
МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РФ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМ. М.АКМУЛЛЫ

З.А. ХУСНУТДИНОВА, Э.Н. САФИНА, К.В. МАКСИМОВ

**АДДИКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ В ДЕТСКО-МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ:
ПРОБЛЕМЫ, ПРОФИЛАКТИКА**


УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ



УФА 2017

УДК 159.922.6
ББК 88.742
Х98



Хуснутдинова, З.А.

Аддиктивное поведение в детско-молодежной среде: проблемы, профилактика: учеб. пособие [Текст] / З.А. Хуснутдинова, Э.Н. Сафина, К.В. Максимов. – Уфа: изд-во БГПУ, 2017. – 348 с.

Учебное пособие содержит исторические аспекты становления аддиктологии как научной дисциплины и практической деятельности. Представлены характеристики и особенности формирования различных видов химических и поведенческих аддикций, отражены современные подходы их профилактики в детской и молодежной среде. Показаны психолого-педагогические технологии, используемые в профилактике аддиктивного поведения. В учебное пособие включены вопросы, задания, в том числе тестовые, для самостоятельной работы студентов, контроля знаний, словарь понятий и терминов.

Пособие предназначено для изучения дисциплин «Профилактика аддиктивного поведения», «Профилактика аддиктивного и делинквентного поведения» студентами всех направлений уровня бакалавриата, а также магистрантами направления «Педагогическое образование» по профилю «Профилактика социальных отклонений (превентология)».

Учебное пособие рекомендуется студентам медицинских, технических и гуманитарных вузов в рамках изучения дисциплины «Безопасность жизнедеятельности», а также широкому кругу специалистов в сфере профилактики социальных девиаций.

Рецензенты: **Л.Г. Дмитриева**, д-р психол. наук, проф., зав. кафедрой психологии образования и развития, директор научно-исследовательского центра профилактики деструктивных явлений Башкирского государственного педагогического университета им. М. Акмуллы;

В.Л. Юлдашев, д-р мед. наук, проф., зав. кафедрой психиатрии и наркологии с курсом ИПО Башкирского государственного медицинского университета.

ISBN 978-5-87078-917-1

© Изд-во БГПУ, 2017

© З.А. Хуснутдинова, Э.Н. Сафина, К.В. Максимов

СОДЕРЖАНИЕ

5

Введение.....	
ГЛАВА I. АДДИКТОЛОГИЯ КАК НАУЧНАЯ ДИСЦИПЛИНА И ОБЛАСТЬ ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ	7
1.1. История становления аддиктологии как науки.....	7
1.2. Факторы, способствующие развитию аддиктивного поведения.....	28
1.3. Феноменология созависимости.....	50
1.4. Классификация аддикций.....	62
ГЛАВА II. ХИМИЧЕСКИЕ АДДИКЦИИ	70
2.1. Алкоголизм (алкогольная аддикция).....	70
2.2. Никотиновая зависимость.....	80
2.3. Зависимость от наркотических веществ.....	85
2.4. Зависимость от летучих растворителей.....	106
ГЛАВА III. ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ АДДИКЦИИ: ОБЩИЙ ОБЗОР ПРОБЛЕМЫ	113
3.1. Религиозная аддикция.....	113
3.2. Технологические аддикции.....	126
3.3. Работоголизм.....	134
3.4. Спортивная аддикция (аддикция упражнений).....	138
3.5. Аддикция отношений (межличностная зависимость).....	145
3.6. Ониомания.....	153
3.7. Пищевые аддикции.....	162
3.8. Сексуальная аддикция.....	168
3.9. Игровая зависимость (гемблинг).....	174
3.10. Недостаточно изученные виды поведенческих аддикций.....	182
ГЛАВА IV. ПРОФИЛАКТИКА ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ: ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ И КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ	203
4.1. Современные подходы к проблеме зависимости от ПАВ и ее профилактике.....	203
4.2. Профилактика злоупотребления ПАВ в образовательной среде: концептуальные положения.....	208
4.3. Первичная профилактика как основа превенции зависимого поведения.....	222

4.4. Проектная деятельность в области первичной профилактики аддиктивного поведения.....	233
4.5. Информационные технологии, используемые в профилактике наркотизма.....	247
4.6. Профилактика поведенческих аддикций.....	260
Глоссарий.....	280
Литература.....	289
Приложения.....	293



ВВЕДЕНИЕ

За последние десятилетия в России многие проблемы в социальной сфере приобрели кризисный характер. Значительная часть россиян все больше теряет уверенность в завтрашнем дне, что связано с нестабильностью рынка труда и ломкой стереотипов.

У части граждан с низким адаптационным потенциалом на фоне неуверенности в будущем и страхом перед проблемами действительности назревает желание «уйти от реальности». Данные индивиды склонны в поисках средства подавления перманентной фрустрации прибегать к аддиктивной модели поведения. Стратегия «аддиктивного поведения» – это не только реализация химических зависимостей, но и экстраполяция ее на более широкий круг психологических феноменов с доминантой ухода от реальности. Это может быть в виде аномального пищевого поведения, «трудоголизма», гэмблинга, религиозного фанатизма и т. п.

Судить о распространенности перечисленных поведенческих расстройств и девиаций довольно сложно, так как эти, не угрожающие обществу проблемы, оказались вне поля зрения науки. Кроме того, арсенал методик по диагностике поведенческих аддикций недостаточно широк, а специалисты в области профилактики (специалистов по превентологии в России практически нет), в большинстве, своем ориентированы на профилактику химических зависимостей. Это в свою очередь привело к тому, что до сих пор теоретически не обоснована необходимость профилактики и коррекции поведенческих аддикций.

На этапе видоизменения структуры психических и поведенческих расстройств и девиаций возникает необходимость формирования новой области научного знания – аддиктологии. Аддиктология как мультидисциплинарная наука, системно и комплексно изучает типы и формы аддиктивного поведения, механизм его развития, профилактику и коррекцию.

Стремительный рост числа молодежи с аддиктивным поведением, самоотстранение их от социальной жизни, актуализирует высокую социальную значимость проблемы и устанавливает ее изучение в ряд одних из центральных задач современной науки и практики.

Уникальность учебного пособия заключается в том, что отдельная глава посвящена опыту организации, технологиям первичной профилактики не только химических, но и различных видов нехимических (поведенческих) аддикций в молодежной среде, с акцентом на условия образовательного пространства.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ААС – алкогольный абстинентный (похмельный) синдром;
ВНД – высшая нервная деятельность;
ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения;
ГАМК – гамма-аминомасляная кислота;
ГЭБ – гематоэнцефалический барьер;
ЛР – летучие растворители;
МДП – маниакально-депрессивный психоз;
МКБ – международная классификация болезней;
ПАВ – психоактивное вещество;
ПТСР – посттравматическое стрессовое расстройство;
СНВГ – синдром нарушения внимания с гиперактивностью;
СРРН – синдром родительской реакции на наркоманию.
ЦНС – центральная нервная система;
ЧМТ – черепно-мозговая травма;
ЭЭГ – электроэнцефалография.



ГЛАВА I. АДДИКТОЛОГИЯ КАК НАУЧНАЯ ДИСЦИПЛИНА И ОБЛАСТЬ ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

1.1. История становления аддиктологии как науки

Среди актуальных вопросов современной науки проблема аддиктивного поведения занимает особое место. В зарубежной научной литературе за последнее десятилетие резко возросло число научных публикаций, посвященных психологическим, популяционным, транскультуральным, социальным, коррекционным, экономическим и иным аспектам аддиктивных состояний. И, если еще совсем недавно подавляющее большинство работ было посвящено химическим формам аддиктивного поведения, то все чаще исследователи направляют свои усилия на разработку проблемы поведенческих аддикций.

Термин «аддикция» со времен Древнего Рима обозначал отношения должника к своему кредитору. С середины XVII века термин описывает «следование неистребимой привычке», склонность или пристрастие. Аддикция (англ. Addiction – зависимость, пагубная привычка, привыкание), в широком смысле, – ощущаемая человеком навязчивая потребность в определённой деятельности. Термин часто употребляется для таких явлений, как химическая зависимость (наркомания, алкоголизм и др.), так и нехимическая, психологическая зависимость – поведенческая, примером которой могут служить интернет-зависимость, игромания, шопоголизм, психогенное переедание, фанатизм и т. п. В медицинском смысле аддиктивность – навязчивая потребность в повторении определённых действий, сопровождающаяся, в случае нарушения привычного для пациента графика, явно выраженными физиологическими и психологическими отклонениями, нетривиальным поведением и прочими нарушениями психики.

В конце 1980-х годов в США термин «аддиктология» стал предпочтительным для обозначения раздела медицины, связанного с алкоголем и психоактивными веществами. В современном понимании аддиктология — наука о химических и нехимических зависимостях, изучающая механизмы их формирования, развития, диагностики, профилактики, лечения и реабилитации.

Аддиктология стоит на стыке наркологии, психиатрии, психологии и иных наук. Поэтому разработка проблемы аддиктивного поведения не ограничивается исследованиями только одной области науки, а является следствием междисциплинарного научного поиска (схема 1).

Междисциплинарные связи аддиктологии



История формирования научных взглядов на аддиктивное поведение развивалась неравномерно. В связи с этим целесообразно выделить несколько исторических этапов развития аддиктологии.

I этап – Античный период

Первые наблюдения психических расстройств, связанных с приемом алкоголя. Рекомендации античных врачей по психосоциальной реадaptации химически зависимых индивидов.

Начальные представления об аддиктивном поведении в истории мировой науки связаны с наблюдениями за людьми, зависимыми от психоактивных веществ. Первым психоактивным веществом, известным человечеству, был мак *Papaver somniferum*, который известен в течение последних 6 тысяч лет. О снотворном действии *Papaver somniferum* упоминается в шумерских таблицах Ниппура в Нижней Месопотамии, датированных IV тысячелетием до н. э. Шумерская идеограмма «Нui» обозначала как опий, так и радость.

Имеются указания на чрезмерное потребление мака на территории Европы. Обнаружение маковых семян и маковых коробочек при археологических раскопках вблизи Боденского озера в Северной Европе дало историкам основание считать, что плантации мака могут относиться к позднему бронзовому веку.

Тремя коробочками мака увенчана голова статуи богини исцеления минойской культуры (III век до н. э.). Головка мака фигурирует также во многих мифах Древней Греции как символ забвения боли, мук, страданий (*oblivionem doloris*). Засохший млечный сок надрезанных коробочек мака – опий (опиум), применяли уже в микенскую эпоху (XIV-XII век до н.э.). Британский египтолог Р. Томпсон в 1924 г. сообщил о фактах сбора и медицинского использования опиума, упоминаемых в древнеегипетских рукописях VII века до н. э.

У Цельса и других латинских авторов есть описание лекарства «слезы мака» (*Lacrimae papaveris*). С авторитетом римского врача Клавдия Галена (129-201 гг. н. э.), восторженно относившегося к опиуму, некоторые историки связывают чрезвычайную популярность опиума в Риме в начале первого тысячелетия.

В Египетском папирусе 3500 г. до н.э. был зарегистрирован первый опыт производства алкогольных напитков, в котором есть упоминания о пивоваренном заводе. Безвестный египетский священник третьего тысячелетия до н.э., обращаясь к своему ученику, писал: «я запрещаю тебе ходить в таверну, иначе твое искусство деградирует и станешь подобным животным» (*W.F. Crafts*). В Библии рассказывается о том, как жена Елкана Анна злоупотребляла алкоголем, «от великой печали и от скорби».

Греческий историк Геродот (V век до н. э.), сообщая о жизни скифского племени массагетов (северное побережье Каспийского моря), писал: «Они садились вокруг дерева, бросали в разводимый костер какие-то плоды и опьянялись дымом от этих плодов, как эллины опьяняются вином».

Открытие человеком растений, способных изменять сознание, облегчило ему вхождение в состояние экстаза, в котором он переживал впечатления общения со сверхъестественными силами, приносящими ему утешение или тайную информацию из какого-то другого мира. Но и в этот период существовал строгий контроль над потреблением таких растений. Человек на ранних стадиях своего развития считал растения, способные изменять сознание, святыней и собственностью Бога, поэтому употребление всевозможных субстанций растительного происхождения строго контролировалось колдунами, жрецами и шаманами. В древности наркотики использовались в религиозных культах, особенно в практиках прорицания и обрядов посвящения, так называемых инициаций.

Шаманы, жрецы, колдуны и друиды, бывшие духовными лидерами язычества, использовали различные психотропные и галлюциногенные средства для общения с духами. Они были знатоками свойств различных

растений и использовали их в магических и медицинских целях. Эти знания сохранялись и впоследствии, когда в Европу уже пришло христианство, среди народных знахарей, ворожей и колдунов.

Они верили, что психотропные и галлюциногенные средства помогают им быстрее войти в контакт с духами. Ведь жрец воспринимался как посредник между миром духов и ищущими их помощи людьми. Например: найти лежащий на дне моря гарпун с железным наконечником, исцелить больного, открыть местонахождение пропавшего человека или скота. Шаман-целитель южноамериканских племен для того, чтобы поставить диагноз больному, днем или ранним вечером пьет отвар Аяхуаски (вид лиан), зеленую табачную воду или сок растения «пирипири». Эти вещества, изменяющие сознание шамана, позволяющие ему свободно заглянуть в тело пациента – так, как если бы оно было стеклянным. Если болезнь вызвана колдовством, шаман различает в теле пациента постороннюю неоднородную сущность и может определить, есть ли у него такой дух – помощник, который помог бы удалить эту сущность посредством «высасывания».

В узкий круг допущенных к употреблению таких растений, как правило, входили вожди, колдуны, жрецы, волхвы, скальды, шаманы, старые войны и охотники. Запрет на потребление любых растений, содержащих наркотические средства, психотропные, сильнодействующие и ядовитые вещества, распространялся на детей, женщин, молодых воинов и охотников. За нарушение этого запрета было только одно наказание – изгнание из племени, что по тем временам означало – смерть.

II этап – Средневековье, Ренессанс и новое время до второй половины XIX века

Распространение наркомании. Религиозный фанатизм как массовый социально-психологический феномен аддиктивного характера. Одержимость. Первично-эмпирическое описание некоторых нехимических аддикций, таких как, страсть к игре на деньги, аномальное пищевое поведение, скарденность. Возникновение учения о рефлексе.

Массовому распространению наркомании в духовно подготовленном для этого обществе способствовали два обстоятельства: колониальная политика ведущих стран Европы и развитие химической науки. Подчинив своему влиянию Азию и Северную Африку, Европа столкнулась с традиционным выращиванием и употреблением растительных наркотиков: опиумного мака и конопли, из которой изготовлялся гашиш. Эта традиция стала для предприимчивых европейцев источником немалых доходов.

На протяжении всей истории контакты между далекими культурами происходили благодаря торговле и войнам.

Кроме одиночных географических очагов употребления различных веществ, обладающих психоактивными свойствами, Европа не знала

большинства сильных наркотиков до конца XIII века, когда крестоносцы привезли с Ближнего Востока опиум.

Позднее путешествия европейцев (главным образом англичан, французов, португальцев и испанцев) в Америку принесли новые открытия. Основные психоактивные вещества, привезенные в Европу из Америки – кокаин (из Южной Америки), различные галлюциногены (из Центральной Америки) и табак (из Северной Америки). Как показали исследования, между культурами происходил двусторонний обмен.

В Европе традиция употребления наркотиков присутствовала с давних времен. Например, в исторических архивах Британского адмиралтейства есть очень любопытные упоминания по поводу жалоб адмирала Нельсона на то, что его матросы курят корабельные канаты, сделанные из конопли. Примерно в то же время, в самом начале девятнадцатого века солдаты экспедиционного корпуса Наполеона, вторгшегося в Египет, познакомились с гашишем.

К тому времени в передовых странах Европы уже активно входит в обиход массовое употребление различных, прежде весьма экзотических, «колониальных» товаров. Так, в восемнадцатом веке потребление кофе в Англии подскакивает с 2 до 120 миллионов фунтов в год. Но надо понимать, кроме кофе, табака, чая, какао, каучука, пряностей и прочих, вполне прогрессивных и необходимых новому европейскому потребителю, в Старый Свет начинают активно проникать гашиш и опиум.

Кроме того, предприимчивые англичане быстро осознают крайне высокую выгоду, возможную при торговле наркотиками, в частности опиумом. Если прежде традиционно ведущими мировыми центрами по поставкам и распространению опиума были Турция и частично Аравия, то вскоре деловитые англичане перехватили «товарную» инициативу у сонных восточных деспотий и сосредоточили всю выгоду мировой торговли наркотиками в своих руках. Британцы на территориях своих колониальных владений в Индии в конце восемнадцатого века начали устраивать обширные маковые плантации и принялись в огромных количествах производить опиум для вывоза в соседние мусульманские страны и особенно в Китай.

Впервые появление и использование опийного мака в Китае отмечено в древних текстах по медицине, датированных X веком н.э. Долгое время опиум экспортируется в страну в основном из Индии, а с началом эпохи великих географических открытий – из Португалии. При этом до второй половины XVII века опиум ввозится исключительно как лекарственное средство, в основном против дизентерии. В XVII веке испанцы, торгуя на Филиппинах и в Южном Китае, завозят в эти страны табак. Тогда же голландцы вводят обычай добавлять в табак опиум. Голландцы считали это верным средством борьбы с малярией, китайцы же поняли его как способ опьянения. От курения табака с опиумом до курения чистого опия был один шаг: и вскоре в

Китае укоренился обычай курения чистого опия. В стране развилось опиокурение, скоро приобретшее бедственный характер.

Средние века изобилуют рассказами о ведьмах и колдунах, а также об их волшебных зельях. Существуют документы, свидетельствующие о том, что в XV, XVI и XVII веках в Европе изготавливались разные мази, действие которых было, похоже, таким сильным, что они могли превращать людей в животных или изменять состояние сознания. Скорее всего, речь идет о каких-то ядах, которые, проникая через кожу, попадали вместе с кровотоком в мозг и вызывали галлюцинации, в которых человек переживал свое превращение в животное или в другое существо, особенно если ему накануне этого что-то подобное было внушено.

В Европе просвещенные женщины использовали секреты приготовления психоактивных зелий, употребляя для этого белладонну, белену, дурман, мандрагору. Иногда добавляли животные ингредиенты, такие, как кожа жаб и саламандр, являющихся источником психоделиков деметилсеротонина и буфотенина. Приняв зелье или смазав кожу и вагину мазью, ведьмы воспроизводили опыт участия в шабашах, полных различных кощунств, богохульства и развратных мерзостей.

Мировая история зафиксировала случайные массовые отравления веществами растительного происхождения, изменяющими сознание людей. Документы свидетельствуют о том, что в 994 г. умерло сорок тысяч французов, отравившихся спорыньей, а у еще большего количества людей возникли галлюцинации.

Впервые в истории аддиктивные тенденции вышли на социальный уровень. Средневековье и ранний Ренессанс явился периодом тотального религиозного фанатизма, который охватывал не только деревни и города, но и целые народы. Религия была основой существования каждого члена общества средневековой Европы и толкала, порой, людей на поступки, противоречащие человеческой сущности – казни, пытки, самосожжения.

Однако, несмотря на негативное влияние религиозного догматизма, в этот период целенаправленно развивалось достаточно специфическое направление аддиктологии. Речь идет о понятии одержимости демонами, сатаной или иными проявлениями «дьявола». Учение об одержимости, как противоестественном, чуждом человеку состоянии, возникло в XI-XIII веках, но достигло своего апогея к XVI-XVII вв. Бог дал человеку разум, чтобы все объяснить, понять, разобрать и определить, привести в стройную систему и порядок. И средневековые богословы, ученые, врачи, философы не жалели трудов на эту богоугодную задачу, многочисленные «исследования» посвящены описаниям одержимости.

Так, знаменитый «Молот ведьм» Шпренгера и Инститориса к признакам одержимости относил «неумеренное пьянство, азартные игры, доводящие до иступления и разорения». Судьба этих людей была печальна: в лучшем случае – анафема и социальная обструкция, но чаще – смерть от руки палача.

В эпоху Ренессанса совершены великие открытия в биологии и медицине. Т. Парацельс выступил с новой теорией о природе человеческого организма, причинах и методах лечения болезней. Именно ему приписывают введение опиума в медицину – приготовлявшаяся им настойка была названа «лауданумом». Лауданум считался панацеей в течение более трех столетий, его применяли при бессоннице и возбуждении, при слабости и истощении, при болях, кровотечениях, кашлях и поносах (Пятницкая И.Н.). Т. Sydenham в 1680 году писал, что «из всех средств, которые дал нам Всемогущий Бог, ничто как опиум не избавляет человека от страданий».

В этот период печатаются отдельные научные работы, посвященные зависимому поведению. В XVI веке увидела свет диссертация фламандского монаха Pashasius Ustus «Об азартных играх или болезни играть на деньги», по существу – первого систематического исследования гэмблинга. В этот период аддиктивные реализации в большей степени описывались не в психологических или врачебных источниках, а в литературных произведениях как человеческие пороки, противоречащие социальным и этическим нормам – обжорство, пьянство, азартные игры (Петрарка, Рабле, Данте Алигьери и др.). Зеннерт в своей психиатрической классификации указывал на «болезни от безумной любви», обусловленной «демонами». П. Заккиас считает, что «влюбленные, фанатики и энтузиасты» страдают различными «разновидностями меланхолии». В. Rush публикует первую программную работу по алкогольной зависимости «Вред эффектов алкоголя на человеческое тело и душу», где называет пристрастие к алкоголю болезнью и вводит термин «алкоголизм». Автор подчеркивал высокую социальную значимость данной патологии. В 1701 г. в трактате «The mysteries of opium revealed» лондонский врач Джон Джонс описывает эффект неожиданного прекращения использования опиума после долгого его употребления, т. е. синдром отмены. При этом Джонс подошел к описанию аддиктивного поведения, но не смог оформить свои мысли в концепцию наркомании и дифференцировать злоупотребление опиумом, алкоголем и никотином. Так, после описания признаков «длительного употребления опиума» он писал: «Нет доводов против того, что опиум калечит дух намного больше, чем вино или еда, пресыщение которой намного опаснее». И далее: «Зло не в самом лекарстве, а в человеке».

Важнейший этап развития рассматриваемой проблемы связан с именем Р. Декарта (1591-1650). Декарт ввел понятие рефлекса и этим положил начало естественнонаучного анализа поведения человека и животных. Декарт дал рационалистическое учение о страстях, которые определял как «восприятия, или чувства, или душевные движения, особенно связанные с душой, вызываемые, поддерживаемые и подкрепляемые каким-нибудь движением «духов». Природа страстей двойственная: она включает телесный компонент и мысль о предмете. Телесное начало придает страстям произвольный характер, а связь с мыслью позволяет управлять ими и воспитывать страсти.

Конкретно-научное учение Декарта о страстях, включает такие вопросы: причины и источники страстей, классификация страстей и их описание, воспитание чувств. Единственной причиной страстей является движение животных духов, под влиянием которых в теле происходят большие физиологические изменения. В связи с этим Декарт уделяет большое внимание психофизиологии чувств, описывает телесные проявления, физиологические компоненты страстей (изменения пульса, дыхания и др.). Источники страстей разнообразны, но главным являются воздействия внешних предметов. Чувства, по Декарту, предметны, в этом их главная особенность. Декарт различал первичные и вторичные страсти. Первичные страсти появляются в душе при ее соединении с телом и суть следующие шесть: удивление, желание, любовь, ненависть, радость, печаль. Их назначение – сигнализировать душе, что полезно телу, а что вредно. Они приобщают нас к истинным благам, если возникают на истинном основании, и совершенствуют нас. Все прочие страсти являются видами первичных и образуются при жизни.

Значение страстей велико. От них зависит наслаждение жизнью. Однако страсти имеют и недостатки. «Страсть не всегда приносит пользу, потому что имеется много как вредных для тела вещей, не вызывающих сначала никакой печали и даже радующих человека, так и других действительно полезных, но сначала неприятных вещей. Кроме того, добро и зло, связанные с этими вещами, кажутся более значительными, чем есть на самом деле; они побуждают нас домогаться одного и избегать другого с большим, чем следует, рвением». Возникает задача воспитания страстей. Декарт уверен в неограниченных возможностях человека в отношении воспитания страстей: «...люди даже со слабой душой могли бы приобрести неограниченную власть над всеми своими страстями, если бы приложили достаточно старания, чтобы их дисциплинировать и руководить ими». Однако на страсть нельзя воздействовать непосредственно: недостаточно одного желания для того, чтобы вызвать в себе храбрость или уничтожить страх. Средствами в борьбе с нежелательными страстями являются разум и воля. От разума зависит знание жизни, на котором основывается оценка предметов, а от воли – возможность отделить мысль о предмете от движений животных духов, возникших от этого предмета, и связать их с другой мыслью о нем (Ждан А.Н.).

III этап – Вторая половина XIX века

Массовая наркотизация. Развитие учения о рефлексе. Изучение нервной системы. Внедрение биологических знаний в психологию, формирование экспериментальной методологии исследования. Психометрия. Яркие литературные описания аддиктивных состояний. Новые технологии обработки наркотических веществ, первые наблюдения опиомании.

Армии Наполеона в начале XIX века привезли каннабис (гашиш, марихуану) из Египта во Францию. Авангардные художники и литераторы в Париже ритуализируют прием этого психоактивного вещества и в 1844 году был учрежден «Клуб гашишистов». Прогресс в химических науках актуализировал попытки лабораторного синтеза новых соединений и выделения химически чистых препаратов.

Первая массовая вспышка наркомании в Европе относится к 1840 году. Именно тогда в Англии были приняты «усиленные меры в пользу трезвости». Естественно в процессе ограничения возможностей питья и дороговизны алкоголя народные массы быстро нашли замену выпивке в наркотиках. Спрос на опиум мгновенно возрос, и аптекари в промышленных английских городах стали быстро наживать хорошие состояния, продавая невиданное прежде количество опиумных пилюль для рабочих, которым спиртное стало не по карману.

Ежегодное употребление опиума в Англии в 1859 году составляло 61 тысячу фунтов, то есть приблизительно 27 с половиной тонн. Средней дозой для взрослого человека считаются 30 граммов в день. Исходя из ежедневного приема этой дозы, опиум употребляли 5 процентов британцев. Количество точек розничной торговли, где продавался опиум, в Англии в это время оценивается от 16 до 25 тысяч.

В XIX веке развитие учения об аддиктивном поведении связано с новыми технологиями обработки опиумного мака. В 1803 году ганноверский фармацевт А. Sertürner выделил из мака алкалоид морфин, который практически сразу стал применяться в медицине в качестве седативного и анальгезирующего средства, а через полвека был изобретен шприц, что сделало возможным парентеральное введение лекарств. Т. De Quincey (1822, цит. по А. Lindensmith, 1975) указал, что привычка к приему опиума весьма сильна и вырабатывается в течение 20 дней. «После этого срока эта привычка может подвинуть человека на самые экстраординарные поступки... Если в субботу Вы не едите опиум, то в воскресенье – вы едок вдвойне...». Однако Т. De Quincey обращал внимание на то, что формирование аддикции зависит от конституциональных свойств психики.

В середине века опиомания становится социальной проблемой в Китае, который в то время был колонизирован Великобританией и Францией. Ни шелк, ни пряности, ни золото не вызывали столь живого интереса со стороны местных и колониальных властей. Борьба за рынок легальных опиатов вылилась в две Опиумные войны – 1839-1842 и 1856 гг. соответственно.

Хотя употребление опиума в Азии исчисляется тысячелетиями, всеобщее его использование начинается только в XVIII веке, после того, как на рынки континента вышла английская Ост-Индская Компания, которая владела монополией на производство опиума. В 1772 году генерал-губернатор Бенгалии Уоррен Гастингс начинает выгоднейшую торговлю

опием в Китае с целью поддержания своей администрации. Это оказалось золотой жилой.

Когда в 1820 г. в Китае был введен запрет на импорт опиума, Англия и Голландия в погоне за прибылью продолжают контрабандный ввоз в Китай огромных количеств опиума, а затем, невзирая на законы Ост-Индская Компания, вынудила правительство Великобритании оказать давление на Китай, чтобы насильно возобновить импорт опиума.

Начиная с 1830 года, всего за семь лет английский экспорт опиума в Китай возрос со 120 тонн до почти двух с половиной тысяч тонн. Подобные масштабы не снились ни одному из современных наркокартелей. Торговля другими товарами почти замерла, утечка серебра из страны дезорганизовала финансы. Миллионы китайцев, от простых кули до принцев, стали жертвами пагубного пристрастия. Правительство с ужасом обнаружило, что среди служащих Уголовной и Налоговой палат больше половины – наркоманы. Государственные институты, система искусственного орошения, даже императорская гвардия разваливались на глазах.

Китайский запрет на британский опиум привел в 1842 г. к первой опиумной войне, в которой более мощный военно-морской флот Великобритании вынудил китайцев вновь открыть двери британскому наркотику.

Спустя пятнадцать лет, в 1857 г. вспыхнула вторая опиумная война, в которой к Великобритании присоединились Франция и США. Китай, конечно же, проиграл и эту войну. С целью приостановки оттока золотого запаса и для спасения страны от инфляции Китай начал выращивать собственный опиумный мак. Миллионы китайцев проводили большую часть своей жизни в опиумных курительнях, погруженные в наркотический сон.

Длительное время самые различные правительства Китая силой будут пытаться искоренить заразу, пустившую такие глубокие корни в стране. И только в 1950 году коммунистическими властями Китая был принят драконовский антиопиумный закон.

На примере опиумных войн мы видим, как осуществлялась коварная политика расширения массового употребления наркотика с целью подчинения одного государства другому, со всеми ужасными последствиями, оказавшими влияние на психическое здоровье нации в последующих поколениях.

Возвращаясь к научным открытиям в сфере медицины, отметим, что в 1832 году Пьер Жан Робике (фр. Pierre Jean Robiquet; 13 января 1780– 29 апреля 1840) – французский химик, положивший начало работам по идентификации аминокислот, сделал вклад в создание лекарственных препаратов через получение кодеина.

И, наконец, в 1848 году Георгом Мерком (Georg Merck) открыт один из алкалоидов опия папаверин (Papaverinum).

Но переворотом стал 1853 год. В этом году врач из Эдинбурга Александр Вуд изобрел иглу для подкожных инъекций, а Шарль-Габриэль Праваз создал первый шприц, в результате прием морфина, опиума и других алкалоидов стал более эффективным. В итоге возникло ошибочное мнение о том, что такое употребление не ведет ни к физическому, ни к психологическому привыканию и не вызывает тенденции к увеличению дозы.

В 1871 году Лэр сделал в Берлине свой в настоящем смысле пророческий доклад «О злоупотреблении впрыскиваниями морфия», который тогда не вызвал никакого интереса. Через два года дрезденский врач Т. Fiedler впервые описал несколько случаев пристрастия к морфину и ввел понятие «морфинизма».

Интерес к этому заболеванию появился лишь после работ U. Levinsatain в 1875 году. Было показано, что при парентеральном пути введения опиатов эйфоризирующее действие алкалоидов проявляется намного интенсивнее, чем при традиционных формах потребления – курении и жевании, и практически сразу после введения. Автор указал, что «морфийная наркомания сходна с человеческой страстью вроде жадности, половых излишеств и болезненного аппетита».

В 1898 году G. Dresser предложил для лечения этого заболевания полученный им диацетилморфин, названный позднее героином. Через 17 лет было установлено, что эйфоризирующий эффект героина намного превосходит эффект морфина, зависимость от нового препарата формируется намного быстрее, абстиненция протекает тяжелее, и в 1924 году он был запрещен в клинической практике в США. Первая отечественная монография Ю.С. Эрленмейера и П. Солье «Морфинизм и его лечение» (1899) посвящена формированию зависимости при парентеральном потреблении морфина.

В 1859–1860 гг. Альберт Ниманн выделил из листа коки алкалоид кокаин и установил его структуру.

В 1878 г. американский врач Бентли выступил с идеей использования кокаина в качестве «заменителя» для борьбы с морфинизмом. Такое «лечение» переродилось в новый порок – кокаинизм, а в некоторых случаях больные становились жертвами двойной наркомании – морфинизма и кокаинизма.

Известный всем нам напиток кока-кола. Его название звучит так потому, что изначально в составе коричневого прохладительного напитка содержались экстракты орешков африканского дерева кола и листьев куста коки. Именно тех самых, из которых добывают кокаин. Кока-колу изобрел в 1886 году в американском городе Атланта аптекарь Пембертон. При этом он искал замену популярному тогда в Америке народному напитку. Этот напиток представлял собой вино, настоенное на листьях коки. Вино это запретили, но не из-за кокаина, а из-за сухого закона и запрещения продажи любого спиртного.

В те времена компания «Кока-Кола» даже на бутылочных этикетках своей газировки изображала листья куста коки. А жвачку и сигареты с добавлением этого наркотического растения тогда можно было приобрести в любой американской лавке. И только в начале двадцатого века под давлением неопровержимых фактов о вреде этого наркотика из рецептуры напитка был изъят экстракт коки.

Важным этапом в формировании взглядов на аддиктивное поведение являются работы С. Lombroso, в которых впервые проанализированы криминологические аспекты аддикции. Основное положение автора (1876) сводится к тому, что существует прирожденный тип уголовного преступника, представляющий собой, с точки зрения антропологии, явление атавизма. Принципиальным моментом его теории является осознание связи между антисоциальным поведением, психическим неблагополучием и приемом ПАВ – «следует не помещать алкоголиков и морфинистов в тюрьмы, а лечить скрытую меланхолию, ставшую причиной их порока».

Другим важным выводом, сделанным С. Lombroso, является положение о существовании особой субпопуляции, биологически склонной к приему наркотиков. В своем основном труде «Гениальность и помешательство» (1876) среди «специальных особенностей гениальных людей, страдавших в то же время и помешательством», автор указывает на их «чрезвычайное злоупотребление наркотическими веществами и спиртными напитками». В частности приводятся указания на наличие выраженных аффективных расстройств и, одновременно – на опиоманию у крупнейшего французского поэта XIX века Шарля Бодлера и швейцарского естествоиспытателя, основателя экспериментальной физиологии Альбрехта фон Галлера.

В художественной литературе XIX века можно найти замечательные по своему психологизму описания аддиктивных расстройств – гэмблинга (Ф. М. Достоевский), любовных аддикций (Л. Н. Толстой, Стендаль, Ч. Диккенс), опиомании (Ш. Бодлер), пищевых аддикций и аномальной скупости (Н. В. Гоголь).



IV этап – Первая половина XX века

Поведение как объект исследования. Условно-рефлекторный подход к человеческому функционированию, оперантное подкрепление. Введение понятия аддикции. Появление и распространение первой психокоррекционной структуры для алкоголь-зависимых лиц – движения Анонимных алкоголиков.

В начале века в ряде стран вводятся ряд законодательные меры, направленные на ограничение распространения наркотиков. Первым международным органом, координирующим борьбу с наркобизнесом, стала Шанхайская опиумная комиссия, созданная в 1909 году. Заключенные тогда международные соглашения регулировали, главным образом, различные вопросы контроля над легальным оборотом наркотиков, например: введение

законодательной регламентации производства опиатов и других наркотиков для медицинских целей; ликвидация опиокурения; пресечение переброски опия-сырца из Китая морским путем.

Результатом международной конференции, проходившей в Гааге в 1911 году, было согласование мер контроля над применением морфия и кокаина в медицинских целях. Международная конвенция об опиуме, подписанная в Гааге в 1912 году, основывалась на принципах международного контроля над наркотиками. Женевское соглашение 1925 года ввело систему лицензий и обязательную регистрацию торговли наркотиками, новые меры контроля за их рынком. Был создан постоянный комитет по опиуму.

В США Актом Гаррисона (1914) предписывалось отпускать кокаин и опиум из аптек только по рецепту врача.

Эффект от введения этого акта был незначительным и наркомания продолжала распространяться. В 1922 году, когда стало ясно, что применение акта Гаррисона не привело к желаемому эффекту, стали ужесточаться меры наказания за хранение, распространение и прием наркотиков с немедицинской целью, включая и пожизненное тюремное заключение. Тем не менее, число лиц, употреблявших наркотики, возрастало. В 1914 году насчитывалось 246 тыс. человек, употреблявших опий, морфин или героин, в 1983 году только употребляющих героин насчитывалось 492 тыс. человек. Безусловно, Акт не уничтожил полностью немедицинское потребление опиатов, а в определенной степени дал начало развитию преступности, связанной с наркотиками в США. Нелегальное использование опиатов провоцировало контрабанду опиума и героина в страну. Повышение цен на опиаты на «черном рынке» во многом способствовало их бесконтрольному распространению и использованию. Акт Гаррисона давал контроль над опиатами врачам, и решение о том, действительно ли зависящий от них человек нуждается в опиатах, оказалось целиком в их руках. Сложилась сложная и двусмысленная ситуация: с одной стороны, именно врач определял обоснованность назначения наркотика, а с другой стороны, законы все более и более ограничивали его решение. Законодательные поправки сначала предписывали врачам не выписывать опиаты до тех пор, пока не будет наблюдаться уменьшение дозы наркотика с течением времени (1915), потом, что опиаты не следует выписывать зависимым от них (1917), и дальше (1924) – что героин не следует выписывать никому. Законные пути получения наркотиков оказались перекрыты для многих наркоманов, в результате чего они обратились к растущему «черному рынку». Вероятно, именно с этого времени «черный рынок» принял те черты, которые мы наблюдаем в настоящее время. Сегодня опиум выращивают главным образом на Ближнем Востоке (Афганистан, Пакистан, Иран) или в Юго-Восточной Азии (Лаос, Бирма, Таиланд), а также в Мексике. Большинство опиума, легально выращиваемого для медицинских целей, произрастает в Индии и Австралии.

Е. Bleuler (1920) одним из первых рассматривает аддиктивные психологические феномены с позиций особенностей личности. «Парафункции воли обычно бывают связаны с тем, что называют «влечениями». У человека сохранилось еще до некоторой степени в примитивном виде половое влечение, которое правда во многих отношениях оттеснено культурой: брак, аскетизм, ограничение деторождения, однако стихийно прорывается и создает у индивидуума конфликты, обладающие особыми патогенными свойствами...».

В первой половине XX века начались систематические исследования аддиктивного поведения как психологического и культурального феномена. А. Light и E. G. Torgance (1929) попытались выделить основные физиологические характеристики синдрома отмены у госпитализированных наркоманов, внезапно лишенных морфина. Они детально анализировали состояние периферической крови и гемодинамические показатели. Исследователи не выявили надежных биологических характеристик синдрома отмены, однако установили, что в ряде случаев введение дистиллированной воды под видом «наркотика» купировало основные проявления абстиненции, дисфорические проявления и вызывало продолжительный глубокий сон у наркоманов. Тогда впервые была высказана точка зрения о том, что потребление ПАВ и все феномены, которые его сопровождают, обусловлены не только физиологическими, но и психологическими факторами (А.В. Light, E.G. Torgance, 1929).

Публикуются первые исследования множественного аддиктивного поведения, о возможности которого указывал еще Е. Bleuler. Описывая бредовые состояния у морфинистов, он связывал их «с действием других ядов, особенно алкоголя и кокаина» (Е. Bleuler 1920). С.Г Жислин вводит понятие абстиненции, как синдрома лишения ПАВ, а L. Kolb и С. К. Himmelbach разрабатывают простую и практичную шкалу объективизации ее симптоматики при морфинизме. На высоком клинко-физиологическом уровне проводятся комплексные анализы кодеиновой и морфинной зависимости. Однако до окончания второй мировой войны морфинная аддикция не представляла собой серьезной социальной проблемы, а встречалась лишь в относительно ограниченных субпопуляциях – богема, врачи, инкурабельные соматические больные. Основным источником распространения служил Китай, однако в самом Китае проблема была решена жесткой позицией Чан Кай Ши; по его приказу культивирование мака или производство и продажа опиума каралась смертной казнью.

Касаясь распространения морфинизма в первые годы советской власти, В.А. Горовой-Шалтан писал: «Распространение морфинизма ширится и растет; как это, впрочем, наблюдается после войны и в других европейских странах, в частности, в Германии, а еще в большей степени – в Америке. Рост морфинизма особенно велик в Ленинграде и Москве, но демократизация может способствовать проникновению его и в провинцию, в деревню, как это

наблюдается давно уже в Германии и во Франции. В Благовещенске и Амурской области, наряду с курением опия и кокаином, широко распространено и злоупотребление морфием, главным образом, среди пролетарских слоев населения. Жертвы берутся из медицинской среды, но у большинства наших пациентов начало морфинизации определенно связано с условиями военной службы, с приходом революции». В.А. Горовой-Шалтан приводит примеры: «Морфий предлагается партийному работнику в Совете его товарищем, как средство для того, чтобы побороть усталость и понизить нервное напряжение, вызванное работой во время наступления Юденича на Петроград. На военном корабле, в период разгара революционных событий функционирует «клуб морфинистов», где проходят «заседания», организовано добывается морфий, успешно вербуются новички, нередко простые и малокультурные матросы. В продовольственном отряде, направляющемся на Урал за продуктами, оказывается девять морфинистов, соблазняющих десятого, и этот десятый на обратном пути готов уже отдать все за то, чтобы только добыть морфий. Военные госпитали, больницы и другие санитарные учреждения объединяют различные группы наркоманов из среды персонала, главным образом, фельдшеров и сестер. Морфий с легким сердцем советуют непосвященным, рекомендуют не прекращать инъекций. Морфинизм в среде проституток чаще комбинировался с другими наркотиками, особенно с алкоголем и кокаином» (цит. по И.Н. Пятницкой).

С конца 1940-х годов наблюдается резкий подъем потребления наркотиков в Европе и США, происходит значительная трансформация структуры аддиктивных агентов. Если до Второй мировой войны ведущими мотивами немедицинского приема препаратов были ятрогенные и ритуальные, то после войны им становятся поиск эйфории. На смену традиционных медикаментозных опиатов приходят новые кустарные препараты и их комбинации (Н.Н. Пятницкая). Рост аддиктивных форм поведения сопровождал психоделическую революцию, проходившую в те годы в США. Психоактивные вещества, прежде всего галлюциногены, стимулянт и марихуана приобретают особое социальное значение, они используются для более глубокого постижения внутреннего мира человека (Тимоти Лири, Карлос Кастанеда).

В середине XX века появляется и получает распространение первая психокоррекционная структура для алкоголь-зависимых лиц – Анонимные алкоголики. Сообщество «Анонимные алкоголики»/АА – это сообщество, объединяющее людей, которые делятся друг с другом своим опытом, силами и надеждами с целью помочь себе и другим избавиться от алкоголизма. История организации начинается с того, как американец Билл Уилсон, который из-за пьянки в очередной раз попал в больницу, остался трезвым полгода. Испытывая искушение выпить вновь, он стал искать пьяницу, нуждающегося в помощи. Билл познакомился с доктором Бобом Смитом, тоже алкоголиком. В результате общения у них возникла идея, что, общаясь

друг с другом, они могут противостоять недугу. Так зародилось сообщество «Анонимных алкоголиков». Со временем такое своеобразное общение начало приобретать всё более широкое распространение. 10 июня 1935 года доктор Боб Смит выпил последний раз спиртосодержащий напиток (бутылку пива). 10 июня 1935 года является днём создания сообщества «АА». Этот опыт позволил им объединить других алкоголиков, и в 1937 году группа насчитывала уже 40 участников. В декабре 1938 года был разработан текст «12 шагов» – это программа духовного переориентирования для зависимых от алкоголя. Целью является признание своей зависимости, апеллирование к «высшей силе» для излечения, возмещение ущерба, нанесённого другим в результате зависимости, и донесение целительного знания до других зависимых. В значительной степени полагается на принятие «высшей силы» или Бога, который может пониматься по-разному, но является обязательной действующей силой в выздоровлении. По мере развития технической базы цивилизации в начале века возникли новые, ранее не существовавшие виды аддикций. Примером может служить «телефонная зависимость», охватившая в начале века крупные города Европы и Америки по мере расширения телефонных сетей. Сотни абонентов, которые могли часами говорить по телефону, порой блокировали телефонную связь. Для них подобная коммуникация становилась смыслом жизни. По мере вхождения телефонной связи в быт, случаи «телефонной аддикции» исчезли (А.М. Валентинов).

V этап – 50-е – 80-е годы XX века

Дальнейшее развитие поведенческого подхода к формированию и развитию зависимости. Психоделическая революция. Разработка клинических аспектов алкоголизма и наркоманий. Фармакологические новации в лечении психических заболеваний и химических аддикций. Открытие специфических рецепторов и эндогенных лигандов психоактивных субстанций (опиатов, ГАМК, дибензодиазепинов). Распространение движения Анонимных алкоголиков в мире. Первые психологические теории аддиктивного поведения.

С середины 60-х годов число научных публикаций, в частности, в американской психологической литературе резко увеличивается. Причины этого явления достаточно серьезны, чтобы остановиться на них подробнее. Ситуация, сложившаяся в США в 60-х годах текущего века, привела к значительному росту аддиктивных состояний в популяции, что до сих пор имеет значительные социальные последствия. К 1955 году число пациентов в государственных психиатрических клиниках США составляло 559000 человек. Отсутствие адекватного медико-социального контроля, факты злоупотребления со стороны персонала некоторых больниц, недостаточное финансирование привели к снижению качества психиатрической помощи, а в отдельных клиниках – к антигуманному обращению к пациентам. Это вызвало рост антипсихиатрических настроений в обществе, которым

способствовали тенденциозные литературные произведения. Проблема положения душевнобольных в США попала в центр общественного внимания.

В результате был выбран путь деинституализации. Толчком к такой политике послужило избрание в 1960 году президентом США Джона Кеннеди. Особое отношение президента к психиатрической тематике было продиктовано личными причинами – его сестра страдала шизофренией и долгие годы провела в лечебнице для душевнобольных. Кеннеди предоставил средства для резкого сокращения численности пациентов в государственных психиатрических клиниках, возглавил движение в поддержку умственно отсталых и психически больных, а также предложил создать сеть Окружных центров психического здоровья, финансируемых из федерального бюджета, которые были бы альтернативой психиатрическим больницам штатов. Это начинание было самым крупным провалившимся социальным экспериментом в Америке.

В период с 1955 по 1993 годы[®] численность пациентов в государственных психиатрических клиниках США сократилась до 90 тысяч, то есть в 6,21 раза. В этот же период численность населения страны выросла со 166 до 258 миллионов человек, а это значит, что 90% из числа тех, кто сорок лет назад был бы помещен в психиатрическую больницу, в ней не находился. Программа деинституализации потерпела полный провал. Основным ее результатом стало практически полное отсутствие медицинского и социального контроля за большинством психически больных. В данной популяции резко возросла бездомность, агрессивное и антисоциальное поведение, алкоголизация и наркотизация. Рост последней многократно усилился за счет психоделической революции, проходившей в те годы в США, и активному внедрению наркотиков в западный социум.

В этот период формируется понятие о специфической коррекции аддиктивных состояний – с 50-х годов применяется заместительная терапия героиновой аддикции (метадон, лево-альфа-ацетилметадол) и аверсивная терапия алкоголизма (ди-сульфирам). В 1974 году L. Wickler предложил фармакотерапию с применением опиоидных антагонистов (налтрексон, налмифен), основанную на поведенческой концепции «блокирования». В ходе проведения этого лечения блокируются эйфоригенные эффекты опиоидов, что приводит к снижению, а затем и затуханию мотивации к аддиктивному поведению.

С середины 60-х годов появляются первые сообщения об особой группе аддиктивных личностей. Она характеризовалась рядом специфических признаков: возраст от 16 до 25 лет; высокий уровень суицидов; антиобщественное и криминальное поведение; бродяжничество; полинаркотизм с преимущественным приемом «тяжелых» наркотиков и алкоголя; несоответствие аддикции и уровня десоциализации; высокая резистентность к медицинским и психосоциальным мерам коррекции. Была

высказана идея о необходимости консолидации усилий психологов, психиатров, работников социальной сферы и полиции при проведении ресоциализационных мер. На основании серьезного анализа литературы по этому вопросу V.B. Brown с соавт. (1989) делают пессимистический вывод, что несогласованность работы различных структур здравоохранения и психосоциальной практики не смогла выработать единую тактику коррекции ассоциированных расстройств.

Получает дальнейшее развитие движение «Анонимных алкоголиков» и «Анонимных наркоманов» (с 1953 г.). На основе программы была создана так называемая Миннесотская модель лечения, предполагающая участие профессионала-психотерапевта взамен равного участника.

В отечественной специальной литературе в этот период появляются серьезные исследования, которые вносят вклад в изучение аддиктивного поведения. В классических работах И. Н. Пятницкой (1975) определяется понятие наркоманической зависимости и проводится детальный анализ формирования и развития наркоманий, а также выделяются три основных симптомокомплекса в структуре этого состояния: синдром измененной реактивности, синдром психической зависимости, синдром физической зависимости, а также последствия и осложнения наркотизации.

VI этап – 80-е годы XX века и по настоящее время

Разработка концептуальных вопросов аддиктивного поведения, его классификаций, введение понятия о химических (алкоголизм, наркомании, токсикомании) и нехимических аддикциях (трудоголизм, гэмблинг, фанатизм, и пр.). Транскультуральный подход в аддиктологии. Появление новых вариантов аддикций (виртуальная, рекламная, деструктивные культы). Отход от патернализма в отношении зависимых личностей, перенос акцентов психокоррекционной работы на их социальное функционирование и качество жизни. Эпидемия наркомании в России.

В 90-е годы XX века произошло оформление аддиктологии как самостоятельного научного явления. Основной причиной этого стало рассмотрение алкоголизма, нарко- и токсикоманий как единого процесса, имеющего свои феноменологические и динамические характеристики. Дальнейшие научные исследования показали, что некоторые поведенческие паттерны имеют психологическую структуру, сходную со злоупотреблением психоактивными веществами.

На современном этапе развития аддиктологии выдвинуто большое количество психологических гипотез развития зависимого поведения. Так, психоаналитическое направление трактует аддикцию как следствие актуализации защитных механизмов личности или способ преодоления базальной тревоги. Персонологический подход предполагает наличие специфических типов личности или личностных черт, определяющих

тропность к аддиктивному поведению. Мотивационный подход к аддикции представляют теории реактивного сопротивления и заученной беспомощности. Социально-когнитивное направление рассматривает аддикцию как вариант преодоления протрагированной социальной фрустрации. Гипотеза «самолечения» предполагает, что аддиктивное поведение возникает в ситуациях саморегулирования личностью психологической или социальной дезадаптации.

Зачастую в этих работах, а в мире издается порядка 50 тематических журналов, в год выпускаются сотни монографий, анализируются лишь отдельные виды аддиктивного поведения, или же их отдельные черты (психологические, культуральные, социальные и пр.). Их анализ показывает, что часто в исследованиях анализируются «факторы риска», или на небольшом материале строятся эмпирические догадки.

Концептуальное развитие учение об аддиктивном поведении получило в работах Ц.П. Короленко и Н.В. Дмитриевой (1988-2000). Основные положения изложены в монографиях «Социодинамическая психиатрия» (1999) и «Психосоциальная аддиктология» (2001). В работах этих авторов аддиктивное поведение характеризуется стремлением к уходу от реальности искусственным образом. Оно детерминировано биологическими, психологическими и социальными факторами и является транскультуральным феноменом. Аддиктивное поведение характеризуется стереотипной динамикой. Начальный период потребления психоактивных агентов (или реализации иных аддиктогенных поведенческих паттернов) сопряжен с переживанием интенсивных эмоциональных состояний и фиксацией их в сознании. Возникает понимание, что существует способ легкого изменения своего психического состояния без обращения к глубоким эмоциональным, духовным контактам.

В дальнейшем постепенно устанавливается частота реализаций аддиктивных мотиваций, координирующая с фрустрациями и порогом их переносимости. Аддиктивный ритм учащается, естественные отношения с людьми затрудняются, становятся менее привлекательными. Зависимое поведение становится интегрирующей частью личности, способом реагирования при встрече с трудностями в реальной жизни. В ситуациях повышенных требований, усиленного контроля возможно временное прекращение аддиктивной реализации, однако аддиктивные подходы сохраняются и находят отражение в нарушении межличностных отношений. Возможен переход на другие виды аддиктивных реализаций. Невозможно разубеждение на уровне логики, здравого смысла в связи с вытеснением реальной ситуации, «мышлением по желанию». Последующее развитие приводит к полной доминации аддиктивного поведения, определенного стиля жизни, отношений с людьми. Характерно отчуждение, нарушение контактов не только на глубинно-психологическом, но и на социальном уровне. Доминирующее аддиктивное поведение приводит на заключительном этапе к

апатии, невозможности получить прежнее удовлетворение от реализации аддиктивных мотивов, что сочетается с разрушением здоровой до-аддиктивной личности.

Существенный вклад в развитие отечественной аддиктологии внес профессор Казанского федерального университета – В.Д. Менделевич. В 2007 году под его редакцией выпущено первое в России «Руководство по аддиктологии», в котором представлены как теоретические разделы, описывающие современное понимание этиопатогенеза аддиктивных расстройств, их диагностические и дифференциально-диагностические критерии, так и частные вопросы клиники, терапии и реабилитации различных зависимостей.

Проблема аддиктивного поведения получила особое содержание в связи с резким ростом потребления наркотиков в Российской Федерации, распространением аддиктивных поведенческих паттернов в обществе и низкой эффективностью существующих коррекционных и профилактических мероприятий. Мировая статистика свидетельствует о повсеместном и неуклонном увеличении химически зависимых лиц (И.Е. Куприянова, В.Я. Семке, И.П. Логинов, Н.А. Бохан с соавт., G.F. van de Wijngaart, C. Ben-Zion, и др.). Распространение этого заболевания в настоящее время приобрело характер эпидемии (И.Н. Пятницкая). Как указывает D.R. Wesson, жители планеты тратят на незаконное приобретение наркотиков больше средств, чем на питание, жилье, одежду, образование и медицинское обслуживание вместе взятых.

Среди многих проблем, стоящих перед российским обществом, на одно из первых мест все увереннее выходит проблема наркомании как глобальная угроза здоровью населения страны и национальной безопасности. Масштабы и темпы распространения наркомании и алкоголизма в стране таковы, что ставят под вопрос физическое и моральное здоровье молодежи и будущее значительной ее части, социальную стабильность российского общества уже в ближайшей перспективе (С.А. Караганов, И.Е. Малашенко, А.В. Федоров).

В современном обществе неумолимо развиваются аддиктивные тенденции, на индивидуально-психологическом уровне приводящие к доминации аддиктивных поведенческих паттернов. Социально-экономические реалии таковы, что в современном обществе одним из основных критериев референтности является потребительское поведение человека. Нарастает количество других форм аддиктивного поведения: злоупотребление пищей и пищевыми добавками, азартные игры, включая многочисленные лотереи, сексуальные аддикции, работооголизм (у детей – это неумное стремление только зарабатывать, нежелание заниматься учебой, которая «ничего не дает» в смысле увеличения заработка), Интернет-аддикция, «селфимания» и пр. (В.Ю. Завьялов).

Эффективность существующих на сегодняшний день методов коррекции аддиктивных расстройств оценивается как крайне низкая.

Например, для героиновой аддикции уровень годовых ремиссий в официальных лечебных учреждениях не превышает 4-6 %. Не намного выше он и в конъюнктурных коммерческих клиниках (программа «Детокс», клиника Маршака и пр.). Тактика лечения разбивается на серию медицинских мероприятий по нормализации физического и психического состояния клиента в отдельно взятый момент времени (А.Г. Софронов). Парадоксальность аддикции как психологического феномена заключается в том, что субъективно аддикт чувствует себя комфортнее в процессе ее реализации, чем в период поддержания, уровень его фрустрации в абстиненции возрастает многократно. В связи с чем возникает принципиальная в коррекционном отношении проблема интернальной оценки аддикции, ее роли в системе идентичности субъекта. Не менее значимым аспектом является анализ эффективности социальной активности аддикта, что в комплексе составляет понятие качества жизни человека.



Вопросы и задания

1. Какие научные дисциплины рассматривают проблемы зависимости?
2. Перечислите основные этапы развития аддиктологии.
3. Охарактеризуйте этапы формирования учения о зависимом поведении.
4. Оцените вклад российских ученых в формирование аддиктологии как науки.

Литература:

Основная

1. Руководство по аддиктологии / под ред. проф. В. Д. Менделевича. СПб.: Речь, 2007. – 768 с.

Дополнительная

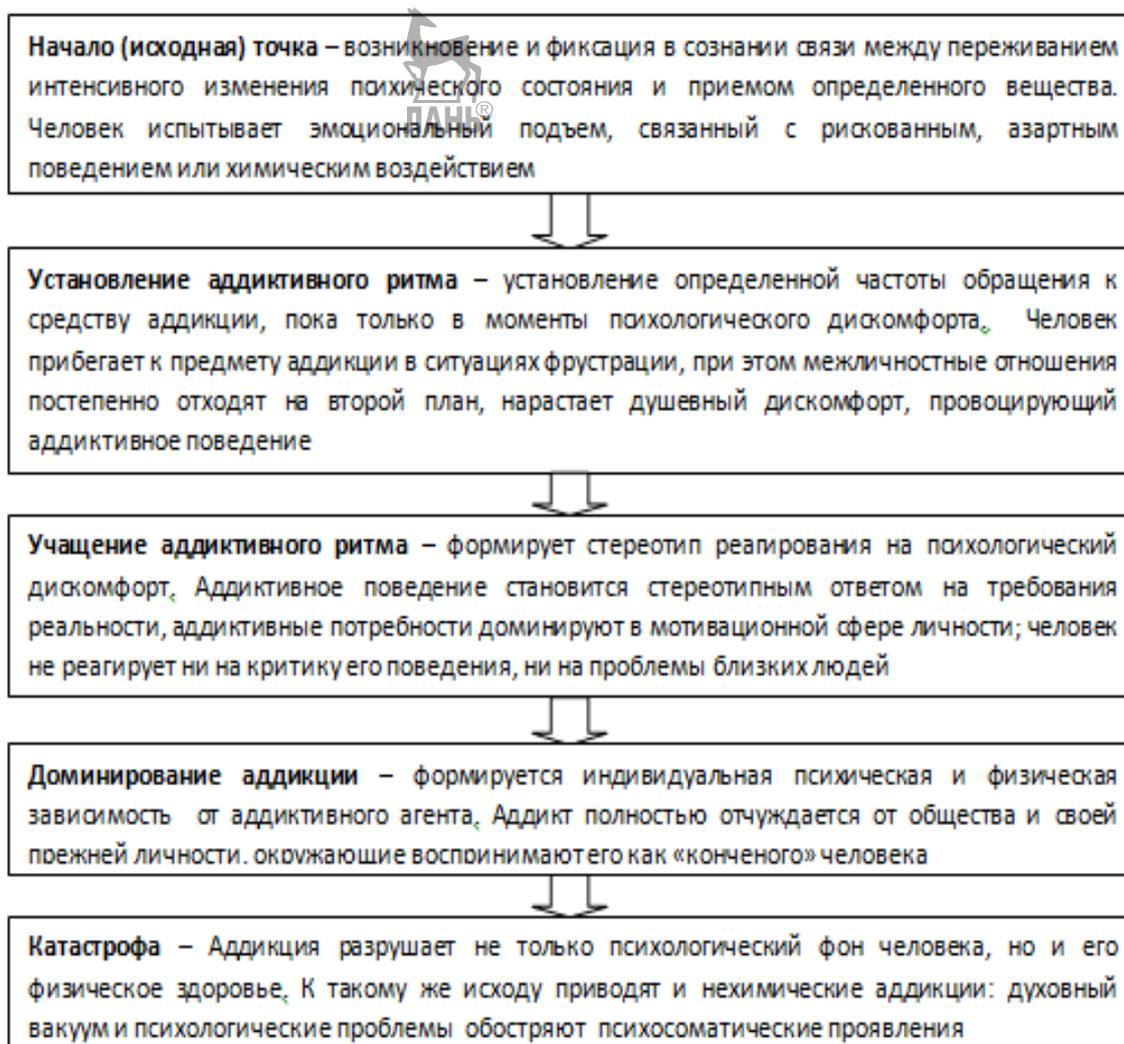
2. Валентинов, А.М. Заблудившиеся в сети // Третья столица. – Омск, 2000 -№49.-С. 22.
3. Ждан, А.Н. История психологии: от античности к современности. – М.: Педагогическое общество России, 1999. – 512 с.
4. История незаконного оборота и потребления наркотиков: Учебно-методическое пособие. / Авторы-составители: Казаринов Ю.Л., Самойлов И.Ю., Файрушина Р.Д. – Уфа: УФ СЗИПК ФСКН России, 2012. – 90 с.
5. Кулганов, В.А., Белов, В.Г., Парфенов, Ю.А. Превентология. Профилактика социальных отклонений: учеб. пособие. – СПб.: Питер, 2014. – 304 с.
6. Пятницкая, И.Н. Клиническая наркология. – Л., 1975. – 342 с.
7. Четвериков, Д.М. Психологические механизмы и структура аддиктивного поведения личности: Дисс. ... докт. психол. наук. – Новосибирск, 2002. – 350 с.

1.2. Факторы, способствующие развитию аддиктивного поведения

Становление аддиктивного поведения отличается широким индивидуальным своеобразием, но в целом можно выделить ряд закономерных этапов (схема 2).

Схема 2

Этапы становления аддиктивного поведения



В. Каган (1999) выделяет три этапа становления аддиктивного поведения.

1 этап. Первые пробы. Совершаются обычно под чьим-либо влиянием или в компании. Немалую роль здесь играют любопытство, подражание, групповой конформизм и мотивы группового самоутверждения. Глубинная

мотивация восходит к присущей человеку потребности в изменении состояний сознания: вероятность того, что первые пробы перерастут в развернутый процесс формирования аддиктивного поведения и последующего перерастания в болезнь тем больше, чем меньше возраст при первых пробах и чем меньше потребность в изменении сознания удовлетворяется социально одобряемыми способами. Выбор средства на этом этапе произволен и зависит от этнокультуральных особенностей, особенностей субкультуры, опыта группы и доступности средства. По разным причинам (удовлетворенного любопытства, страха наказания, опасения и переживания, разрыва с компанией и т. д.) первые пробы чаще всего не имеют продолжения, исключение составляют табакокурение и культурально санкционированная алкоголизация.

2 этап. Поисковое аддиктивное поведение. Следующим за первыми пробами идет этап экспериментирования с различными видами психоактивных веществ. Обычно оно присуще младшему подростковому возрасту. Для одних подростков важно их употребление как знак принадлежности к группе, для других – сам факт изменения состояния сознания («отруб», «отключка»), для третьих – качество вызываемых эффектов и особенности «кайфа». Как правило, этот этап разворачивается в компании и оформляется по алкогольному типу – для веселья, раскованности, обострения восприятия, снятия сексуальных барьеров, выражения отношения. Характерно активное экспериментирование с поиском новых средств и способов их употребления. По мере прохождения этого этапа формируется индивидуальное предпочтение одного из средств или предпочитаемый их спектр. Индивидуальной психической зависимости еще нет, но может формироваться групповая психическая зависимость, «автоматически» запускаемая сбором группы. От такого полисубстантного аддиктивного поведения В. Каган (1999) отличает моносубстантное, когда и первые пробы, и поисковое экспериментирование определяется доминирующей культуральной традицией (самогон в сельских районах России, гашиш, опиаты, и т. д. в других этносоциальных средах).

3 этап. Переход аддиктивного поведения в болезнь.

Происходит под влиянием множества разнообразных факторов, которые можно условно разделить на социальные, психологические и биологические. Рассмотрим данные факторы детально.

1.2.1. Биологические факторы риска

Биологические факторы риска – это «внутренние» факторы организма, врожденные или приобретенные, обусловленные генетическими, биологическими, нейрофизиологическими, нейрохимическими механизмами, соматическими или психопатологическими особенностями,

обуславливающими предрасположенность к возникновению и формированию зависимости от ПАВ.

В работах исследователей эти факторы называются по-разному: биологические факторы, биофизиологические факторы, медико-биологические и др.

Соотношение биологических и средовых детерминант в развитии химических аддикций может быть представлен с позиций выделения двух компонентов риска: «риска начать» и «риска стать» (Анохина И. П., Москаленко В. Д., Арзуманов Ю.Л., Дудко Т. Н., Иванец Н. Н. и др.).

Риск начать употреблять ПАВ обусловлен в основном социально-психологическими факторами. Риск стать аддиктом определяется преимущественно факторами медико-биологическими.

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

В целом общие биологические факторы риска злоупотребления ПАВ представлены в табл. 1.

Таблица 1

Основные биологические факторы риска злоупотребления ПАВ

Сфера	Фактор риска
Генетическая предрасположенность	– наличие у несовершеннолетнего отца, матери, брата или сестры, больных алкоголизмом или наркоманией; – наличие алкоголизма и наркомании у более отдаленных родственников.
Нейрофизиологические и нейрохимические особенности	– выраженная межполушарная асимметрия с подавлением активности правого полушария головного мозга; – снижение или полное отсутствие волны Р300 коркового вызванного потенциала; – истощенность нейромедиаторных систем; – степень изначальной толерантности.
Психопатологические особенности	– психические расстройства и заболевания; – депрессивные расстройства; – маниакальные расстройства; – амотивационные расстройства; – патология волевой деятельности – компульсивность; – синдром нарушения внимания с гиперактивностью.

На современном уровне знаний возможность наследования и генетической предрасположенности к злоупотреблению ПАВ достаточно

хорошо изучены. Исследования данного вопроса проводятся в основном тремя методами: генеалогическими, близнецовыми и исследованиями приемных детей и их биологическими и приемными родителями (Гончаров М.В., Котляров А.В., Москаленко В.Д., Юлдашев В.Л. и др.).

Данные генеалогических исследований позволяют сделать вывод – существенный фактор риска заболеть алкоголизмом или наркоманией заключается в наличии у индивида отца, матери, брата или сестры, больных алкоголизмом или наркоманией. Наличие алкоголизма и наркомании у более отдаленных родственников также повышает риск, но в меньшей степени, чем заболевание родственников первой степени родства. Чем выше плотность алкоголизма и наркомании в семье, тем выше риск для еще не заболевших членов семьи (И.П. Анохина, В.Д. Москаленко).

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

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

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

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

Современные исследования нейрофизиологических механизмов предрасположенности к формированию зависимости от ПАВ сосредоточены в основном на изучении активности различных участков мозга. Основным инструментом этих исследований является изучение биоэлектрической активности мозга. Так, при обследовании детей группы риска из семей алкоголиков и наркоманов были получены данные о снижении активности коры головного мозга в целом и более выраженном ухудшении работы правого полушария. Психологическими исследованиями было подтверждено, что это снижение отражало ухудшение способности к концентрации и устойчивости внимания, слабость анализаторных, когнитивных, мнемических функций, что приводило к трудностям адаптации к условиям среды. У таких детей отмечалась слабая мотивация к учебе и плохая успеваемость, обеднение интересов, снижение уровня общения, проявлялись такие личностные особенности, как тревожность, чувство неуверенности.

Другим значимым биологическим маркером предрасположенности к формированию зависимости от ПАВ, связанным с нейрохимическими механизмами, является определение истощенности нейромедиаторных систем, в частности, дефицита нейромедиатора дофамина и его метаболитов (Анохина И.П., Арзуманов Ю.Л., Галактионов О.К., Москаленко В. Д.).

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

По данным отечественных и зарубежных авторов, психические расстройства и заболевания могут являться факторами риска развития зависимости от ПАВ. Люди с психическими расстройствами чаще обращаются к наркотикам и алкоголю. Особенности реагирования психически больных делают их более восприимчивыми и к токсикоманиям. Нередко они используют наркотики, чтобы восстановить эмоциональный дефицит, компенсировать психосоциальные проблемы или редуцировать актуальные психиатрические синдромы.

Психическими нарушениями, приводящими к употреблению наркотиков, могут являться депрессии, состояния, связанные с астенией, потерей инициативы, безразличием к окружающему, отсутствием побуждений к деятельности, обеднением моторики, значительным оскудением эмоциональной и интеллектуальной сферы.