психологической деятельности и его теоретическое осмысление позволило охарактеризовать проблему

психологических защитных механизмов у зависимых клиентов в процессе реабилитации следующим образом:

1) защитные механизмы подменяют собой здоровую, адекватную, конструктивную реакцию на какие-то внешние воздействия, проблемы. Зависимый клиент неосознанно стремится использовать прежний деструктивный способ не испытывать неприятные чувства, когда они есть и испытывать приятные чувства, когда их нет (употребление психоактивных веществ, игра и т.д.);

2) зависимый клиент использует эти механизмы так же и для оправдания своего образа жизни, как перед самим собой, так и перед окружающими. В результате проблемы только усиливаются, и возникают еще и новые проблемы;

3) защитные механизмы действуют автоматически, зависимый человек не осознает, что с проблемами можно справляться вместо привычного употребления другими, здоровыми способами;

4) защитные механизмы объединяются в единый интегративный психологический механизм защиты – «сопротивление выздоровлению»: все актуализируемые защитные механизмы подчинены одной цели – сопротивлению выздоровлению и возврату к прежнему деструктивному способу не испытывать неприятные чувства, когда они есть и испытывать приятные чувства, когда их нет (употребление психоактивных веществ, игра и т.д.);

5) признаки сопротивления могут проявляться в различных аспектах поведения, состояния и самоощущения зависимого клиента и свидетельствуют о такой психологической организации работы психических, когнитивных и эмоциональных процессов, при которой состояние клиента характеризуется в различной степени искаженной интерпретацией проблемы, и поведение клиента демонстрирует признаки избегания выздоровления.

Программа психологического сопровождения, разработанная нами, была представлена двумя этапами работы – просвещенческо-аналитическим и практическим этапами.

Представим краткое содержание работы и описание особенностей реализации задач программы.

I этап программы психологического сопровождения – просвещенческо-аналитический.

На первом этапе работы по разработанной нами программе психологического сопровождения было необходимо объяснить и дать клиенту понимание того, что в большинстве случаев его психика находится в состоянии описанного выше сопротивления выздоровлению. Это позволяло осознать существующую у клиента мысль о жизненной необходимости употребления наркотиков и имеющуюся тенденцию восприятия любых попыток избавиться от зависимости, так смертельно угрожающую ему. Это позволило бы клиенту осознать работу сопротивления выздоровлению, бессознательно руководящую его поступками и поведением, направленных не на излечение, а на сохранения желаемого.

С целью снятия этого явления с клиентом прорабатывается следующее положение: «Сопротивление выздоровлению – это чаще неосознанное саботирование зависимым человеком своего выздоровление. Саботирование – это скрытое, а иногда и открытое, противодействие или противостояние зависимым человеком процессу своего выздоровления и людям, участвующим в этом процессе» [38].

Далее с испытуемыми обсуждалась разница между поведением сопротивления и открытым отказом от выздоровления, которая заключается в степени осознанности противодействия и способами выражения бессознательного саботажа лечению, выраженного, как правило, в применении механизмов психологической защиты в виде поиска рациональных объяснений своему неадекватному цели выздоровления поведению.

Такая проработка бессознательных импульсов позволяет осознать и принять клиенту факт того, что сопротивление – это вполне закономерный процесс и присутствует всегда в ходе выздоровления, следовательно, целью личности является не устранение сопротивления, а его распознавание, осознание и самоконтроль поведения.

На втором этапе работы по программе мы знакомили клиентов с уровнями сопротивления.

1) Сопротивление первого уровня: «Не понял, не принял».

Клиенты, которые еще не хотят отказаться от употребления и считают, что справляются с ситуацией самостоятельно, соглашаются поступить в центр реабилитации, как правило, под давлением родственников или друзей. Чаще, они делают это для того, чтобы усыпить бдительность своих родных, вернуть какой-то минимальный уровень доверия, или даже просто для того, чтобы снизить дозу и продолжить употребление более комфортно. Попытка прохождения реабилитации как бы дает им моральное право заявить: «Я же пролечился, как вы и просили, но это не помогло. Пока я по-настоящему сам не захочу лечиться - ничего не получится». Такие клиенты, как правило, открыто и практически сразу обозначают свою позицию, такими или другими подобными способами: обесценивают программу; вступают в конфронтацию с участниками ТС; отказываются от посещения большей части групповых и индивидуальных занятий или лекций; на терапевтических группах присутствуют формально; заявляют о своей незаинтересованности в реабилитации или о несогласии с программой; отказываются выполнять письменные задания; отказываются соблюдать внутренний распорядок дня; совершают провокационные действия в надежде на досрочное прекращение курса реабилитации; выискивают минусы и недостатки реабилитационной программы; пытаются привлекать других участников программы для открытого сопротивления процессу лечения и т.д.

2) Сопротивление 2-го уровня: «Понял, но не принял».

Это сопротивление характеризуется следующим образом – человек не решается на открытое сопротивление, или даже понимает и осознает всю плачевность употребления, но сильно боится остаться без наркотиков и алкоголя. Он создает видимость работы по программе реабилитации, то есть имитирует свое выздоровление. Такое развитие событий нежелательно, так как такой человек обманывает самого себя и тогда нет необходимости меняться внутренне, а поверхностное выздоровление ему будет казаться основательным. Когда после прохождения программы у такого человека происходит возврат к употреблению ПАВ, он с искренним недоумением говорит: «Как же так, я делал все, что мне говорили, я выполнял рекомендации, а раз я сорвался, значит, программа мне не подходит». Он начинает либо искать другие реабилитационные центры, либо вообще опускает руки и смиряется со своим положением.

Такие клиенты могут проявлять сопротивления таким или другими подобными способами. Например, сразу заявляют, что готовы делать все, что нужно, взять «максимум», но в пределах только программы «Запуск 28 дней»; соглашаются остаться в реабилитационном центре после прохождения «Запуск 28 дней» на 1-2 месяца, ориентируясь на срок; обесценивают программу; вступают в конфронтацию с участниками ТС; отказываются от какой-либо общественной нагрузки, заявляя, что для них важнее собственное выздоровление, а все время они хотят тратить только на себя; торопятся с выполнением и проработкой письменных заданий, желая их сдать, а не проработать досконально в процессе выполнения; нежелание выполнять задания письменно; сортируют предлагаемые рекомендации по принципу важно или не очень важно; сильно переживают по поводу «важных дел», находящихся вне стен реабилитации; переключают свое внимание на выздоровление другого человека и т.д.

3) Сопротивление 3-его уровня: «Понял и принял».

Клиенты, которые имеют хороший уровень мотивации к выздоровлению, согласны следовать заданиям и рекомендациям психологов

и консультантов реабилитационного центра также сопротивляются лечению. Сопротивление выздоровлению, как мы уже отмечали – это совокупность психологических защитных механизмов, оно неосознанно защищает привычное течение старого образа жизни, старается оставить все, как есть и ничего не менять. Следовательно, реабилитационный процесс, который как раз направлен на изменение привычного образа жизни, заключается в преодолении этого сопротивления. Это работа, в которой на равных участвуют зависимый, его родственники и персонал реабилитационного центра.

Такие клиенты могут проявлять сопротивление различными способами. Например, неспособностью, так и трудностью, в понимании методических пособий программы; затягивание и откладывание выполнения и сдачу заданий; внезапное нежелание выполнять задания письменно; рассказ о своем употреблении на группе без использования чувств; нежелание конкретизировать описание событий из жизни; стремление выполнять письменные работы в веселой и смешной манере; замалчивание болезненных и неприятных эпизодов употребления или неспособность вспомнить их; интеллектуализация и уход в теоретические размышления, и философские дискуссии и т.д.

II этап программы психологического сопровождения (практический).

На следующем этапе программы психологического сопровождения нами были внедрены практико-ориентированные методы с целью обеспечения активности испытуемых, их инициативности и ответственности.

Практическая часть программы – это тренинг, направленный на выполнение практических индивидуальных заданий на заданную тему.

Объясняя клиенту, значение каждого из видов сопротивления выздоровлению, проводится инструктаж, где даются пояснения, как выполнять практические индивидуальные задания на заданную тему тренинга. Также участникам объясняют, что именно даст им выполнение этого задания, суть этих вопросов. Обязательно участникам поясняется

приемлемая и возможная форма написания ответов с объяснениями на примерах, подробно разбирается каждый из вопросов, приводятся свои примеры ответов на эти вопросы. В общем, необходимо ответить на все, возникающие в процессе тренинга у участников группы, вопросы. Таким образом, происходит фокусировка участников на правильном формате выполнения практического задания для последующей индивидуальной консультации.

Задание. Ответьте письменно на вопросы: что в предлагаемой программе выздоровления вызывает у тебя сопротивление с момента приезда на реабилитацию? какие это вызывает чувства? понимаешь ли ты, что это не осознанный саботаж твоего выздоровления? к чему тебя это приведет? как «рационально» ты объясняешь это себе и другим? какую часть проблемы ты игнорируешь при помощи этого сопротивления?

В качестве помощи участникам предлагается список способов реализации сопротивления, где указываются такие его варианты:

- смещение акцентов,
- формальная покорность,
- неверие в свои силы,
- своеволие,
- выборочное выздоровление,
- превосходство,
- жалость к себе,
- скрытность,
- скука,
- обесценивание,
- выдвижение условий,
- спасительство,
- агрессивность.

Подведение итогов. Дается инструкция - Опиши, на каком из уровней сопротивления - не понял и не принял; понял, но не принял; понял и принял -

ты сейчас находишься? Что ты думаешь о полученном результате, как ты сейчас преодолеваешь сопротивления и намерен преодолевать в будущем, какие это вызывает чувства?

Задание для самостоятельной работы:

- просмотр дополнительного видеоматериала по заданной теме;
- пройди тест, выданный ведущим специалистом программы «Запуск»;
- результаты обсуди с ведущим специалистом программы «Запуск».

Таким образом, фиксируется внимание клиента на правильном формате выполнения практического задания для последующей индивидуальной консультации.

Подведение итогов.

На этом этапе работы происходит прояснение того, как участник понял уровни и виды сопротивления выздоровлению, а также, как усвоил рекомендованный алгоритм выполнения задания. Обязательно выясняется, остались ли у участников еще какие-либо вопросы и даются ответы на них.

Один из самых важных моментов тренинга – это рефлексия. Рекомендуется заканчивать трениговую работу словами «Уважаемые друзья, по традиции, ответьте на вопрос – был ли тренинг полезен и чем?». Выслушивая ответы, необходимо определить, кто из участников «включился» в работу тренинга, изменилось ли у них психоэмоциональное состояние, как изменилась мотивация или все так же остался не мотивированным и необходима, как уже говорилось выше, дополнительная фокусировка на нем как специалистов центра, так и других участников программы, имеющих более высокие показатели. Так же обратная связь от участников позволяет понять, как они реагирует на ведущего, на стиль преподношения информации. Это позволит провести необходимую коррекцию и, тем самым, улучшить уровень своего профессионализма и эффективности.

Также на этом этапе клиент выполняет самостоятельную работу путем прописи ответов на заданные вопросы задания «Сопротивление

выздоровлению» в методичке «Запуск 28 дней», а также просматривает с Вашей помощью дополнительный видео материал по заданной теме. Приветствуется помощь Проводника клиенту в виде дополнительного разъяснения формата и алгоритма написания ответов на вопросы, но Проводник не должен за клиента думать, делать и уж тем более, оценивать клиента. Срок выполнения заданий ограничен – участникам дается на выполнение 48 часов.

В завершении тренинговой работы проводится индивидуальная консультация.

Здесь необходимо с клиентом проводить анализ выполненной работы путем прочтения клиентом его ответов и обратной связи на эти ответы. Основные задачи заключается, во-первых, в понимании того, как клиент усвоил понятия уровней и видов сопротивления выздоровлению; во-вторых, в анализе с участником полученных результатов задания «Сопротивления выздоровлению», определения того, какие виды проявляющихся сопротивлений клиент осознает; в-третьих, анализируете с клиентом полученные результаты теста и сопоставляете их с видами сопротивлений. И, наконец, в-четвертых, анализируя совместно с клиентом полученные результаты, необходимо определить, насколько он критически оценивает себя, принимает ли факт наличия сопротивлений, как с ними справляется, на каком уровне сопротивления он себя видит или же, несмотря на очевидные факты, психологические механизмы защиты не дают клиенту осознать эти факты. Все это является материалом для дальнейшей работы, опираясь на который участнику все время дается обратная связь по его продвижению в самоанализе и самопонимании, а также степени его эффективности в целом.

2.4 Анализ полученных результатов

В процессе диагностической работы с клиентами, нами был выявлен у них низкий уровень волевого самоконтроля, что проявляется у них в чрезвычайной ранимости, которая при малейшем стрессе приводит к эмоциональным срывам, агрессии, депрессивных тенденциях, в срывах мотивации на прохождение реабилитации. Также было установлено, что им свойственны периодические изменения принятых решений, выражающихся в капризности и непоследовательности – «точку выздоравливать», «все надоело», «мне это не надо». Им присущи импульсивные действия и решения без их обоснования и проведения причинно-следственных связей, к чему такие решения и действия, как отказ от прохождения курса реабилитации без каких-либо объективных причин, могут привести.

Все эти индивидуальные данные нами были использованы при разработке программы реабилитации «Запуск 28 дней», который предназначен для новых клиентов, их интеграции в реабилитационный процесс, мотивации и преодоления комплексной психологической защиты – сопротивления и прекращения избегания выздоровления.

Это этап диагностики, где, совместно с клиентом, проводится первоначальное исследование всех сфер его жизни, структуры личности и психоэмоциональное состояние, производится анализ прошлого и перспективы в настоящем и будущем, подводятся итоги, опираясь на который можно прогнозировать результаты выздоровления при отказе от прохождения Базового Курса реабилитации и игнорировании приобретения недостающего реального жизненного опыта, необходимого для здорового взаимодействия с окружающей реальностью.

В данном исследовании мы не ставили задач о контрольной диагностике, так как процесс реабилитации долговременен и об окончательных результатах говорить здесь преждевременно. Также, следует отметить, что основная цель программы сопровождения реабилитации лиц с

зависимостью направлена первую очередь на изменение бессознательных конструктов, препятствующих выздоровлению и формирование устойчивой мотивации клиентов на выздоровление, на осознание необходимости кардинального изменения образа своей жизни и формирование устойчивого желания к прохождению всех этапов комплексной реабилитации.

В качестве анализа результатов, после проведения программы, в качестве выводов и обратной связи, которую дает каждый клиент, мы предоставим протокол итогового занятия, которое получает участник программы по окончании первого этапа реабилитации «Запуск 28 дней», где он стоит перед выбором, прерывать реабилитацию на данном этапе, либо продолжать формирование навыков, необходимых для восполнения недостающего или полностью отсутствующего здорового опыта взаимодействия с окружающей реальностью, людьми и самим собой, на следующем этапе комплексной реабилитации «Перезагрузка 90 дней».

Участник программы: Олег А., возраст – 28 лет.

«Вот ты подошел к завершению первого этапа комплексной реабилитации «Запуск 28 дней» и, скорее всего, стоишь сейчас перед выбором – остановить на этом процесс инвестирования сил и времени в свое выздоровление, так и не создав необходимую базу ресурсов для получения желаемых изменений или все таки продолжить инвестировать время и силы в себя, перейдя на второй этап комплексной реабилитации «Перезагрузка 90 дней», качество и актуальность которого подтверждено научными рецензиями и результатами тех, кто уже прошел этот путь, занимающий, как правило, не более 90 дней. Вдумайся – всего лишь 90 дней для полной трансформации себя!».

Итак, мы хотим, чтобы ты знал, наша команда примет любое принятое тобой решение. Как и прежде мы хотим тебе помочь и предлагаем выполнить последнее в этом журнале задание. Это задание еще раз даст тебе возможность осознанно взглянуть на свою жизнь и принять решение,

которое, без сомнения, окажет ключевое влияние на твою дальнейшую жизнь.

Мы предлагаем тебе письменно ответить на предложенные вопросы, а результаты обсудить с ведущим специалистом программы «Запуск», и зачитать ответы на работе терапевтической группы.

Список вопросов:

Вопрос 1. Опишите, какое решение относительно базового курса реабилитации, вы принимаете? Что является основным мотивом принятия именно этого решения?

Примечание: далее, в описании ответов клиента, сохранялся авторский стиль изложения.

«Я принимаю решение остаться и пройти полный курс программы реабилитации. Основным мотивом является моё желание реально разобраться со смыслом своей жизни и найти свое предназначение, получить хороший заряд сил для того, что начать новую жизнь».

Вопрос 2. Опишите, на чей опыт выздоровления вы опираетесь при принятии столь Важного для себя решения? Что эти люди вам порекомендовали, исходя из своего опыта?

«Я опираюсь на опыт впереди идущих по программе товарищей, которые на протяжении этого месяца меня всячески поддерживали и делились опытом своего выздоровления. Все они рекомендовали остаться и продолжить реабилитацию».

Вопрос 3. Теперь представьте, что ваше решение уже реализовано. Опишите это, ответив на следующие вопросы:

– что вы будете думать при этом?

«Буду думать, что принял правильное решение».

– что будете чувствовать, какие эмоции испытывать?

«Буду чувствовать радость от предвкушения новой жизни».

– как вы думаете, какое эго-состояние (Дитя, Взрослый, Родитель) в структуре вашей психики сейчас приняло это решение?

«Это решение принимаю из взрослого эго-состояния, проанализировав и взвесив все «За» и «Против»».

Вопрос 4. Опишите, как к вам будут относиться люди, когда ваше решение будет реализовано?

– близкие?

«Мои близкие, а именно жена и мама будут думать, что я молодец и наконец-то совершил правильный поступок. Они будут чувствовать радость и умиrotворение за мой выбор, а также поддержат меня в этом».

– знакомые люди (друзья, соседи, участники ТС и т.д.):

«Мои друзья, это те, кто не отвернулся от меня в период моего употребления, естественно будут думать, что я делаю всё правильно, думаю они будут испытывать ожидание и принятие. Уверен, что они меня поддержат».

Вопрос 5. Опишите, какое желание кроется за вашим решением, что вы хотите получить, чего добиться в результате следования этому решению?

«Я желаю, чтобы мной гордились близкие, друзья уважали, чтобы прекратились мои финансовые проблемы, а также проблемы со здоровьем. Я желаю больше не думать о наркотике».

Вопрос 6. Опишите, какими здоровыми, конструктивными действиями (не менее 3-х действий) ваше решение приведет к желаемому результату?

1) Я пройду до конца программу, как бы сложно мне не было это делать.

2) Я буду посещать все мероприятия, лекции и тренинги РЦ, а так же письменно в срок сдавать задания.

3) Я стану одним из активных участников терапевтической среды, работая над дефектами своего характера, такими как лень и безответственность.

Вопрос 7. Опишите, какие качественные изменения в четырех сферах вашей жизни произошли после прохождения первого этапа комплексной реабилитации «Запуск 28 дней».

«Я чувствую, как моё здоровье восстанавливается, я пережил абстиненцию, сейчас не испытываю потребности употреблять. Начал посещать спортивный зал и прямо горжусь собой. Взял на себя служение помощника повара, тем самым помогаю другим и прокачиваю свою духовную сферу. У меня появились новые друзья, с кем я могу поделиться радостным и наболевшим. Из-за принятого решения остаться, начинают налаживаться взаимоотношения с близкими. Эмоционально, становлюсь менее раздражительным и замкнутым, чувствую увлечение и проявления жизнелюбия».

Вопрос 8. Опишите, как повлияет на вашу жизнь прерывание процесса комплексной реабилитации? А как повлияет полное прохождение всех этапов комплексной реабилитации?

«Если прерву реабилитацию, то боюсь, не выживу. К выходу в социум я не готов. Впервые за долгое время у меня появилась надежда и реальные цели, поэтому я останусь и сделаю всё для того, чтобы моё наркоманское прошлое осталось лишь в памяти. Уверен, полное прохождение в моём случае, это билет в счастливую, трезвую жизнь без наркотиков и алкоголя».

Пациенты, принимающие решение не оставаться на реабилитации, после прочтения итогового задания, от терапевтической группы получают такую конструктивную и честную обратную связь, что у большинства мнение меняется. Они начинают чувствовать тепло и поддержку от той среды, в которую попали, у них приходит понимание, что они не одни.

Предложенная обратная связь от участника программы может свидетельствовать о наличии у клиента открытого поведения, здоровой и объективной самокритичности, о продуктивном принятии себя, своих особенностей и негативных компонентов личности и характера, что позволяет говорить о наличии у испытуемых-участников программы признаков положительной динамики в работе над осознанием защитных механизмов и сопротивления, мешающих полноценной реабилитации и появлению у них здорового и зрелого поведения, способствующего

ответственному поведению, самоконтролю и самоорганизации своей активности.

Выводы по второй главе:

В экспериментальном исследовании, реализованном нами, приняли участие 30 наркозависимых клиентов реабилитационного центра, в возрасте от 20 до 35 лет с разным стажем и характером употребления психоактивных веществ.

В процессе изучения психологических характеристик сопротивления у химически зависимых личностей получены следующие результаты: выявлено наличие отрицания, рационализации у 90 % испытуемых и проекции у 80 % испытуемых. Остальные механизмы психологической защиты выявлены не более чем у пятидесяти процентов испытуемых. Степень осознанности проблемы выявлено у 80 % испытуемых, степень слабой осознанности - у 10 % испытуемых и степень неосознания - у 10 % испытуемых. В качестве преобладающих видов сопротивления выздоровлению выявлены: смещение акцентов, скрытность – у 70 %, своеволие – у 60 % испытуемых.

Также нами была разработана программа, направленная на изменение скрытого сопротивления выздоровлению у испытуемых, на изменение степени осознания проблемы как интегративного механизма психологической защиты у химически зависимых личностей. В программе участвовали испытуемые с наиболее выраженными проявлениями сопротивления выздоровлению.

Анализ процессов в ходе программы, а также обратная связь, полученная от участников групповой работы, показала, что у испытуемых появилась тенденция к открытому поведению, объективная самокритичность, принятие себя, своих особенностей и негативных компонентов личности и характера. Такие аспекты поведения испытуемых позволяют говорить о наличии у них признаков положительной динамики в работе над осознанием защитных механизмов и сопротивления, мешающих полноценной реабилитации и появлению у них здорового и зрелого поведения.

Заключение

Исследование, проведенное нами в рамках бакалаврской выпускной квалификационной работы, было посвящено изучению возможностей психологического сопровождения лиц с зависимостью от психоактивных веществ и особенностей этого процесса. Исследование было направлено на изучение гипотезы о том, что программа психологического сопровождения реабилитации лиц с зависимостью от психоактивных веществ, включающая в себя изучение индивидуальных особенностей личности клиентов, проявляющихся в виде психологических защитных механизмов, мотивации к избеганию неудач, особенностей волевого самоконтроля и программы, направленной на осознание негативных проявлений этих особенностей, активизирует личностные ресурсы и мотивирует личность зависимых на выздоровление.

Для достижения цели и проверки гипотезы нами были изучены научные взгляды и подходы к проблеме зависимости, зависимого поведения, а также подходы к реабилитации аддиктивной личности, психологической помощи лицам, проходящим реабилитацию зависимости.

Так, в ходе теоретического анализа было установлено, что аддиктивное поведение, как один из вариантов девиации, является «...одной из форм деструктивного поведения человека и выражается в стремлении к уходу от реальности путем изменения своего психического состояния посредством приема некоторых веществ или постоянной фиксации внимания на определенных предметах или активностях (видах деятельности), что сопровождается развитием интенсивных эмоций» [5]. Аддиктивное поведение принято разделять в соответствии со стимулами, его провоцирующими, и выделять химические и нехимические варианты аддиктивного поведения. Смысловой и мотивационной нагрузкой аддиктивного поведения является попытка человека уйти от реальности и достичь состояний, сопровождаемых «сильными эмоциональными

переживаниями», которые становятся доминирующим фактором при выборе личностью поведенческих паттернов, при которых человек стремится воспроизвести желаемое им состояние.

Для человека с химической аддикцией характерен повышенный уровень внушаемости, некритичность, легковерность, податливость групповому воздействию и авторитарному управлению, т.е., этим людям присущ конформизм. Присущая им неспособность адекватно планировать и прогнозировать свое будущее обусловлена редукцией способности соотносить свои прошлые и настоящие действия, и снижением или утратой зрелых форм ответственности.

В профессиональной деятельности практического психолога, работающего непосредственно с зависимыми людьми, большую роль играет психологическое сопровождение, которое подразумевает под собой создание условий, обеспечивающих человеку возможность принятия оптимальных решений в сложившейся жизненной ситуации, формирования адекватной оценки последствий своего употребления и мотивации к прохождению курса программы реабилитации [38].

Психологическое сопровождение в программе реабилитации представляет собой особую форму реализации длительной социальной и психологической помощи человеку. Отличительной особенностью психологического сопровождения является возможность создать условия для поиска скрытых ресурсов развития субъекта, патронаж его возможностей, открытие перспектив личностного роста. В качестве результата психологического сопровождения клиента в реабилитационном процессе выступает рост приспособляемости, то есть приятия способности к самостоятельному достижению гармонии в отношениях с собой и другими людьми.

В ходе экспериментального исследования нами было проведено эмпирическое изучение индивидуальных особенностей личности, разработана и апробирована программа психологического сопровождения

реабилитации лиц с зависимостью от ПАВ. Экспериментальной базой исследования выступила автономная некоммерческая организация «Сообщество «7 Навыков выздоравливающего наркомана и алкоголика»» (АНО «СООБЩЕСТВО 7 Н»), реабилитационного центра «Флагман», г. Севастополь. В исследовании приняли участие 30 испытуемых, проходящих реабилитацию в центре.

Для реализации эмпирического исследования нами был отобран психодиагностический инструментарий, благодаря которому была собрана информация об индивидуальных особенностях личности, зависимых и проведен анализ полученных результатов.

Задачи, поставленные на этапе эмпирического исследования, были выполнены, были выделены виды защитных механизмов, дана характеристика личности химически зависимого человека, изучены психологические характеристики сопротивления, как интегративного механизма психологической защиты у химически зависимых.

Результаты проведенного исследования позволили сказать, что характерной особенностью зависимой личности является ригидность, повышенный уровень внушаемости, неспособность адекватно планировать и прогнозировать свое будущее, эгоцентризм, алекситимия, мечтательность, нетерпеливость и максимализм. Также испытуемые характеризуются субъективностью мышления, неразвитостью аналитичности мыслительной деятельности, шаблонностью мышления. Поведенческими особенностями зависимой личности являются бесцельность, импульсивность, ригидность, инвариантность, а в Я-концепции отмечается низкая самооценка с тенденцией ее непродуктивной компенсации, внешне выраженная в демонстрации полярного самоотношения по типу завышенной или сверхзавышенной самооценки. Также было выявлено, что испытуемым свойственно использование защитных механизмов с целью избегания выздоровления и сопротивления ему.

На втором этапе экспериментального исследования была разработана и апробирована программа психологического сопровождения, которая представляла собой комплекс мероприятий, направленных на последовательную работу над осознанием защитных механизмов и видов сопротивления, используемых участниками при реабилитации зависимости, а также над активным преобразованием поведения, не обусловленным более сопротивлением выздоровлению. Также в программе проводилась работа над формированием устойчивой мотивации участников на выздоровление и прохождения полноценной реабилитации в специализированном центре. Программа реализовывалась в два этапа, где первый был посвящен просвещенческо-аналитической работе, а второй предполагал активную работу клиентов над поставленными проблемами в ходе выполнения специальных заданий.

По результатам работы в программе от участников была получена обратная связь, содержание которой свидетельствует о появлении у них открытого поведения, здоровой и объективной самокритичности, о продуктивном принятии себя, своих особенностей и негативных компонентов личности и характера. Приобретение участниками таких характеристик и активное использование их в практике работы группы позволяют говорить о наличии у них признаков положительной динамики в работе над осознанием защитных механизмов и сопротивления, мешающих полноценной реабилитации, и появлении у них здорового и зрелого поведения, способствующего ответственности, самоконтролю и самоорганизации своей активности. Это в свою очередь подтверждает поставленную нами в исследовании гипотезу и свидетельствует об эффективности разработанной и апробированной программы психологического сопровождения.

Список используемой литературы

1. Айвазова А. Е. Психологические аспекты зависимости. СПб. : Речь, 2003. С. 28-29.
2. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение. М. : ЭКСМО-Пресс, 2002. 352 с.
3. Александровский Ю. А. Словарь терминов, используемых в психиатрии. М. : Веданта, 2021. 272 с.
4. Березин С. В., Лисецкий К. С., Назаров Е. А. Психология наркотической зависимости и созависимости. Монография. Самара : Бахрах-М, 2008. 456 с.
5. Большой психологический словарь / Сост. и общ.ред. Б.Г. Мещеряков, В.П. Зинченко. М. : Прайм-Еврознак, 2009. 816 с.
6. Большой энциклопедический словарь медицинских терминов. Более 100 тысяч терминов. М. : ГЕОТАР-Медиа, 2012. 2263 с.
7. Бухановский А. О. Зависимое поведение: клиника, динамика, систематика, лечение, профилактика. Ростов-на-Дону, 2002. 60 с.
8. Вассерман Л. И., Ерышев О. Ф., Клубова Е. Б. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля. Пособие для психологов и врачей. СПб.: СПбНИПНИ им. В.М.Бехтерева, 2005. 50 с.
9. Вассерман Л. И., Иовлев Б. В., Карпова Э. Б., Вукс А. Я. Психологическая диагностика отношения к болезни: пособие для врачей. СПб. : НИИ им. В.М. Бехтерева, 2005. 33 с.
10. Галяутдинова С. И., Ахмадеева Е. В. К проблеме понимания аддикции и зависимости отечественными и зарубежными исследователями [Электронный ресурс] // Вестник Башкирск. ун-та. 2013. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/k-probleme-ponimaniya-addiktsii-i-zavisimosti-otechestvennymi-i-zarubezhnymi-issledovatelyami>
11. Гарифуллин Р. Р. Психологические подходы к проблеме наркомании // Сибирский психологический журнал. № 35. 2010. 29-32 с.

12. Гоголева А. В. Аддиктивное поведение и его профилактика. 2-е изд., стер. М. : МПСИ, Воронеж: МОДЭК, 2003. 240 с.
13. Горски, Т. Т. Путь выздоровления. План действий для предотвращения срыва. М. : Институт Общегуманитарных Исследований, 2017. 160 с. С. 7.
14. Даулинг С. Психология и лечение зависимого поведения. М. : Независимая фирма «Класс», 2000. 240 с.
15. Дереча В. А. Психология зависимостей. М. : Юрайт, 2020. 160 с.
16. Ерышев О. Ф., Спринц А. М. Химические и нехимические зависимости. СПб. : СпецЛит, 2012. С. 4.
17. Зиглер Д. Дж., Хьелл Л. А. Теории личности. СПб. : Питер, 2020. 608 с.
18. Зинкевич-Евстигнеева Т. Д. Психотерапия зависимостей. Метод сказкотерапии. СПб. : Речь, 2010. 176 с. С. 7.
19. Иванец Н. Н., Балабанова В. В., Кинкулькина М. А. Психиатрия и медицинская психология. М. : ГЕОТАР-Медиа, 2020. С. 113-114 с.
20. Ильин Е. П. Мотивация и мотивы. СПб. : Питер, 2011. 512 с.
21. Капуччи Д., Стауффер М. Психологическое консультирование зависимых клиентов. М. : Диалектика, 2021. 832 с.
22. Карвасарский Б. Д. Клиническая психология. СПб. : Питер, 2019. 896 с.
23. Козловский А. В., Веницкая А. Г., Лелевич В. В., Разводовский Ю. Е. Распространенность потребления психоактивных веществ среди молодежи и современные подходы к профилактике зависимостей [Электронный ресурс] // Журнал ГрГМУ. 2004. №1 (5). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/rasprostranennost-potrebleniya-psihoaktivnyh-veschestv-sredi-molodezhi-i-sovremennye-podhody-k-profilaktike-zavisimostey>
24. Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В. Аддиктология. Настольная книга. М. : Институт консультирования и системных решений, 2012. 536 с.

25. Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В. Социодинамическая психиатрия. М. : Академический проект; Екатеринбург: Деловая книга, 2000. 459 с.
26. Кузнецова Л. Э. Интегративный подход в психологической коррекции зависимой личности [Электронный ресурс] // Молодой ученый. 2019. № 16 (254). С. 239-241. URL: <https://moluch.ru/archive/254/58300/>
27. Кулаков С. А. Психотерапия и психопрофилактика аддиктивного поведения у подростков. М.-СПб. : Гардарика, 2003. 470 с.
28. Лебедева Н. М. Путешествие в гештальт: теория и практика. СПб. : Речь, 2004. 152 с.
29. Личко А. Е., Битенский В. С. Подростковая наркология. Л. : Медицина, 1991. 386 с.
30. Лобзин В. С, Решетников М. М. Аутогенная тренировка: (Справоч. пособие для врачей). Л. : Медицина, 1986. 280 с.
31. Лурия А. Р. Внутренняя картина болезней и ятрогенные заболевания. 4-е изд. [Электронный ресурс]. М. : Медицина, 1977. 112 с. URL: https://www.rlsnet.ru/books_book_id_6_page_63.htm
32. Менделевич В. Д. Психология девиантного поведения. М. : МЕДпресс, 2001. 432 с.
33. Менделевич В. Д. Медицинская психология: учебник. Ростов на/Д: Феникс, 2018. 460 с.
34. Мехтиханова Н. Н. Психология зависимого поведения. М. : Флинта, 2014. 160 с. С. 47.
35. Мирошниченко И. С. Запуск 28 дней – программа для тех, кто начинает путь своего выздоровления в центре реабилитации. Севастополь : Полиграфический комплекс «КИА», 2018. 40 с.
36. Мирошниченко И. С. Руководство по работе с программой «7 Навыков выздоравливающего наркомана и алкоголика». Севастополь : ООО «ПК «КИА», 2016. С. 13-14.
37. МКБ-10 – Международная классификация болезней 10-го пересмотра [Электронный ресурс]. URL: <https://mkb-10.com/>

38. Попова Е. И., Карпова Н. В. Особенности психологического сопровождения наркозависимых в процессе немедикаментозной реабилитации [Электронный ресурс] // АНИ: педагогика и психология. 2018. №1 (22). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-psihologicheskogo-soprovozhdeniya-narkozavisimyh-v-protssesse-nemedikamentoznoy-reabilitatsii>
39. Психиатрия. Национальное руководство. Краткое издание. М. : ГЕОТАР-Медиа, 2019. 624 с
40. Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ. F 10-F 19 [Электронный ресурс] // Международная классификация болезней. МКБ-10: Психические расстройства и расстройства поведения. F 00-F 99. URL:<https://mkb-10.com/index.php?pid=4048>
41. Психология и лечение зависимого поведения / под ред. Ск. Даулинга. М. : Класс, 2007. 232 с.
42. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. Самара : Бахрах-М, 2019. 672 с.
43. Савина Е. Возвращение Кая. Зависимость от алкоголя и наркотиков. Выздоровление. Второе изд-е, испр-е и доп-е. М. : Лента-Книга, 2019. 352 с. С. 54.
44. Смагин С. Ф. Аддикция, аддиктивное поведение. СПб. : МИПУ, 2000. 250 с.
45. Старков Д. Ю. Лекции по химической зависимости [Электронный ресурс]. Лек. №17, №29, №35. URL: <http://www.sensecenter.com.ua/videostarkov>
46. Старшенбаум Г. В. Аддиктология. Учебное пособие. СПб. : Питер, 2017. 320 с.
47. Старшенбаум, Г. В. Аддиктология. Психология и психотерапия зависимостей: Когито-Центр; Москва, 2006. 288 с.
48. Стрельникова Е. А. Психологические особенности зависимой личности. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.b17.ru/article/4380/>

49. Субботина Л. Ю. Психология защитных механизмов личности. Учебное пособие. Ярославль : Издательство ЯрГУ, 2013. 164 с.
50. Сурнов К. Г. Изменение установок личности при алкоголизме: автореф. дис. канд. психол. наук. Москва, 1982. 20 с.
51. Уманский С. В. Современные психотерапевтические подходы в аддиктологии [Электронный ресурс] // Тюменский медицинский журнал. 2014. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennye-psihoterapevticheskie-podhody-v-addiktologii>
52. Франкл В. Человек в поисках смысла. М. : Ёё Медиа, 2012. 366 с.
53. Фрейд З. Введение в психоанализ: лекции. СПб. : Лениздат, 2020. 544 с.
54. Фрейд З. «Я» и «Оно». СПб. : Лениздат, 2020. 256 с.
55. Шагалова Е. Н. Словарь новейших иностранных слов. М. : АСТ-Пресс, 2020. 575 с.
56. Шнейдер Л. Б. Психология аддиктивного и девиантного поведения детей и подростков. Учебное пособие. М. : Юрайт, 2019. 219 с.
57. Шурыгин А. Н. Методы коррекции зависимого поведения у лиц взрослого возраста (аналитический обзор) [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование. 2004. Том 9. № 4. С. 60-79. URL: <https://psyjournals.ru/psyedu/2004/n4/Shurygin.shtml>
58. Энциклопедия психодиагностики. Т. 2. Психодиагностика взрослых. Под ред. Д. Я. Райгородского. Самара : Бахрах-М, 2021. 704 с.
59. Altman J., Everitt B. J., Glautier S., Markou A., Nutt D., Oretti R., Phillips G. D., Robbins T.W. The biological, social and clinical bases of drug addiction: Commentary and debate // Psychopharmacology. Berlin, 1996.V. 125. P. 285-345.
60. Longman Active Study Dictionary. Pearson Education Limited. 1983, 2010.1040 p.

61. Marlatt G. A., Baer J. S., Donovan D. M., Kivlahan, D. R. Addictive behaviors: etiology and treatment // Annual Review of Psychology. 1988. V. 39. P. 223-252.

62. Steven M. M., Roger D. W. Substance abuse. // The practitioner's guide to psychoactive drugs. New York: Plenum medical book company, 1984.