

**Министерство здравоохранения
Республики Казахстан**

**Республиканский научно-практический Центр
медико-социальных проблем наркомании**

**Западно-Казахстанский государственный
медицинский университет имени Марата Оспанова**

А.А. Кусаинов, Е.Б. Байкенов, В.П. Павленко

**ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА
НАРКОМАНИЙ (ТОКСИКОМАНИЙ) И ИНТЕРНЕТ-АДДИКЦИИ
СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

ПАВЛОДАР – АКТОБЕ 2013

**Министерство Здравоохранения
Республики Казахстан
Республиканский научно-практический Центр
медико-социальных проблем наркомании
Западно-Казахстанский государственный
медицинский университет имени Марата Оспанова**

А.А. Кусаинов, Е.Б. Байкенов, В.П. Павленко

**Первичная профилактика наркоманий (токсикоманий) и интернет-
аддикции среди детей и подростков**

Методические рекомендации

Павлодар – Актобе 2013

Кусаинов А.А., Байкенов Е.Б., Павленко В.П.
Первичная профилактика наркоманий (токсикоманий) и интернет-аддикции среди детей и подростков: Методические рекомендации. – Павлодар – Актобе, 2013. – 62 с.

Методические рекомендации разработаны А.А. Кусаиновым, Е.Б. Байкеновым, В.П. Павленко.

В методических рекомендациях изложены теоретические основы возникновения и развития таких распространенных аддикций, как наркомании (токсикомании) и интернет-зависимость, описаны основные их проявления. Особое внимание уделено освещению практических вопросов, связанных с проведением первичной профилактики данных расстройств. Авторы надеются, что рекомендации будут информативны и полезны школьным психологам, социальным педагогам, учителям, инспекторам по делам несовершеннолетних, другим специалистам, работающим в сфере охраны психического здоровья детей и подростков, а также родителям.

Рецензенты:

Доктор медицинских наук, профессор С.Б. Имангазинов

Доктор медицинских наук, профессор А.С. Субханбердина

Методические рекомендации рассмотрены на заседании Учёного совета Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании (председатель учёного совета – А.А. Кусаинов, протокол № 275 от «26» апреля 2013 г.).

Одобрено и рекомендовано Республиканским центром инновационных технологий медицинского образования и науки Министерства здравоохранения Республики Казахстан (протокол от «19» июня 2013 года № 5).

**© РГКП «Республиканский научно-практический Центр медико-социальных проблем наркомании»
Республика Казахстан, Павлодар, 2013**

**© РГП на ПХВ «Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова»
Республика Казахстан, Актобе, 2013**

ОГЛАВЛЕНИЕ

| | |
|--|----|
| 1. Введение..... | 5 |
| 2. Классификация аддикций..... | 5 |
| 3. Наркомании (токсикомании): определение, основные понятия и критерии, вопросы классификации..... | 8 |
| 4. Факторы риска возникновения и развития наркоманий (токсикоманий). Факторы защиты от риска употребления психоактивных веществ..... | 12 |
| 5. Опиаты: виды, воздействие на организм, особенности опьянения, опасность применения..... | 16 |
| 6. Каннабиноиды: виды, воздействие на организм, особенности опьянения, опасность применения..... | 19 |
| 7. Психостимуляторы: виды, воздействие на организм, особенности опьянения, опасность применения..... | 21 |
| 8. Галлюциногены: виды, воздействие на организм, особенности опьянения, опасность применения..... | 24 |
| 9. Седативные и снотворные средства: виды, воздействие на организм, особенности опьянения, опасность применения..... | 26 |
| 10. Летучие растворители: виды, воздействие на организм, особенности опьянения, опасность применения..... | 28 |
| 11. Стратегии, технологии и программы первичной профилактики зависимости от наркотиков (токсикантов) | 30 |
| 12. Основные признаки употребления психоактивных веществ. Возможности раннего выявления рисков вовлечения в зависимость..... | 36 |
| 13. Интернет-аддикция: определение, основные понятия. Факторы риска вовлечения, психологическая характеристика зависимости. Особенности клинических проявлений, этапы развития компьютерной зависимости..... | 43 |
| 14. Диагностика интернет-аддикции. Технологии первичной профилактики.... | 54 |
| 15. Заключение..... | 61 |
| 16. Список использованной литературы..... | 62 |

1. Введение

Всевозрастающий темп жизни человеческого общества, постоянно увеличивающиеся объемы получаемой информации, зародившиеся в последние десятилетия деструктивные явления, привели к тому, что часть наших соотечественников, находясь под воздействием продолжительных и интенсивных стрессовых ситуаций, оказались не готовыми к их преодолению. Совершенно очевидно, что значительную часть данной категории составляют дети и подростки, у которых выработка новых форм психологической и социальной адаптации происходит хаотично, бессистемно и лавинообразно. Невозможность преодолевать трудные ситуации и, как следствие, психоэмоциональное перенапряжение, приводят к возникновению различных форм саморазрушающего поведения, таких как употребление психоактивных веществ, участие в деструктивных сектах, криминальных сообществах, игровая, компьютерная зависимость.

Отсутствие специальных знаний по формированию здорового стиля жизни и современных социально адаптированных стратегий поведения у взрослых – родителей, педагогов, школьных психологов – не позволяет им оказывать результативное воспитательное воздействие, психологическую и социальную поддержку детям и подросткам. Следует отметить, что профилактическая работа взрослых, не являющихся специалистами и глубоко не понимающих проблему зависимостей, зачастую строится по принципу нудных нравоучительных нотаций и запугивания. Об эффективности такой профилактики говорить невозможно. А ведь параллельно идет другая «работа»: школьники обсуждают возникающие проблемы в своем кругу, где есть «знатоки».

Профилактика психических и наркологических расстройств является одной из важнейших задач воспитательной работы в общеобразовательных школах. Несмотря на то, что врачами психоневрологических и наркологических диспансеров, центрами формирования здорового образа жизни, инспекторами по делам несовершеннолетних проводится целый ряд профилактических мероприятий среди школьников, таких как лекции, беседы, семинары, тренинги, круглые столы, раздача буклетов, брошюр и т. д., каждодневные обязанности по реализации данного направления ложатся на плечи школьных психологов, социальных педагогов и классных руководителей. Именно поэтому сотрудникам школ необходимо владеть специальными знаниями в рамках проведения профилактической работы.

2. Классификация аддикций

Аддиктивное поведение (от англ. addiction – склонность, пагубная привычка) характеризуется стремлением 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.

Этот процесс настолько захватывает человека, что начинает управлять его жизнью. Человек становится беспомощным перед своим пристрастием. Волевые усилия ослабевают и не дают возможности противостоять зависимости. Привлекательность аддикции состоит в том, что она представляет собой путь наименьшего сопротивления. Создается субъективное впечатление, что, таким образом, обращаясь к фиксации на каких-то предметах или действиях, можно не думать о своих проблемах, забыть о тревогах, уйти от трудных ситуаций, используя разные варианты аддиктивной реализации. Желание изменить настроение по аддиктивному механизму достигается с помощью различных аддиктивных агентов. К таким агентам относятся вещества, изменяющие психическое состояние: алкоголь, наркотики, лекарственные препараты, токсические вещества. Искусственному изменению эмоциональной сферы способствует также и вовлеченность в какие-то виды активности: азартные игры, компьютер, секс, переедание или голодание, работа. Результаты отдельных исследований указывают на тот факт, что вероятность существования единых этиопатогенетических механизмов расстройств зависимого (аддиктивного) поведения высоки.

Безусловно и то, что все формы аддиктивного поведения имеют, наряду с общими механизмами, свою специфику, которая по отношению ко многим из них, изучена недостаточно. Об аддиктивном поведении можно говорить тогда, когда вовлеченность в деятельность, отношения с другим субъектом или пристрастие к употреблению определенного химического вещества приобретает болезненный характер. О болезненности этих способов избавления от психологического дискомфорта свидетельствуют следующие признаки:

- Компульсивное, неконтролируемое и малоосознаваемое стремление к повторению избранного способа поведения;
- Социальная дезадаптация;
- Аутодеструкция (психическая и биологическая).

Основной мотив личностей, склонных к аддиктивным формам поведения, активное изменение неудовлетворяющего их психического состояния, которое рассматривается ими чаще всего как «серое», «скучное», «монотонное», «апатичное». Такому человеку не удастся обнаружить в реальной действительности какие-либо сферы деятельности, способные привлечь надолго его внимание, захватить, обрадовать или вызвать иную существенную и выраженную эмоциональную реакцию. Жизнь видится ему неинтересной в силу ее обыденности и однообразности. Он не приемлет того, что считается в обществе нормальным: необходимости что-либо делать, заниматься какой-нибудь деятельностью, соблюдать какие-то принятые в семье или обществе традиции и нормы. Можно говорить о том, что у индивида с аддиктивной нацеленностью поведения значительно снижена активность в обыденной жизни, наполненной требованиями и ожиданиями. При этом аддиктивная активность носит избирательный характер: в тех областях жизни, которые пусть временно, но приносят человеку удовлетворение и вырывают его из мира эмоциональной стагнации и бесчувственности, он может проявлять недюжинную активность для достиже-

ния цели. В этом отношении показателен пример наркомана, для которого вся окружающая жизнь неинтересна и в ней он пассивен. При этом его стремление ввести себе наркотическое вещество или приобрести его отражается в недюжинной энергии, активности и азарте.

Выделяются следующие психологические особенности лиц с аддиктивными формами поведения (Segal, 1989):

1. сниженная переносимость трудностей повседневной жизни наряду с хорошей переносимостью кризисных ситуаций;
2. скрытый комплекс неполноценности, сочетающийся с внешне проявляемым превосходством;
3. внешняя социабельность, сочетающаяся со страхом перед стойкими эмоциональными контактами;
4. стремление говорить неправду;
5. стремление обвинять других, зная, что они невиновны;
6. стремление уходить от ответственности в принятии решений;
7. стереотипность, повторяемость поведения;
8. зависимость;
9. тревожность.

Основной, в соответствии с имеющимися критериями, особенностью индивида со склонностью к аддиктивным формам поведения является рассогласование психологической устойчивости в случаях обыденных отношений и кризисов. В норме, как правило, психически здоровые люди легко («автоматически») приспосабливаются к требованиям обыденной (бытовой) жизни и тяжелее переносят кризисные ситуации. Они, в отличие от лиц с разнообразными аддикциями, стараются избегать кризисов и волнующих нетрадиционных событий.

Существует несколько классификаций зависимого поведения, в основе большинства из них лежит вид аддиктивного агента (объекта, вида деятельности, отношения), посредством которого осуществляется изменение настроения и уход от реальности. По нашему мнению, наиболее полной и исчерпывающей является классификация (основанная на том же принципе), предложенная Ц.П. Короленко и Н.В. Дмитриевой. Все виды аддикций здесь разделяются на две большие группы: нехимические и химические, выделяется также промежуточная группа, объединяющая в себе свойства первой и второй:

Нехимические аддикции:

- гэмблинг (страсть к азартным играм),
- Интернет-аддикция,
- любовная аддикция,
- сексуальная аддикция,
- аддикция отношений (созависимость),
- работогольная аддикция,
- патологический шопинг (аддикция к трате денег),
- ургентная аддикция и т.д.

Химические аддикции:

- алкоголизм,
- наркомании и токсикомании.

Промежуточная группа:

- аддиктивное переедание,
- аддиктивное голодание.

Следует понимать, что приведенная выше классификация также недостаточно совершенна, так как аддиктивный агент, к примеру, в группе нехимических зависимостей действительно не является веществом, но его одновременно нельзя назвать однородным: в случае гэмблинга и шопинга – это деятельность, в случае созависимости или любовной аддикции – прежде всего отношения с другим субъектом, которые включают, разумеется, и деятельность по реализации этих отношений.

Тем не менее, вне зависимости от сущности аддиктивного агента, основными психологическими признаками любой аддикции является триада:

- обсессивно-компульсивное мышление, когда речь идет о предмете зависимости (наркотиках, азартных играх, компьютере, Интернете);
- отрицание как форма психологической защиты;
- утрата контроля.

3. Наркомании (токсикомании): определение, основные понятия и критерии, вопросы классификации

Согласно принятому международному определению, наркомания (токсикомания) – это нарушение психики, заключающееся в сильном желании принять определённое вещество (или вещество из определённой группы) в ущерб другим видам деятельности и упорное продолжение использования вещества, несмотря на пагубные последствия. Синонимом термина наркомания (токсикомания) является понятие "зависимость".

Итак, наркоманией (токсикоманией) называется группа заболеваний, которые проявляются влечением к постоянному приёму в возрастающих количествах психоактивных веществ вследствие стойкой психической и физической зависимости от них с развитием абстиненции при прекращении их приема. Основными характеристиками наркомании (токсикомании) являются приобретенная в результате злоупотребления психоактивным веществом измененная реактивность к нему, что выражается в патологическом пристрастии (влечении) к наркотическому (токсическому) веществу, измененная толерантность, изменение первоначального действия наркотического (токсического) средства на организм, возникновение абстинентного синдрома вслед за прекращением употребления наркотического (токсического) средства.

В развитии наркомании (токсикомании) выделяют три стадии:

I стадия. В основном постепенно, но иногда быстро (за 1–2 месяца или после 3 – 5 введений препарата в организм) развивается психическая зависимость. Диагностическим признаком наличия индивидуальной психической зависимости является употребление психоактивных веществ в одиночестве.

Это признак сформировавшегося влечения к наркотическому (токсическому) средству.

II стадия. Имеет место психическая и формируется физическая зависимость, готовность организма к абстинентному синдрому. Начинается утрата эйфорического компонента действия психоактивного вещества.

III стадия. Истощение организма. Максимальная физическая зависимость от наркотического (токсического) средства, наступление тяжелых необратимых изменений в организме и психике вплоть до инвалидизации.

Психоактивное вещество – это любое вещество, которое при введении в организм человека может изменять его восприятие окружающего, настроение, способность к познанию, поведение и двигательные функции. Однако далеко не каждое психоактивное вещество признается наркотическим. Термин «наркотическое вещество» включает в себя три критерия:

- медицинский;
- социальный;
- юридический.

Они взаимозависимы и в правовом аспекте обязывают признавать средство наркотическим только при соответствии всем трем критериям.

Медицинский критерий состоит в том, что средство (вещество, лекарство) должно оказывать только специфическое действие на центральную нервную систему (стимулирующее, седативное, галлюциногенное и т.д.), которое было бы причиной его немедицинского применения.

Социальный критерий подразумевает, что немедицинское применение средств приобретает такие масштабы, что становится социально значимым.

Юридический критерий исходит из обеих вышеуказанных предпосылок и требует, чтобы соответствующая инстанция, на то уполномоченная, признала данное средство наркотическим, и включило в список наркотических средств.

Применение термина «наркотическое вещество» к любому веществу, исходя только из фармакологических позиций, недопустимо, поскольку в него вкладывается помимо медицинского, еще юридическое и социальное понимание. Термин «наркомания» определяется не столько с клинических позиций, сколько с медико-юридических и социальных, и применяется только с учетом тех болезненных патологических состояний, которые вызываются злоупотреблением соответствующими веществами или лекарственными средствами.

Такое применение этого термина вызвало необходимость введения в терминологию клинического определения злоупотребления соответствующими веществами или лекарственными средствами, не признанными законом наркотическими, дополнительного понятия «токсикомания». Этот термин введен для определения нозологической единицы, связанной с применением веществ или лекарственных средств, не признанных наркотическими. Таким образом, к наркомании относятся только те случаи немедицинского потребления вещества или лекарственного средства, если они в установленном по-

рядке отнесены к наркотическим средствам. Если вещество не отнесено к наркотическим, применяется термин «токсикомания».

Случаи эпизодического или умеренного употребления ряда веществ наркотического или стимулирующего действия носят названия наркотизма или периодической наркотизацией.

Согласно рекомендациям ВОЗ, наркоманом считают человека, состояние которого соответствует нескольким из следующих условий:

1. В связи с часто повторяемым приемом наркотических веществ у наркомана возникает состояние периодической или постоянной интоксикации, представляющее опасность для него самого и для его окружения; наркоман наносит вред не только своему физическому, психическому состоянию и социальному положению, но и своим поведением наносит материальный и моральный ущерб окружающим его близким людям и обществу;

2. Ввиду нарастающей толерантности наркоман постоянно повышает дозу вещества для получения желаемого эффекта;

3. Наблюдается выраженная психическая и физическая зависимость от вводимого препарата, что проявляется в неодолимом влечении к наркотику;

4. Неодолимое влечение к наркотику вынуждает наркомана добиваться его приобретения любыми способами.

При наркотизме эти признаки отсутствуют или выражены в незначительной степени: отсутствует потребность в увеличении дозы, имеются только элементы психической зависимости, желание повторного введения наркотика не носит компульсивного характера, наносимое приемом наркотика, вредное воздействие распространяется исключительно на лицо, употребляющее наркотик.

Классификация наркоманий и токсикоманий

Клинические формы рассматриваемых заболеваний выделяют по активному веществу, которым злоупотребляет больной:

I. Опийная наркомания.

II. Наркомания, обусловленная злоупотреблением препаратами конопли.

III. Злоупотребление седативно-снотворными средствами:

- наркомания, вызванная снотворными;
- токсикомания, обусловленная злоупотреблением транквилизаторами.

IV. Злоупотребление психостимуляторами:

- амфетаминовая наркомания;
- злоупотребление кустарными препаратами эфедрина и эфедринсодержащих смесей;
- кокаиновая наркомания;
- злоупотребление кофеином.

V. Злоупотребление галлюциногенами:

- действие мескалина и псилоцибина;

- злоупотребление ЛСД;
- злоупотребление фенциклидином;
- злоупотребление холинолитиками;
- токсикомания, вызванная атропиноподобными средствами;
- токсикомания при использовании антигистаминных препаратов;
- циклодоловая токсикомания.

VI. Токсикомания, обусловленная вдыханием летучих органических растворителей.

VII. Полинаркомания, осложненная наркомания, политоксикомания.

Приведем международную классификацию наркомании и токсикомании, согласно рекомендациям ВОЗ [МКБ-10, 1994], используемую в практической наркологии (табл. 1).

Таблица 1

Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ (Шифр F1 по МКБ-10)

| Шифр по МКБ-10 | Характеристика расстройств |
|----------------|--|
| F10 | Психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя |
| F11 | Психические и поведенческие расстройства в результате употребления опиоидов |
| F12 | Психические и поведенческие расстройства в результате употребления каннабиондов |
| F13 | Психические и поведенческие расстройства в результате употребления седативных и снотворных средств |
| F14 | Психические и поведенческие расстройства в результате употребления кокаина |
| F15 | Психические и поведенческие расстройства в результате употребления других стимуляторов, включая кофеин |
| F16 | Психические и поведенческие расстройства в результате употребления галлюциногенов |
| F17 | Психические и поведенческие расстройства в результате употребления табака |
| F18 | Психические и поведенческие расстройства в результате употребления летучих растворителей |
| F19 | Психические и поведенческие расстройства в результате сочетанного употребления наркотиков и использования других психоактивных веществ |

Многие наркозависимые употребляют более чем один тип психоактивных веществ, но диагноз расстройства должен быть установлен по возможности в соответствии с наиболее важным из используемых веществ. Это обычно может быть сделано по отношению к отдельному психоактивному веществу, злоупотребление которым случалось наиболее часто, в особенности в случаях постоянного или ежедневного употребления. Только в случаях, когда система приема наркотиков хаотична и неопределенна или если последствия употребления различных наркотических средств неразделимо смешаны, следует использовать код F19 (расстройства в результате сочетанного употребления наркотиков).

4. Факторы риска возникновения и развития наркомании (токсикомании). Факторы защиты от риска употребления психоактивных веществ.

Обстоятельства, достоверно увеличивающие шансы индивида стать потребителем наркотиков (токсикантов), называются **факторами риска** употребления психоактивных веществ. Обстоятельства, достоверно снижающие шансы индивида стать потребителем психоактивных веществ, называются **факторами защиты** (протективными факторами) от риска употребления психоактивных веществ. Факторы риска нередко специфичны для определенных возрастных и этнических групп или для определенной общественной среды и могут зависеть от вида употребляемого психоактивного вещества. Так, факторами риска употребления психоактивных веществ могут быть:

- проблемы, связанные с физическим или психическим здоровьем;
- употребление родителями психоактивных веществ;
- высокий уровень семейного стресса, семейная нестабильность, низкий уровень дохода в семье;
- личностные особенности (неуверенность в себе, заниженная самооценка, колебания настроения, невысокий уровень интеллекта, неприятие социальных норм, ценностей и т.д.);
- ранняя сексуальная активность, подростковая беременность;
- проблемы межличностного общения в семье, в школе, в среде сверстников;
- регулярное общение со сверстниками, употребляющими психоактивные вещества, отсутствие устойчивости к их негативному влиянию;
- невысокое качество медицинской помощи;
- недоступность служб социальной помощи;
- высокий уровень преступности в регионе.

Факторами защиты от риска употребления психоактивных веществ, или протективными факторами, могут быть:

- стабильность и сплоченность, адекватное воспитание и теплые, доверительные отношения в семье;
- средний и высокий уровень дохода в семье, обеспеченность жильем;
- высокая самооценка, развитые навыки самостоятельного решения проблем, поиска и принятия социальной поддержки, устойчивость к негативному влиянию сверстников, умение контролировать свое поведение;
- высокий уровень интеллекта и устойчивости к стрессу, физическое и психическое благополучие;
- соблюдение общественных норм в употреблении психоактивных веществ;
- высокое качество медицинской помощи;
- низкий уровень преступности в регионе;
- доступность служб социальной помощи.

Обычно человек начинает употреблять психоактивные вещества под воздействием не только одного фактора. В течение жизни на индивида воздействует совокупность факторов риска и факторов защиты, которые не имеют прямых вероятностных связей с формированием аддикции, т.е. поведения, ведущего к формированию зависимости от психоактивных веществ.

Исследованиям факторов риска употребления психоактивных веществ посвящен ряд отечественных и зарубежных исследований. Н.А. Сиротой (1990) разработана *классификация факторов риска* возникновения и развития наркомании (токсикомании) в подростковом возрасте.

1. *Факторы пре-, пери- и постнатальной отягощенности:*

- патологически протекавшая беременность у матери;
- хронические острые и тяжелые заболевания матери в период беременности;
- хронические и острые тяжелые психические травмы в период беременности;
- патологически протекавшие роды;
- задержки нервно-психического развития в раннем возрасте;
- нервно-психические отклонения в раннем детстве.

2. *Факторы наследственной отягощенности:*

- психические заболевания;
- алкоголизм;
- наркомания.

3. *Факторы нарушенного онтогенеза:*

- черепно-мозговые травмы;
- психотравмы;
- тяжелые соматические заболевания.

4. *Различные нарушения отношений в семье и семейного воспитания:*

- неполные, распавшиеся семьи;
- отсутствие семьи;
- деструктивные семьи;
- воспитание по типу явной или скрытой гипопротекции (в том числе в семьях, где родители и старшие дети злоупотребляют алкоголем и наркотиками);
- психопатологические личностные или акцентуированные психологические особенности родителей.

5. *Нарушения психосоциальной адаптации в процессе развития подростка:*

- формирующаяся отчужденность, противоречивость и нарастающая неудовлетворенность в отношениях с родителями;
- избегающий, поверхностный, формальный стиль общения в семье;
- формальное отношение к внутрисемейным проблемам, игнорирование их;
- снижение успеваемости;
- нарушения школьной дисциплины;

- неполноценность коммуникативных контактов (поверхностное, недифференцированное межличностное общение);
 - конфликтность в отношениях со сверстниками – представителями формально детерминированного коллектива или избегание общения с ними;
 - конфликтность в отношениях с учителями и администрацией школ;
 - нарушение принципа социальной обусловленности коммуникативных связей, построение общения со сверстниками преимущественно по «территориальному» принципу;
 - уменьшение интенсивности и неустойчивость общения со сверстниками противоположного пола, выраженные проблемы общения с ними;
 - отсутствие устойчивых увлечений;
 - склонность к асоциальным формам поведения.
- б. *Психологические факторы:*
- зависимость особенностей личностного реагирования, социальной перцепции, характера межличностного общения и Я-концепции от влияния референтной группы сверстников;
 - тенденция к реализации эмоционального напряжения в непосредственное поведение, минуя процесс когнитивного осознания и принятия решения;
 - игнорирование системы социальных установок и ролей;
 - нарушения в сфере социальной перцепции (не соответствующая возрасту коммуникативная и социальная некомпетентность, несформированные в соответствии с возрастом самооценка и прогноз оценки своего поведения в глазах окружающих);
 - несформированная в соответствии с возрастом способность адекватно оценивать и вербализовать взаимоотношения с окружающими;
 - отсутствие стремления к конструктивному разрешению проблемных и конфликтных ситуаций;
 - отсутствие сформированного представления о жизненных целях;
 - отсутствие сформированного реального и идеального образа Я и значимых окружающих и как следствие отсутствие стимула к саморазвитию и усовершенствованию;
 - неосознанный, часто парадоксально проявляющийся в поведении «призыв о помощи», направленный к членам семьи и окружающим.

Общие признаки наркотического (токсикоманического) опьянения

Для определения наркотического (токсикоманического) опьянения необходимо оценивать, помимо психического состояния, изменения двигательной активности и вегетоневрологические признаки. В психическом состоянии обращается внимание прежде всего на качество сознания и эмоциональность, изменения которых искажают поведение, создают общее впечатление

неадекватности в данных обстоятельствах, сходства с острым психозом. С целью избегания диагностических ошибок оценка должна строиться на продолжительном, по крайней мере, в течение часа, наблюдении – опьянение динамично.

Внешние проявления наркотического (токсикоманического) опьянения различны при приеме разных видов наркотических средств, но есть и черты сходства. Общими признаками наркотического (токсикоманического) опьянения являются:

- внешний вид и поведение, в той или иной мере напоминающие состояние алкогольного опьянения, но без запаха алкоголя изо рта или при слабом, не соответствующем состоянию запахе; изменение сознания: сужение, искажение или помрачение; изменение настроения: беспричинное веселье, смешливость, болтливость, злобность, агрессивность, явно не соответствующие данной ситуации;

- изменение речи: ее ускорение, спонтанность, подчеркнутая выразительность или же замедленность, невнятность, нечеткость речи («каша во рту»); испытуемый может говорить, бормотать про себя, погруженный в другой мир, мир своих переживаний и ощущений. И во время опьянения, и по вытрезвлении нарушено запоминание: не помнит, кто несколько минут назад вошел в кабинет и пр.;

- изменение двигательной активности: повышенная жестикуляция, избыточность движений, неусидчивость или же, наоборот, обездвиженность, вялость, расслабленность, «ватные» ноги, стремление к покою (независимо от ситуации), мимически неадекватно оживлен, двигает бровями, глазами, ртом, по мере вытрезвления гримасы сменяются гипомимией и расслабленной неподвижностью лицевых мышц, обвисание век, рта: изменение сухожильных рефлексов; изменение координации движений: их плавность, скорость, соразмерность (размашистость, резкость, неточность), неустойчивость при ходьбе, покачивание туловища даже в положении сидя (особенно явное при закрытых глазах); всегда нарушен почерк;

- изменение цвета кожных покровов: бледность лица и всей кожи или, наоборот, покраснение лица и верхней части туловища; блеск глаз; сильно суженные или сильно расширенные зрачки, не реагирующие на свет; изменение слюноотделения: повышенное слюноотделение или, наоборот, сухость во рту, сухость губ, осиплость голоса.

5. Опиаты: виды, воздействие на организм, особенности опьянения, опасность применения

К этой группе относят наркотики, получаемые из мака снотворного (опий, маковая соломка, морфин, героин, кодеин), которые вызывают выраженную психическую и физическую зависимость. Основным препаратом является опиум, получаемый из сока опийного мака. Термин «опиат» относится к естественным продуктам опийного мака, таким как морфин и кодеин. Наркотики опиатной группы являются депрессантами центральной нервной сис-

темы (подавляют ее функции). Из опийного мака выделено более 25 различных алкалоидов. Наиболее известен из них морфин. Распространены также полусинтетические и синтетические алкалоиды опия, в том числе и героин. К синтетическим опиоидам, производимым в лабораторных условиях, относят меперидин (meperidine, demerol), метадон, дарвон. Еще одно понятие – это антагонисты опиоидов, то есть синтетические вещества, которые блокируют действие опия (налорфин, левалорфан, налоксон, налтрексон). Имеются также вещества, способные активировать одни подтипы опиатных рецепторов и блокировать другие, это пентазоцин, буторфанол, бупренорфин. На нелегальном рынке опиаты имеют хождение в различном виде.

Маковая солома (жаргонные названия – сено, солома, грызло, сухое) изготавливается кустарным способом путем термической и механической обработки растения мака. В настоящее время используется в основном для получения экстракционного или ацетилированного опия.

Опий (опий-сырец) (жаргонные названия – карахан, опиуха, химканка, Блэк Саббат, черняшка, черный) – свернувшийся сок опийного или масличного мака в виде твердых кусков или вязкой массы, цвет от светло-коричневого до черного.

Экстракционный опий – раствор коричневого или темно-коричневого цвета или черное пастообразное вещество с запахом сушеных фруктов, получается путем экстракции водой или органическими растворителями из маковой соломы.

Экстракт маковой соломы (жаргонное название кокнар, кукнар) – жидкость коричневого цвета.

Морфин – порошок белого или серого (технический морфин) цвета, морфин-основание встречается в виде спрессованных форм коричневого цвета. Как лекарственное средство выпускается в виде растворов.

Кодеин – порошки или таблетки, входит в состав комбинированных лекарственных препаратов «тетралгин», «пенталгин», «седалгин».

Оmnopон – смесь алкалоидов опия, порошок светло-коричневого цвета, таблетки.

Героин (жаргонное название гера) получают путем ацетилирования морфина. Это белое, серое или темно-коричневое (в зависимости от степени очистки) порошкообразное вещество. Героин для курения – твердая гранулированная субстанция серого или коричневого цвета.

На сегодняшний день нелегальный рынок опиатов более чем на 95% представлен героином, незначительное количество наркопотребителей принимают кодеинсодержащие лекарственные препараты. Основной путь введения опиатов – внутривенный. Опиаты всасываются и при подкожном, внутримышечном, пероральном введении, ингаляционным путем, однако уровень содержания опиатов в плазме крови при приеме внутрь невысокий из-за интенсивного метаболизма в печени.

Для подростков наиболее характерным является внутривенное введение препаратов опия. При этом начальная стадия опьянения зависит от того, какой препарат вводится. Эйфория, как правило, сильно выражена и продол-

жается до получаса. Она отличается необычной силой («необыкновенная радость, кажется что так будет вечно»). Из-за нее пристрастие к героину развивается очень быстро. Известно, что торговцы героином на «черном рынке» могут давать подросткам первые порции наркотика бесплатно, зная, что многие из них придут покупать последующие дозы и быстро пристрастятся к наркотику. Вслед за интенсивной эйфорией следует уже обычное опийное опьянение, как при других препаратах.

Ампулированный морфин, омнопон (пантопон), промедол при внутривенном введении вызывают довольно выраженную первоначальную вегетативную реакцию («приход, удар»). Кажется, что по телу снизу вверх проходит теплая волна. Лицо и шея краснеют. Возникает ощущение покалывания иглками кожи туловища и конечностей. Ощущается зуд кожи на лице, чешется кончик носа. Резко суживаются зрачки, пульс делается редким. Во рту сохнет. Вслед за этим наступает эйфория – не такая сильная, как при героине («прозрение», «легкость»).

Растворы из таблеток, содержащих кодеин, вызывают более тягостный «приход». Вслед за вливанием и «горячей волной» лицо, шея, даже грудь не только краснеют, но даже отекают. Возникает чувство дурноты, случаются обмороки. Зуд обычно более сильный и продолжительный в сравнении с другими опиатами.

Самодельные препараты из млечного сока маковых головок или экстрагированные из маковой соломки и вводимые внутривенно, становятся причиной таких же неприятных, а нередко еще более тяжелых вегетативных нарушений. Описаны случаи моментальной смерти от вливания героина, к которому был примешан хинин.

Типичное опийное опьянение («кайф, таска, волокуша») развивается через 10-15 мин после внутривенного вливания, через 20-30 мин после подкожных инъекций или приеме внутрь, уже через 5-10 мин при курении опия. Последние способы (кроме поедания маковой соломки) подростками обычно не используются.

Длительность опьянения – от 2 до 6 ч в зависимости от дозы и особенно от использованного препарата. Чем более химически чистым является препарат, тем его действие сильнее, но тем оно и короче. Во время опьянения подростки малоподвижны, нередко ищут покоя и уединения. Их охватывает ощущение ленивого довольства, полнейшего телесного и душевного комфорта. Компания в этом состоянии не нужна. После инъекции подростки, как правило, расходятся или отдаляются друг от друга, чтобы каждому вкусить всю сладость переживаний. Нарушители этого довольства и покоя, все, кто пристают и надоедают, вызывают крайнее раздражение, часто и агрессию. «Сломать кайф» в компании наркоманов считается тяжким проступком.

Грезоподобные фантазии сопровождают ленивое довольство. Более всего представляются сцены исполнения желаний, заново переживаются счастливые минуты прошлого. Возможна определенная визуализация представлений («что захочу, то и увижу»), но она не достигает яркости, как при действии летучих растворителей (ингалянтов). Сознание остается непомячен-

ным, ориентировка в окружающем сохраняется. Только при передозировке развиваются оглушение, сопор и даже кома. Иногда отмечают не только визуализацию фантазий, но и способность «услышать любимую музыку». Узкие, как точки, зрачки не расширяются в темноте, наблюдается небольшое снижение артериального давления. Заметное уменьшение болевой чувствительности являются довольно постоянными вегетативными симптомами опьянения. Пульс редкий, кожа сухая и бледная. Содержание сахара в крови обычно повышено (в отличие от интоксикации гашишем).

Способность в случае надобности диссимулировать опьянение бывает хорошо выражена даже у подростков. Лишь узкие зрачки невозможно скрыть. Знающие об этом подростки пытаются их замаскировать темными очками. Опытные взрослые наркоманы даже прибегают к закапыванию атропина в глаза с целью расширения зрачков.

Последствие после опийного опьянения проявляется астенией, вялостью, сонливостью. Но сон обычно поверхностный и непродолжительный. Ощущается также тяжесть в теле, особенно в конечностях. Иногда бывают головная боль и дурное самочувствие. Продолжительность последствия 2-4 ч.

Опиаты обладают высокой толерантностью, то есть для получения наркотического эффекта равной силы при последующих приемах требуется увеличение дозы наркотика. Опиный наркоман может принимать дозу наркотика, в 50 раз превышающую смертельную дозу нормального человека. В период выведения наркотика из организма у наркомана наблюдается сильный болевой синдром, называемый «ломкой». Он выражается болями в суставах, головной болью, общем ухудшении состояния, кроме того, расстройством желудка, тошнотой, рвотой. Это состояние наблюдается через 16-24 ч после приема наркотика.

Последствиями хронической интоксикации являются сниженная работоспособность, которая в процессе заболевания падает до нуля, сниженный интерес к реальной жизни, к любимым занятиям. Интеллектуальные процессы требуют большого усилия и вызывают утомление. Снижается концентрация внимания, изменяется эмоциональная сфера, развивается депрессия. Возникает соматическое истощение, развивается сильный кариес, тромбофлебиты. Нарастает опустошенность личности.

6. Каннабиноиды: виды, воздействие на организм, особенности опьянения, опасность применения

Каннабиноиды – это наркотики, получаемые из конопли – марихуана, гашиш.

Марихуана – смесь высушенных или невысушенных верхушек с листьями и остатками стебля любых сортов конопли (жаргонные названия – травка, дурь, хэш, план, анаша, клевер, Роберт Плант и др.).

Гашиш – специально приготовленная смесь отделенной смолы и пыльцы конопли (жаргонные названия – опилки, план, анаша, чернушка, хисус, харас, кифа и др.).

Наркотическое действие связано с наличием тетрагидроканнабинола, концентрация которого и определяет степень воздействия. Наиболее распространенный способ употребления – вдыхание дыма. Кроме этого, каннабиноиды можно жевать, заваривать как чай, добавлять к сладостям, к выпечке и напиткам.

При курении каннабиноиды быстро всасываются в кровь. Уровень тетрагидроканнабинола в крови быстро нарастает, достигает максимальной концентрации через 5-30 мин. Эффект действия одной дозы длится 3-5 ч, а иногда и более. В эксперименте на людях установлено, что минимальной дозой, вызывающей объективно фиксируемые признаки опьянения, является 50 мг. на 1 кг. массы тела. При приеме внутрь из-за плохой всасываемости в желудочно-кишечном тракте концентрация тетрагидроканнабинола в крови нарастает медленно, достигая максимальных значений через 1,5-3 ч. Действие наркотиков из конопли, больше чем других наркотиков, зависит от установки на ожидаемый эффект. У лиц, ожидающих такого эффекта после выкуренной сигареты, часто развивается чувство страха и тревожной подозрительности, затем появляется расслабление, легкость и благодушие. Однако вместо этого эффекта могут появиться злобность, переходящая в агрессивность, а также расстройства восприятия (пространства, освещенности, размеров объектов, цветов, интенсивности и характера звуков, времени, схемы собственного тела).

Характер проявления расстройств восприятия индивидуален. По мере наступления интоксикации мышление приобретает эмоциональное содержание, меняется в своем качестве и темпе. Изменяется также оценка текущих, прошедших и ожидаемых событий. Легкость решений, беспечность и безответственность в действиях свидетельствуют не только об эмоционально положительном фоне, но и о поверхностности мышления, падении способности предвидения. Течение мыслей меняет скорость. Мышление утрачивает последовательность и становится отрывочным. Порог восприятия повышается, сознание сужается. Наблюдается неспособность к концентрации внимания. С углублением интоксикации мышление приобретает черты бессвязности, оно может иметь элементарно бредовое содержание. В этом состоянии часто насильственно имитируются эмоциональные состояния окружающих – смех, плач, агрессия и т.д. В связи с этим возможны групповые правонарушения и насильственные действия.

Проявления интоксикации, вызванной употреблением каннабиноидов, позволяют оценить ее как временное нарушение деятельности коры головного мозга. Это подтверждается интенсивным и хаотическим выражением подкорковой деятельности и слабым выражением деятельности высших отделов головного мозга, что сопровождается резким снижением интеллектуальной продукции.

Объективно, при опьянении, наблюдаются беспорядочность поведения, покраснение или неестественная бледность кожи, блеск глаз, покраснение век и склер, расширение зрачков (иногда зрачки могут быть различной величины). Выражены сухость во рту и глотке, першение, чувство жажды, учащение пульса и дыхания. Часто наблюдаются головокружение, головная боль, иногда с рвотой, звон и шум в ушах и голове, пошатывание, дрожание пальцев рук, заплетающаяся речь.

Передозировка каннабиноидами выражается в вегетативном возбуждении: зрачки резко расширены, на свет не реагируют, резко покрасневшее лицо, видимая сухость губ и полости рта, хриплый голос, повышенные давление и частота сердечных сокращений, нарушенная координация, дрожь пальцев рук. Психика резко нарушается вплоть до выраженного расстройства сознания с галлюцинациями, эмоции «скачут». Опьяневший переживает ужас и растерянность, сменяющиеся приступами неудержимого веселья. Такое психотическое состояние может продолжаться от нескольких часов до нескольких дней.

Каннабиноиды вызывают патологическое пристрастие. При их постоянном употреблении выражена психическая зависимость. Возможность формирования физической зависимости зависит от конкретного состава наркотика, т. е. от содержания наркотических каннабинолов. Абстинентный синдром развивается медленнее, чем при хроническом употреблении наркотиков опиоидного ряда. Первая его фаза проявляется зевотой, ознобом, вялостью, мышечной слабостью, беспокойством, дисфорией, исчезновением сна и аппетита. Эта фаза развивается спустя 4-5 часов после употребления наркотика. Вторая фаза начинается с присоединения симптомов компульсивного влечения. Общее вегетативное возбуждение нарастает, мышцы напряжены. Появляется мелкий тремор, подергивания отдельных мышечных пучков. Повышается артериальное давление, учащаются пульс, дыхание, усиливается тревога, появляются слюно- и слезотечение, «гусиная кожа», болевые ощущения в мышцах. Эта фаза развивается к концу первых суток. В третьей фазе на вторые сутки после прекращения приема наркотика появляются болевые ощущения тяжести и сдавленности в груди, сжатия и сдавливания головы, боль и тяжесть в сердце. На коже и под кожей ощущаются жжение, неприятное покалывание, дергание. Больные испытывают неопределенные неприятные ощущения во всех внутренних органах. На 3-5 сутки воздержания может развиться психоз.

Наиболее тяжелые последствия хронического употребления каннабиноидов проявляются в возникновении шизофреноподобных психозов, развитии нарастающей энцефалопатии, переходящей в слабоумие. Это связано с тем, что патологический процесс в мозге носит характер токсикодистрофической энцефалопатии с сосудистыми нарушениями. У лиц, употребляющих наркотики из конопли, наблюдается грубая соматическая патология: миокардиодистрофия, неспецифические гепатиты, почечная недостаточность. Кроме этого, каннабис рассматривают как канцероген.

7. Психостимуляторы: виды, воздействие на организм, особенности опьянения, опасность применения

Психостимуляторами называются вещества, которые возбуждающе действуют на центральную нервную систему. К психостимуляторам относятся амфетамин, метамфетамин (жаргонные названия – лед, стекло), первитин (винт, ширка), метилендиоксиметамфетамин (экстази), кокаин (кокс, антрацит, снег, леденец, крэк, свободное основание). Психостимуляторы принимают внутрь, вводят внутривенно, употребляют путем вдыхания и курения.

Опьянение стимуляторами представлено четырьмя фазами. Первая фаза возникает при внутривенном введении и не выражена при приеме наркотика внутрь. Развивается мгновенно как расстройство сознания: «озарение», окружающее «пропадает», кажется чуждым, иным, теряется способность внешнего восприятия. На фоне острого состояния блаженства возникают изменения проприоцептивности: легкость в теле, ощущение полета. Оглушение кратковременно, и опьянение переходит в следующую фазу, с которой начинается действие стимуляторов при приеме внутрь.

Вторая фаза представлена суженным сознанием и обильными соматическими ощущениями. Чувство легкости, способности к полету сохраняется, и некоторые опьяневшие пробуют, подпрыгивая, взлететь. С поверхности кожи, от мышц, внутренних органов воспринимаются разнообразные приятные ощущения. У многих возникает ощущение движущихся по телу волн тепла и соматического блаженства, исходящих из эпигастральной (солярной) области, выявлены ощущения «роста волос на голове» и чувства периодического, как и волны, приятного озноба. Снижена болевая чувствительность.

Многие отмечают синестезию, особенно при приеме экстази, когда раздражитель одного анализатора возбуждает и другой. Отсюда музыка имеет цвет, а цвета приобретают звучание. Внимание сконцентрировано на чувственных переживаниях, окружающее не воспринимается. Интенсивность эйфории потом оценивается как «оргазм всего тела».

Третья фаза – обострение ясности сознания и восприятия окружающего, но объем восприятия сужен. Качество восприятия характерно для симпатонии: яркое, насыщенное, с фиксацией мельчайших деталей, приобретающих четкость и контрастность. Однако фон настроения сохраняется приподнятым, благодушным, с чувством любви ко всему, «всем людям». Лишь некоторые рассказывают, что в этой фазе возникали и симпатотонические аффекты (тревога и страх), но только при первых приемах наркотика. Опьяневшие испытывают прилив сил, потребность в деятельности, в частности творческой. Начинают рисовать, слагать стихи, играть на музыкальных инструментах, строить теории в различных областях знаний. Возникает неуправляемое желание общаться. Они становятся суетливыми и болтливими, навязчивыми с разговорами. В многоречивости наглядна быстрота и поверхность ассоциаций, разорванность, персеверации. Столь же низкого качества оказывается, на взгляд самих же опьяневших по вытрезвлении, их «творческая» продукция. Однако во время опьянения они убеждены в безграничности сво-

их способностей, сил, талантов; интеллектуальная активность, ясность и четкость мыслей вызывают радость, восторг, гордость собой. Повышается двигательная выносливость: приняв кокаин, экстази, опьяневший способен танцевать, не останавливаясь всю ночь, при этом движения хотя и быстрые, но неточные, избыточные, дискоординированные. Возможны спонтанные жевательные движения челюстей. Насыщенность, яркость чувственного восприятия очень высоки. При этом нередко усиливается синестезия: звуковые раздражители усиливают световые, цветовые, а зрительные обостряют восприятие речи, музыки; кожные раздражения усиливают проприоцептивные ощущения. Здесь резко возрастают либидо и потенция, а также сексуальные чувствования.

Четвертая фаза, фаза выхода, начинается с восстановления объема сознания и его обычного уровня ясности. Эйфория, благодушие снижаются, иногда сменяясь подавленностью, раздражительностью, желанием остаться одному, в покое. Порог восприятия остается низким, но впечатления не вызывают удовольствия, кажутся чрезмерными. Наблюдается гиперестезия всех органов чувств, особенно тяжело переносятся гипераккузия и светобоязнь, более выраженная при дневном, а не вечернем свете. Вышедший из состояния опьянения обычно отворачивается от света, щурит глаза, вздрагивает при шуме, громкой речи, от прикосновения, при осмотре. У некоторых в этой фазе интоксикации возникают сенестопатии нечеткие неприятные летучие ощущения в различных частях тела, боль в затылке, «ползание мурашек», теперь уже не доставляющий удовольствия озноб, вздрагивания всем телом даже в отсутствие внешних раздражителей. Если опьяневший остается один, то он может на короткое время заснуть поверхностным сном (дремота), но чаще отмечаются опустошенность, вялость, сонливость без перехода в сон.

Слабость, психическая и физическая, может длиться еще несколько дней. Также не восстанавливаются сон, аппетит, исчезают на некоторый срок либидо и потенция. В первой и второй фазе интоксикации стимуляторами при внутривенном введении свойственны обездвиженность, погруженность в себя, заполненность переживаниями. Третья фаза отличается избыточной моторной активностью с резкими, размашистыми движениями, неточностью координации, особенно при тонких движениях; иногда движения пропульсивны с утратой равновесия. Следующей фазе соответствуют утрата двигательной активности, вялость, обессиленность в сочетании с психической прострацией. Вегетативные показатели всех четырех фаз отражают симпатотонию, причем тахикардию, дизритмии и боль в сердце, снижение порога раздражителей больные начинают замечать на спаде опьянения, в четвертой фазе. На протяжении всех четырех фаз объективно наблюдаются бледность кожных покровов, расширение глазных щелей, зрачков, латеральный нистагм, мышечная и сосудистая гипертензия, повышение рефлексов, мелкий тремор пальцев рук, век, языка, задержка мочи, запор, сухость слизистых оболочек; голос грубеет, садится; опьяневший постоянно облизывает губы. Лицо кажется осунувшимся. Бледность, расширенные зрачки и глазные щели придают опьяневшему облик безумного человека. Первоначальные приемы

эфедрина происходят в группе, имеющей навык его приготовления и употребления. Коллективное применение эфедрина особенно распространено в такой группе, где подростки и молодые люди находятся под влиянием товарищей, имеющих опыт злоупотребления; общение в опьянении оставляет впоследствии дополнительные положительные эмоции у начинающего индивидуума. В компании все веселы, подвижны, благодушны, доброжелательны друг к другу, «блещут остроумием», как бы заражая друг друга хорошим настроением.

Опьянение стимуляторами сопровождается ослаблением чувства голода, жажды, исчезновением сонливости, если наркотизация происходит в вечернее или ночное время. Кроме того, в состоянии интоксикации в первые 3-5 месяцев злоупотребления повышается сексуальная возбудимость, что приводит к беспорядочным половым связям, в том числе гомосексуальным. Нередки случаи и венерических заболеваний в группе. При более длительных сроках злоупотребления у больных снижается либидо и развивается импотенция, однако если коитус происходит, то он характеризуется очень яркими оргастическими переживаниями.

Первоначальный мотив использования молодежью экстази, строго говоря, не наркотический. Экстази применяется как средство, а не цель, для того чтобы еще лучше, еще легче сделать нечто, например провести время в клубе и иметь силы, чтобы танцевать всю ночь. Опьянение, характерное для всех стимуляторов (суженное сознание, подъем настроения, ощущение силы, всемогущества, симпатотония), отличается, однако, двигательным возбуждением. При смолкнувшей музыке опьяневшие продолжают пританцовывать, негармонично размахивая руками, разбрасывая в сторону ноги. Даже умелые танцоры утрачивают грациозность движений. В танцах выражены гипертермия и гипергидроз, за вечер, по рассказам больных, они могут потерять до 2-х кг массы тела. Кроме того, можно предположить и некоторую степень оглушенности, т. е. сложное изменение сознания по типу сумерек. Другие признаки также указывают на большое токсическое воздействие на ЦНС: perseverация в речевой продукции, иллюзорное искажение восприятия, акоазмы, видение вспышек, разноцветных переливов пространства, синестетичность переживаний.

Зависимость при употреблении психостимуляторов возникает очень быстро: спустя 2-3 недели нерегулярного приема внутрь и через 3-5 инъекций внутривенно. Как свойственно всем высокоэйфоригенным наркотикам, психическая зависимость опережает синдром измененной реактивности. Развивается толерантность, уже через месяц доза может возрасти в несколько раз.

Амфетамин резко подавляет аппетит и потребность во сне. Это особенно сказывается при его длительном применении. Хроническая интоксикация приводит к общему истощению, резкому снижению массы тела, вегетососудистым нарушениям, а также к патологическому развитию личности.

У больных, злоупотребляющих самодельными психостимуляторами, быстро развиваются изменения личности, которые проявляются психопато-

подобными расстройствами, выраженным морально-этическим снижением, эмоциональным огрубением, падением трудоспособности. Быстро нарастают явления социальной деградации: больные оставляют работу, не учатся, круг их интересов ограничивается наркотиками, а круг общения – наркоманами. Постепенно нарастает интеллектуально-мнестическое снижение.

Больные, злоупотребляющие эфедромом и первитином, обычно истощены, у них запавшие глаза с нездоровым блеском, кожные покровы бледные с сероватым оттенком, на месте царапин – множественные абсцессы или гиперпигментация, в местах инъекций резко пигментированные "дорожки" по ходу вен с характерным розовато-фиолетовым оттенком.

Главное, что характеризует кокаиновую наркоманию, – это очень быстрое развитие сильной психической зависимости, которая определяет "поисковое" поведение, направленное на добывание кокаина. Это полностью соответствует представлениям о том, что кокаин является наркотиком, обладающим наибольшим наркотическим потенциалом. С этим связана особая опасность "пробного" употребления кокаина.

8. Галлюциногены: виды, воздействие на организм, особенности опьянения, опасность применения

К галлюциногенам относят психоактивные вещества, основное действие которых – способность даже в малых дозах вызывать галлюцинации и другие психопатологические явления. Поэтому их называют также психоделическими или психотомиметическими веществами. Для потребителей привлекательна необычность вызываемых ими переживаний. Известно более 100 естественных и синтетических галлюциногенных препаратов. С наркотической целью из них употребляются сравнительно немногие: псилоцибин, мескалин, диэтиламид лизергиновой кислоты (ЛСД), фенциклидин (жаргонные названия – ангельская пыль, кристалл, мир, супертравка, суперзерно, кабан, ракетное топливо), кетамин (синонимы – каллипсол, кеталар), а также некоторые холинергические препараты. Галлюциногены принимают внутрь, вводят внутривенно, употребляют путем вдыхания и курения.

При употреблении психостимуляторов скорость появления субъективных и объективных признаков опьянения колеблется от нескольких минут (ЛСД, фенциклидин, кетамин) до 15-30 мин (псилоцибин, мескалин, циклодол).

Изменение сознания при приеме психоделических препаратов представлено чаще делириозной формой; в ряде случаев помрачение достигает глубины сумерек и пробуждение опьяневшего невозможно. Вместе с тем вероятны онирическое расстройство сознания, прочие характерные для онейроида симптомы (космическая, религиозная, мистическая тематика переживаний, ступор и пр.), когда опьяневший «находится в зрительном зале, а не на сцене», наблюдая за происходящим со стороны. Примечательно, что во многих случаях, особенно после интоксикации ЛСД, мескалином и псилоцибином, воспоминания о перенесенном многообразны, ярки и обильны, что под-

тверждает онирический тип изменения сознания. Нужно подчеркнуть, что онирическое изменение сознания наблюдается при интоксикации только психоделическими наркотиками. Восприятие злоупотребляющих характеризуется не только искажением и насыщенной или ослабленной эмоциональностью. Возникает внутренняя картина, восприятие без внешнего раздражителя, скользящие эйдетические образы с закрытыми глазами, музыка, голоса «внутри» с самой необычной локализацией. Часто наблюдаются синестезии, когда звук «видят», а цвет, образ «слышат»; извращение восприятия – холодное кажется горячим, гладкое – колючим. Меняются восприятие времени, пространства, соотношения окружающих предметов, их форма, масса, плотность, текстура. Нарушается внутренняя перцепция, появляются необычные ощущения схемы тела, размеров, расположения отдельных его частей вплоть до чувства отделенности от тела конечностей, мозга и пр. Тело кажется измененным в своей массе, кажется, что можно полететь. Нередки случаи выпадения из окон и балконов с целью «полетать» (для окружающих это беспричинное самоубийство). Теряется различие между болезненными представлениями и реальностью. Описаны переживания ужаса, витальной тоски, бессмысленности жизни, приступы неуправляемой агрессивности, случаи самоубийств и убийств во время опьянения и в последующие несколько суток. Иногда же отмечаются ощущение сверхсчастья, близости к Богу, неизъяснимого восторга. Примечательно, что эйфория при опьянении некоторыми психоделическими веществами (ЛСД) не включает заметным образом соматический компонент удовольствия, а переживаниям даже сильных аффектов не соответствует двигательная активность. Блаженство и восторг переживаются экстатически, с застыванием. Наиболее глубокое нарушение сознания своей личности представляется как раздвоение, чуждость и даже потеря. Иногда, деперсонализация принимает причудливые формы: ощущение себя лицом противоположного пола, неодушевленным предметом, существом, «рассеянным в планетарных лучах». Психические процессы приобретают автоматичность, становятся неуправляемыми, снопоподобными. Спонтанно всплывает в представлениях, казалось бы, давно забытое; нейтральное предстает как значимое, значимое как безразличное; значения приобретают противоположный смысл. Концентрация внимания невозможна.

Все галлюциногены оказывают выраженное симпатомиметическое действие, проявляющееся тремором, тахикардией, гипертензией, потливостью, неотчетливостью зрения и мидриазом.

Воздействие психоделиков может повториться через месяц или даже годы без приема наркотика (это называется «flashback» реакция – «возвратная вспышка»).

Регулярное употребление галлюциногенов может ухудшить память, способность к концентрации внимания и создать проблемы психического здоровья. Среди пользователей распространены несчастные случаи и самоубийства.

9. Седативные и снотворные средства: виды, воздействие на организм, особенности опьянения, опасность применения

К седативным и снотворным препаратам, преимущественно являющимися предметом злоупотребления и вызывающими зависимость, относятся следующие: диазепам (седуксен, реланиум, сибазон), лоразепам (ативан), нитразепам (радедорм, эуноктин), феназепам, альпразолам (ксанакс), клоназепам, амобарбитал-натрий (амитал-натрий, барбамил), пентобарбитал-натрий (этаминал-натрий, нембутал), тиопентал (пентотал), гексобарбитал (гексонал). Они употребляются внутрь, внутривенно и внутримышечно.

Клиническая картина опьянения седативными и снотворными препаратами сходна и сопровождается расширением зрачков (или нормальной их величиной при продолжительном заболевании), гиперемией кожи и слизистых оболочек, гипергидрозом. При опьянении средней тяжести возможны не наблюдаемые у опиоманов дизартрия и нарушение координации движений. Принявший снотворное или седативное средство производит впечатление опьяневшего от спиртного.

Первая фаза действия возникает сразу же после введения, «на игле». Она по существу представляет собой рауш-наркоз: мгновенное оглушение. Наркотизирующийся чувствует «мягкий удар» в голове, в глазах темнеет, возможны акоазмы и фотопсии, видение светящихся точек, кругов, «все плывет перед глазами». Эти ощущения: и «удар в голове», и «круговерть» приятны. Больные стремятся к этим ощущениям, повторно вводя наркотик внутривенно. В первой фазе возникают расширение зрачков, гиперемия кожи верхней части туловища и слизистых оболочек, резкая мышечная слабость (наркотизирующийся лежит или полулежит; если наркотик введен в ортостатической позе, то опьяневший не устоит на ногах). Окружающее не воспринимается, о себе в этот момент наркотизирующийся говорит, что он «отключился». Длительность первой фазы несколько секунд.

Вторая фаза действия включает переживание беспричинного веселья, желание двигаться, действовать, что-то предпринять. Моторная активность повышается. Наркотизировавшийся находится в движении, но движения суетливы, беспорядочны, хотя он полагает, что действия его целенаправленны. Качество осмысления и суждений резко снижено. Он не отвечает на вопросы или отвечает невпопад после длительной паузы, не осмысляет их; поле внимания сужено, не замечает происходящего вокруг. Однако и в узком поле внимание крайне отвлекаемо, предмет действий и тема речи постоянно меняются. Столь же неустойчив эмоциональный фон. Опьяневший легко раздражим, и веселость тут же переходит в гнев. Неосмысление ситуации, злобность, жестокость, агрессивность, проявляющиеся по незначительному поводу, могут привести к внезапной и бессмысленной агрессии. Восприятие окружающего искажается, становится кататимным. Не относящееся к опьяневшему может быть воспринято как направленное на него, как нечто оскорбительное или как проявление симпатии. Опьяневший может пристать к прохожему с объятиями или

вступить в ссору. Психические дисфункции сопровождаются грубыми неврологическими симптомами (латеральный нистагм, диплопия, дизартрия, нарушение координации, согласованности движений, неустойчивость при ходьбе и стоянии; сухожильные рефлексy снижены). Движения опьяневшего размашисты, грубы, их всегда больше, чем требует ситуация. При ходьбе возникает необходимость за что-то держаться, предметы падают из рук, но внимание на это опьяневший не обращает. При попытке поднять что-то с пола может упасть, при попытке что-то взять замахивается издалека, но в нужное место не попадает, мелкие движения невозможны, избыточны и неточны. Зрачки расширены, реакции их вялые; наблюдается гиперсаливация; склеры и кожа лица гиперемированы; кожа имеет сальный отлив, язык обложен грязноватым налетом, на спинке языка продольный неснимаемый коричневый налет, возникающий на 2-3-й день постоянной наркотизации, удерживающийся по вытрезвлении еще несколько дней. Частота пульса и АД снижены, пульс напряженный, повышено потоотделение, пот горячий, хотя температура тела снижается на 0,5-1,0°C. С нарастанием интоксикации лицо становится бессмысленным, губы обвисают, веки припущены. Двигательная активность падает, опьяневший расслаблен, пытается принять полулежашую позу. Вторая фаза действия длится 2-3 часа. Диссимуляция, волевое подавление опьянения в отличие от того, которое бывает при опийном, практически невозможны. Постепенно психическая и двигательная активность снижается, и опьяневший засыпает.

При длительном злоупотреблении снотворными очень быстро формируется своеобразный дефект, напоминающий психопатоподобный органический. Появляются утомляемость, истощаемость внимания, недостаточная способность к концентрации внимания, невозможность интенсивной умственной деятельности. Постепенно падает работоспособность: больные работают лишь короткими периодами при условии приема достаточной дозы и достижения состояния психического и физического комфорта в периоде интоксикации. Сужается круг интересов. Больные становятся раздражительными, дисфоричными, злобными.

Характерен внешний вид больных: они бледны, пастозны, цвет лица с грязно-землистым оттенком, язык обложен. Отмечаются трофические нарушения: раны долго не заживают, гноятся; множество кожных гнойничковых высыпаний; глаза теряют свой блеск; волосы становятся ломкими.

Постепенно у больных развивается состояние токсической энцефалопатии, проявляющейся в замедленности мыслительных процессов и речи, выраженном интеллектуально-мнестическом снижении.

При хронической интоксикации седативными препаратами формируется своеобразный дефект личности, напоминающий органический с изменением всей структуры личности. У больных наблюдаются интеллектуально-мнестические нарушения. Лицо становится маскообразным, мимика бедной. Замедлена речь и все движения. Нарастает вялость. Наблюдаются черствость, грубость, эгоистичность, жестокость по отношению к близким. Нарушаются

нравственные и этические нормы поведения. Резко падает работоспособность. Больные становятся непригодными к работе, связанной с умственной и физической нагрузкой.

10. Летучие растворители: виды, воздействие на организм, особенности опьянения, опасность применения

Летучие органические растворители, или ингалянты, вдыхают с целью опьянения. Чаще всего начало вдыхания ингалянтов относится к возрасту 13-15 лет, иногда к более младшему – 11-12 лет, в отдельных случаях – 9-11 лет.

Ингалянтами чаще злоупотребляют мальчики. Непосредственной мотивацией, кроме поиска необычных сильных ощущений, является пассивное подражание товарищам, что отражает незрелость психики подростков, их психический инфантилизм и конформность. Обращает на себя внимание, что среди злоупотребляющих ингалянтами подростков имеется значительное число лиц с признаками резидуального органического поражения ЦНС и примитивностью интересов. Зачастую вдыхание паров органических растворителей носит групповой характер. В качестве ингалянтов обычно используются средства бытовой и промышленной химии, являющиеся органическими растворителями. Действующим началом в этих средствах являются: трихлорэтилен, четыреххлористый углерод, перхлорэтилен, толуол, бензол, ксилол, ацетон, изобутан и другие вещества. Все эти средства хорошо растворимы в жирах, имеют высокую токсичность и быструю испаряемость. Среди способов употребления наиболее распространены вдыхание паров летучих жидкостей с помощью намоченной ими ткани или из бумажных или пластиковых пакетов. Реже используется аппликация на кожу головы. Эффект различных летучих органических растворителей сходен.

При вдыхании через сеть легочных сосудов, попадая в кровь, вещество по малому кругу кровообращения быстро попадает непосредственно в мозг, вызывая состояние острой интоксикации. У начинающих потребителей после 3-5 вдохов появляются легкое головокружение, шум в голове, першение в горле, слезо- и слюнотечение, двоение в глазах, легкое оглушение. Зрачки расширяются, пульс учащается. Затрудняется концентрация внимания, замедляется реакция на внешние раздражители. Речь становится дизартричной. Если вдыхание прекращается, состояние опьянения продолжается еще 10-15 мин и сменяется неприятными ощущениями тяжести в голове и головными болями. Появляются специфический сладковатый вкус во рту, тошнота, может быть рвота, жажда.

Постинтоксикационное состояние продолжается в течение 2-3 ч. Если вдыхание органических растворителей продолжается более длительный срок, вслед за оглушенностью и расслабленностью развиваются психомоторное беспокойство, иногда возбуждение. Повышается настроение, появляются психосенсорные расстройства: искажаются формы и размеры предметов, цвета становятся более яркими и контрастными, меняется тембр внешних звуков и голосов, все услышанные слова и звуки многократно повторяются,

превращаясь в "бесконечное эхо". Симптом "эхо" очень характерен для интоксикации ингалянтами. При продолжении ингаляции звуки становятся все тише, больные перестают замечать происходящее вокруг, как бы отключаются от него; постепенно развивается делирий. При закрытых глазах появляются очень яркие и образные сценopodobные зрительные галлюцинации. Эти галлюцинации носят характер либо последовательно сменяющихся друг друга картин с определенным сюжетом, действующими лицами, движущимися фигурами, большими и малыми, как при мультипликации, либо сюжета нет и картины сменяют друг друга. Реальное при этом тесно переплетается с фантастическим: галлюцинаторные образы представлены либо в виде живых существ (людей или животных), имеющих вполне реальные формы и цвет, либо в виде необычных существ или предметов (кружочки, квадратики, необычные фигурки и пр.). Характерно, что галлюцинаторные образы всегда очень яркие, цветные, находятся в непрерывном движении. Все предметы кажутся объемными, часто меняют форму. Преобладают как бы проецирующиеся на экран картины сказочного, авантюрно-приключенческого или эротического содержания, иногда напоминающие сюжеты виденных кинофильмов. Нередко галлюцинации носят устрашающий характер. К зрительным галлюцинациям могут присоединиться слуховые. Больные "слышат" музыку или голоса, с которыми поддерживают беседу. Изолированных слуховых галлюцинаций без зрительных образов обычно не бывает. При вдыхании некоторых органических растворителей, например пятновыводителей, ацетона, больные могут "заказывать" галлюцинации на определенную тему. Аффект зависит от содержания галлюцинаций. Это может быть аффект радости, счастья, блаженства или страха. При этом подростки отмечают, что даже те картины, которые сопровождаются страхом, все равно приятны ("и страшно, и приятно").

Ингаляции чаще всего производятся циклами от 10-20 сек. до нескольких минут. Затем ингаляцию прерывают на несколько минут и повторяют вновь. У больных с длительным опытом злоупотребления ингалянтами зрительные галлюцинации типа визуализированных представлений приятного содержания (как бы "жизнь во сне") могут вызываться как бы по заказу, и пациенты могут их поддерживать определенными дозами ингалянтов на протяжении нескольких часов.

Объективно обращают на себя внимание специфический запах от кожи, волос, выдыхаемого воздуха, наличие каймы раздражения вокруг губ, в уголках рта. В течение нескольких часов верхняя часть тела, голова горячие на ощупь, лицо отечно, гиперемировано, склеры инъецированы, зрачки расширены, отмечаются тахикардия, некоординированность движений, неуверенность походки.

Хроническая интоксикация ингалянтами ведет к нарастанию изменений личности, появлению таких не свойственных ранее черт характера, как агрессивность, равнодушие к близким, повышенная раздражительность. Постепенно развиваются психопатоподобное поведение и интеллектуальное снижение с некритичностью к своим действиям и к ситуации в целом.

Характерен внешний вид подростков, злоупотребляющих ингалянтами. Они бледны, с синевой под глазами, с зеленоватым оттенком кожи лица. После окончания ингаляции от них исходит характерный неприятный запах. Могут наблюдаться ознобы с повышением температуры тела до 38°C.

11. Стратегии, технологии и программы первичной профилактики зависимости от наркотиков (токсикантов)

Профилактика зависимости от наркотиков (токсикантов) может быть первичной, вторичной и третичной. Первичная профилактика наркомании имеет целью предотвратить возникновение нарушения или болезни, предупредить негативные исходы и усилить позитивные результаты развития индивида. Это может быть достигнуто несколькими путями: а) развитие и усиление мотивации на позитивные изменения в собственном жизненном стиле индивида и в среде, с которой он взаимодействует; б) направление процесса осознания себя индивидом, поведенческих, когнитивных и эмоциональных проявлений своей личности, окружающей среды; в) усиление адаптационных факторов или факторов стрессорезистентности, ресурсов личности и среды, понижающих восприимчивость к болезни; г) воздействие на факторы риска наркотизации с целью их уменьшения; д) развитие процесса самоуправления индивидом своей жизнью (управление самоосознанием, поведением, изменением, развитием); е) развитие социально-поддерживающего процесса.

Первичная профилактика является наиболее массовой, неспецифической, использующей преимущественно педагогические, психологические и социальные влияния. Ее воздействия направлены на общую популяцию детей, подростков и молодых людей.

В результате первичной профилактики предполагается достичь полного избегания патологических исходов, редуцирования числа лиц, у которых может быть начат патологический процесс, что определяет ее наибольшую эффективность. Она влияет, прежде всего, на формирование здоровья путем замены одних развивающихся процессов на другие. Сформировав активный, функциональный, адаптивный жизненный стиль человека, можно укрепить его здоровье и предупредить развитие болезни. Данный вид профилактики способен охватить наибольшее число людей, влиять на население в целом, иметь наиболее эффективные результаты.

Первичная профилактика наркоманий (токсикоманий) проводится посредством нескольких стратегий.

Первая стратегия – информирование населения о психоактивных веществах (их видах и воздействии на организм, психику и поведение человека) и формирование мотивации на эффективное социально-психологическое и физическое развитие.

Контингенты воздействия – дети и подростки, посещающие школу, учащаяся молодежь, родители (семья), школьные психологи, учителя, внешкольные подростковые, молодежные коллективы и группы, дети, не посе-

щающие школу, дети, лишенные родителей и постоянного места жительства, неорганизованные группы населения.

Вторая стратегия – формирование мотивации на социально-поддерживающее поведение.

Контингенты воздействия – семья (родители), школьные психологи, учителя, дети, подростки в школьных коллективах и вне их, дети, не посещающие школу, дети, лишенные семьи и постоянного места жительства.

Третья стратегия – развитие протективных факторов здорового социально эффективного поведения.

Контингенты воздействия – дети, подростки, молодежь в учебных заведениях и вне их, школьные психологи, учителя, родители (семья).

Четвертая стратегия – развитие навыков разрешения проблем, поиска социальной поддержки, отказа от предлагаемого психоактивного вещества.

Контингенты воздействия – дети, подростки и молодежь в учебных коллективах и вне их, школьные психологи, учителя, родители (семья).

В приведенных выше стратегиях используются специальные технологии.

Социальные и педагогические технологии первичной профилактики:

- воздействие средств массовой информации;
- антинаркотическое обучение;
- использование альтернативных употреблению наркотиков (токсикантов) программ детско-подростковой и молодежной активности;
- создание социально-поддерживающих систем (социальные службы, клубы, молодежные просоциальные организации и т.д.);
- проведение антинаркотических мотивационных акций;
- организация деятельности социальных работников и волонтеров;
- деятельность системы ювенальной юстиции.

Психологические технологии первичной профилактики:

- развитие личностных ресурсов;
- формирование социальной и персональной компетентности;
- развитие адаптивных стратегий поведения;
- формирование функциональной семьи.

Медицинские технологии первичной профилактики осуществляются посредством определения генетических и биологических маркеров поведения риска и их коррекции на медицинском уровне.

Программы первичной профилактики

Концептуальная модель первичной профилактики зависимости от наркотиков (токсикантов) базируется на решении представленных выше целей профилактики зависимости от психоактивных веществ.

Она предусматривает развитие ресурсов личности человека и социальной среды, и предполагает внедрение целого ряда профилактических программ для детей, подростков, молодежи, а также для родителей, школьных психологов, учителей и специалистов в области профилактики.

Задачи этих программ универсальны, хотя и имеют свою специфику. Программы первичной профилактики для детей и подростков предусматривают решение следующих задач.

1. Формирование здорового стиля жизни, высокофункциональных стратегий поведения, препятствующих злоупотреблению наркотическими и другими психоактивными веществами.

2. Информирование о действиях и последствиях злоупотребления наркотическими и психоактивными веществами, причинах и формах заболеваний, связанных с ними, путях выздоровления; о связи злоупотребления наркотиками (токсикантами) и других форм саморазрушающего поведения с особенностями личности, общения, социальными сетями, стрессом и путями его преодоления.

3. Направленное развитие личностных ресурсов, способствующих формированию здорового жизненного стиля и высокоэффективного поведения:

- Я-концепции (самооценки, отношения к себе, своим возможностям и недостаткам);
- собственной системы ценностей, целей и установок; способности делать самостоятельный выбор, контролировать свое поведение и жизнь, решать простые и сложные жизненные проблемы, умения оценивать ту или иную ситуацию и свои возможности контролировать ее;
- умения общаться с окружающими, понимать их поведение, сопереживать и оказывать психологическую и социальную поддержку;
- потребности в получении и оказании поддержки окружающим.

4. Развитие навыков поведения, ведущего к здоровью и препятствующего злоупотреблению психоактивными веществами:

- принятие решения и преодоление жизненных проблем;
- восприятие, использование и оказание психологической и социальной поддержки;
- оценка социальной ситуации и принятие ответственности за собственное поведение в ней;
- отстаивание своих границ и защита своего персонального пространства;
- защита Я, само- и взаимоподдержка;
- избегание ситуаций, связанных с употреблением алкоголя, наркотиков и других психоактивных веществ и с другими формами саморазрушающего поведения;
- использование альтернативных употреблению психоактивных веществ способов преодоления стресса, получения радости и удовольствия;
- бесконфликтное и эффективное общение.

Программы первичной профилактики для родителей предусматривают решение следующих задач:

1. Обеспечение знаниями психологических особенностей ребенка, подростка; особенностей семейных взаимоотношений, семейных стрессов и поведения, направленного на их преодоление (формирование семейного проблем-преодолевающего поведения); эффектов психоактивных веществ.

2. Помощь в осознании собственных личностных, семейных и социальных ресурсов, способствующих преодолению внутрисемейных проблем и проблем взаимоотношения с детьми в семье.

3. Определение направления и стратегии развития личностных, семейных и социально-средовых ресурсов.

4. Определение направления и стратегий развития личностных ресурсов у детей (как взаимодействовать с ребенком, чтобы его личностные и семейные ресурсы развивались, а не подавлялись, как сделать свою семью социально и психологически поддерживающей, а не подавляющей системой).

5. Обучение навыкам социально и психологически поддерживающего и развивающего поведения в семье в процессе взаимоотношений с детьми.

6. Выявление родителей, нуждающихся в индивидуальной консультативной помощи.

7. Выявление родителей, готовых осуществлять консультативную поддержку другим семьям; обучение их основам оказания социально-психологической и консультативной помощи другим родителям.

В программах первичной профилактики для школьных психологов и учителей существенное место отводится обучению педагогов созданию психологически грамотной, развивающей системы взаимоотношений со школьниками, основанной на взаимопонимании и взаимном восприятии друг друга. Учителя обучаются навыкам формирования адекватной Я-концепции, эмпатии, аффилиации, разрешения проблем, оказания психологической поддержки в процессе их взаимодействия со школьниками и коллегами.

Программы предусматривают теоретические и практические занятия: лекции-беседы, обсуждения, ролевые игры и другие психотехнологии, направленные на осознание процессов взаимного психологического развития учителя и ученика.

При проведении профилактической работы очень важно установить в группе доверительные, честные, эмоционально и социально поддерживающие отношения. Занятия с младшими подростками должны проводиться преимущественно в игровой форме, но также содержать и элемент серьезной интеллектуальной и психологической работы.

В рабочей группе необходимо выработать обязательные правила. Важнейшими из них должны быть умение слушать, оказывать взаимное доверие, проявлять уважение, соблюдать конфиденциальность, возможность открыто высказывать свое мнение и обозначать свою позицию, принимать на себя ответственность за активность и успешность работы группы. Необходимо поддерживать согласованность в выполнении участниками заданий, а также решений, принимаемых группой.

Очень важным компонентом работы являются домашние задания, которые предназначены, прежде всего, для включения в профилактическую ак-

тивность членов семьи, друзей. Это способствует улучшению взаимоотношений членов семьи с их социальным окружением и позволяет включаться в программу. Кроме того, выполнение домашних заданий способствует самостоятельному осмыслению опыта, полученного на занятиях и в жизни.

Еще одним важным компонентом профилактических программ является использование эффектов группового взаимодействия и развития. Это означает, что процесс занятий в группе представляет собой развивающуюся систему взаимоотношений, в которой происходит получение и осмысление информации и жизненного опыта. Члены группы действуют в направлении взаимного понимания и поддержки. Таким образом, происходит развитие важнейших качеств личности, позволяющих человеку управлять своим поведением и эффективно решать социальные проблемы, а впоследствии обучить этому других – друзей, членов семьи и т.д.

В процессе проведения программ выделяются группы волонтеров для дальнейшей профилактической работы: подростков, учителей и родителей. Участники этих групп в дальнейшем проходят специальную подготовку.

Важным моментом программы является работа с учителями школ, призванными в дальнейшем активно сотрудничать в профилактической работе. Предусматривается также проведение круглых столов для администрации региона и комиссий по делам несовершеннолетних.

В зависимости от поставленных целей используются как долговременные, так и краткосрочные программы. Однако следует понимать, что краткосрочные программы будут значительно менее эффективны. Они используются в первую очередь для того, чтобы сформировать мотивацию на здоровое поведение и обеспечить возможность проводить в дальнейшем долгосрочные программы на основе делового и доверительного сотрудничества (иногда, если предварительная работа не проводится, такие программы встречают сопротивление со стороны администрации школ и некоторых общественных групп).

В начале и в конце профилактической программы предусматривается проведение межведомственных круглых столов для анализа и подведения итогов работы.

В профилактической работе применяются следующие методы:

- тренинг поведения;
- когнитивная модификация и терапия;
- личностный тренинг;
- дискуссии;
- мозговые штурмы;
- беседы;
- лекции;
- ролевые игры;
- психогимнастика;
- элементы психодрамы;
- элементы индивидуальной и групповой психотерапии;
- круглые столы;

- совещания;
- супервизии;
- проведение методических занятий с супервизорами.

Любая профилактическая программа требует объективной оценки ее эффективности. Необходим выбор соответствующих критериев эффективности, а также строгого, но простого в применении измерительного аппарата – батареи анкет, опросников и экспериментально-психологических тестов, которые позволяют с высокой степенью достоверности говорить о происходящих в результате профилактического вмешательства изменениях, корректировать действия, изменять направления работы, ее форму и содержание, если это необходимо.

В настоящее время существует много профилактических программ, не соответствующих профессиональному уровню. Для того чтобы программа была действительно результативной, она должна отвечать следующим критериям:

- наличие концептуальной основы и ее адекватность современным направлениям профилактики;
- четкость и реалистичность в постановке цели и задач программы;
- направленность на усиление протективных и адаптационных факторов и уменьшение факторов риска;
- направленность на работу со всеми психоактивными веществами как основная цель;
- развитие ресурсов личности;
- развитие социальной среды: включение модулей для родителей, учителей, воспитателей, соответствующих тематике детских и подростковых программ, для инициации внутрисемейного обсуждения и выработки четкой внутрисемейной политики;
- формирование эффективных стратегий поведения;
- применение интерактивных и тренинговых методов работы, моделирование ситуаций, ролевые игры, дискуссии, обратная связь и т.п.;
- соответствие возрастным категориям;
- сопровождение в СМИ;
- содержание блока правового регулирования – повышение правовой компетентности;
- привлечение общественного внимания к проблеме;
- возможность дальнейшего распространения знаний, навыков и умений среди других групп населения;
- долгосрочность, цикличность, повторяющееся воздействие программ;
- интенсивность и четкий алгоритм действий;
- учет местной специфики;
- развитие местных ресурсов для обеспечения программы: подбор, обучение кадров, информационное и методическое обеспечение;
- мониторинг и контроль над эффективностью программы;

- конкретность формулировки ожидаемых результатов;
- оправданность экономических затрат.

До начала программы и после ее завершения предполагается проведение экспериментально-психологического обследования ее участников по вышеназванным критериям. Проводится также отсроченное (спустя 6-8 месяцев после проведения программы) тестирование.

Если профилактическая программа соответствует выбранным критериям, то могут ожидать такие результаты:

1. Уменьшение факторов риска употребления наркотиков и других психоактивных веществ у детей, подростков и молодежи.
2. Формирование здорового жизненного стиля и высокоэффективных поведенческих стратегий и личностных ресурсов у участников программы.
3. Развитие системного подхода к профилактике злоупотребления психоактивными веществами в обществе.
4. Развитие профессиональной и общественной сети профилактики злоупотребления психоактивными веществами.

12. Основные признаки употребления психоактивных веществ. Возможности раннего выявления рисков вовлечения в зависимость.

Основные признаки употребления психоактивных веществ (ПАВ)

1. Интеллектуально-мнестические.
2. Морально-этические.
3. Поведенческие (бихевиоральные).
4. Физические и неврологические.
5. Эмоциональные.

1. Интеллектуально-мнестические нарушения

- снижение всех видов памяти, концентрации внимания, интеллектуальной продуктивности, умственной работоспособности,
- ухудшение успеваемости,
- сужение круга интересов, неспособность обобщать и выделять главное,
- «застревание» на мелочах и неудачных примерах,
- плохая сообразительность и «бестолковость»,
- быстрая истощаемость с «отказными» реакциями,
- плоский юмор,
- бедность воображения,
- поверхностность суждений, легкомысленность,
- нарушения логического мышления,
- снижение критики к своему поведению и употреблению ПАВ,
- снижение мотивации к полезной деятельности и отказу от употребления ПАВ,

- снижение способности к адаптации и коммуникабельности в нормативных (ненаркотических) социальных средах,
- инфантилизм,
- ослабление целеустремленности.

2. Морально-этические нарушения

- нарастающая лживость, лицемерие, лень,
- циничность, сквернословие, использование жаргона,
- «ветреность», хвастливость,
- снижение ответственности перед членами семьи и друзьями, безразличие к их печалям и горю,
- неуважение к старшим и мнению других людей,
- пренебрежение к нормам поведения и государственным законам,
- безответственность,
- обвинение в своих неудачах окружающих,
- склонность сочинять небылицы, уход от ответов на прямые вопросы, изворотливость,
- притупление чувства сыновьего, профессионального и гражданского долга,
- склонность к тунеядству, пренебрежение к систематическому труду,
- склонность к праздному образу жизни, хамство, легкое создание конфликтных ситуаций,
- сексуальная распущенность,
- потеря чувства дружбы и любви,
- установка на нетрудовое добывание денег – воровство, мошенничество, грабеж и пр.,
- показной патриотизм или антипатриотизм,
- садомазохистские тенденции,
- ослабление чувства сострадания,
- появление склонности к насмешкам, горькому сарказму,
- неадекватность самооценки (заниженная или завышенная),
- легкая вовлекаемость в субкультурные группировки,
- безразличное отношение к своим долгам (деньги, вещи и т. д.).

Фактически, у больных наркоманией (токсикоманией) отмечается нарастающее разрушение главных человеческих ценностей, которые составляют ядро всех этических отношений: ценность жизни, здоровье, свободы, целеустремленности, справедливости, любви, искренности, доверия, веры, склонность доверять другому свое духовное достояние и пр.

3. Поведенческие (бихевиоральные) нарушения

- низкий уровень соблюдения личных санитарно-гигиенических норм,
- неопрятный или вычурный внешний вид,
- прогулы занятий в школе по неуважительным причинам,
- уходы из дома, особенно в вечернее или ночное время,

- исчезновение из дома на несколько дней,
- воровство из дома денег, ценностей, одежды, книг, видео- и аудио-техники,
- воровство вне дома,
- избегание общения с членами семьи,
- склонность к прослушиванию специфической музыки,
- выпрашивание денег у родителей под различными предлогами, использование денег не по назначению,
- изменение круга общения,
- преимущественное общение с наркоманами или асоциальными личностями,
- прекращение посещения спортивных секций, специальных кружков, культурно-массовых мероприятий,
- продолжительные разговоры по телефону с использованием сленга, непонятных выражений, стремление говорить так, чтобы не слышали родители,
- получение частых сообщений,
- агрессивная или болезненная реакция на критику,
- конфликтное отношение с членами семьи,
- обращение к употреблению ПАВ младших братьев, сестер, друзей, подруг,
- частое и необоснованное стремление закрыться в своей комнате или туалете, бурный протест, если встревоженные члены семьи пытаются войти в комнату,
- демонстративное суицидальное поведение.

4. Физические и неврологические нарушения

- изменение привычного цвета кожного покрова и слизистых (чаще всего кожа лица и видимые слизистые бледные),
- снижение массы тела,
- изменение аппетита, обычно ослабление или усиление при злоупотреблении гашишем,
- бессонница, плохое засыпание, позднее утреннее просыпание,
- боли в конечностях, особенно в суставах ног,
- боли в позвоночнике,
- сухость кожных покровов, потливость в состоянии опийной абстиненции,
- изменение размера зрачков (сужение или расширение), отсутствие реакции зрачков на свет,
- упадок сил, чувство утраты энергии,
- нарушение координации движений,
- расстройство функционирования желудочно-кишечного тракта,
- ослабление либидо и потенции,
- следы от инъекций ПАВ, подкожные кровоизлияния,
- специфический запах изо рта, запах от одежды.

5. Эмоциональные нарушения

- пониженное или повышенное настроение,
- повышенная возбудимость, несдержанность,
- беспокойство, тревога, страх,
- суточные колебания аффектов,
- эмоциональная лабильность,
- неустойчивость аффектов,
- безучастие, подавленность,
- заторможенность во время беседы или чрезмерная говорливость,
- эмоциональная тусклость,
- замедленная или несвязная речь,
- гипомимичность,
- ипохондрия,
- суицидальные тенденции,
- истеричность,
- тоскливо-злобное настроение.

Очевидные признаки использования ПАВ

- Следы от уколов в области локтевых сгибов, кистей рук, бедер, в паховых областях;
- Шприцы, медицинские иглы;
- Ампулы, флаконы из-под лекарств, кусочки ваты;
- Закопченные ложки;
- Смятая фольга, маленькие пакетики;
- Бумажки, свернутые в трубочки, папиросы;
- Таблетки, капсулы успокаивающего, снотворного или обезболивающего действия;
- Неизвестные вещества в виде порошка, таблеток, высушенной травы и пр.;
- Ткань, пакеты из целлофана или бумаги с запахом химикатов.

Кроме того, мы хотим предложить план диагностической беседы – наблюдения, которая позволит психологам, учителям и родителям составлять объективно–вероятностную картину предрасположенности подростка к употреблению наркотических (токсических) веществ.

Выясняя поочередно наличие или отсутствие каждого отдельного психологического фактора, предрасположенности, и затем, суммируя полученные результаты, Вы получите количественную характеристику исследуемого явления и, таким образом, определите группу риска изучаемого подростка. После этого гораздо легче наметить основные направления профилактической работы.

Предложенная диагностическая процедура позволяет правильно составлять подростковые группы в целях стрессопрфилактики и стрессореабилитации, а также определять направления в индивидуальной воспитатель-

ной работе и психокоррекционной работе.

1. Проявляет ли подросток низкую устойчивость к психическим перегрузкам и стрессам.

2. Проявляет ли часто неуверенность в себе и имеет ли низкую самооценку.

3. Испытывает ли трудности в общении со сверстниками на улице.

4. Тревожен ли, напряжен ли в общении, в школе или училище.

5. Стремится ли к получению новых ощущений, удовольствия, причем как можно быстрее и любым путем.

6. Зависит ли избыточно от своих друзей, легко ли подчиняется мнению знакомых, не критичен, готов ли подражать образу жизни приятелей.

7. Имеет ли отклонения в поведении, вызванные травмами мозга, инфекциями, либо врожденными заболеваниями, в том числе связанными с мозговой патологией.

8. Свойственна ли ему непереносимость конфликтов, стремление уйти в иллюзорный мир благополучия.

9. Отягощена ли наследственность – заболевания отца или матери наркоманией или алкоголизмом.

За каждый положительный ответ на вопросы 1, 2, 3, 4, начислите по пять баллов. За ответ "да" на любой из вопросов 6, 8 – по десять баллов, а на вопросы 5, 7, 9 – по пятнадцать баллов. За отрицательные ответы – 0 баллов.

Сумма менее 15 баллов означает, что несовершеннолетний в "группу риска" не входит.

От 15 до 30 баллов – средняя вероятность вхождения в "группу риска", требующая повышенного внимания к поведению подростка.

При результате свыше 30 следует незамедлительно посоветоваться с педагогом, психологом, врачом, работником подразделения милиции по предупреждению правонарушений несовершеннолетних.

Родителям учеников мы предлагаем анкету, содержащую ряд вопросов, ответы на которые помогут Вам сориентироваться в проблемах Ваших взаимоотношений с Вашими детьми и определить степень риска раннего начала употребления наркотиков (токсикантов).

| Обнаруживали ли Вы у Вашего ребенка | Баллы | |
|--|-------|--|
| Снижение успеваемости в школе в течение последнего года | 5 | |
| Резкое снижение успеваемости | 10 | |
| Неспособность ребенка рассказать родителям о том, как протекает общественная жизнь в школе | 5 | |
| Утаивание вызовов родителей в школу | 5 | |
| Потерю интереса к спортивным и другим внеклассным занятиям | 5 | |
| Сообщения о прогулах уроков, драках, воровстве | 5 | |
| Задержание в связи с вождением автотранспорта в состоянии опьянения | 10 | |
| Задержание в связи с употреблением опьяняющих средств на дискотеках, вечерах и т. п. | 10 | |
| Арест в связи с хранением, перевозкой, приобретением или сбытом наркотиков | 30 | |
| Совершение краж | 10 | |
| Пропажа из дома денег, книг, ценностей, одежды, аудио- и видеоаппаратуры и т.п. | 10 | |

| | | |
|--|----|--|
| Частое выпрашивание денег у родителей и родственников | 5 | |
| Продажа дисков, одежды, кассет и т.д. | 15 | |
| Наличие значительных сумм денег без понятного источника | 30 | |
| Частую, непредсказуемую смену настроения | 5 | |
| Снижение настроения, негативизм, критическое отношение к обычным вещам и событиям | 5 | |
| Самоизоляция, уход от участия в семейных событиях | 5 | |
| Скрытность, уединенность, задумчивость, длительное прослушивание музыки | 5 | |
| Нарастающую лживость | 10 | |
| Позицию самозащиты в разговоре об особенностях поведения | 5 | |
| Избегание общения с домашним окружением | 5 | |
| Гневливость, агрессивность, вспыльчивость, потеря энтузиазма | 5 | |
| Нарастающее безразличие, безынициативность | 10 | |
| Высказывания о бессмысленности жизни | 10 | |
| Общие психологические изменения: нарушения памяти, неспособность мыслить логически | 10 | |
| Частые простудные заболевания | 5 | |
| Потерю аппетита, похудание | 5 | |
| Отказ от утреннего туалета, не заинтересованность в смене одежды и т. п. | 10 | |
| Внешний вид нездорового человека, бледность, отечность, покраснение глазных яблок, коричневый налет на языке, следы уколов | 30 | |
| Частые синяки, порезы, не находящие удовлетворительного объяснения – «просто упал» | 5 | |
| Появление татуировок, следов ожогов сигаретой, порезов на предплечьях | 10 | |
| Бессонницу, повышенную утомляемость, сменяющуюся необъяснимой энергичностью | 10 | |
| Подросток отстаивает, утверждает свое право на употребление спиртного, наркотиков | 30 | |
| Курение табака | 10 | |
| Частый запах спиртного или появление специфического запаха жженой травы на одежде | 30 | |
| Чрезмерно расширенные или суженные зрачки | 20 | |
| Потеря памяти на события, происходившие в период опьянения | 30 | |
| Наличие шприцов, игл, флаконов, закопченной посуды, марганцовки, растворителей, уксусной кислоты, ацетона | 30 | |
| Наличие неизвестных таблеток, порошков, соломы, травы и т.п. | 30 | |
| Пренебрежение к домашним правилам | 5 | |
| Незаинтересованность в домашних делах | 5 | |
| Избегание участия в семейных торжествах | 5 | |
| Нарастающую напряженность в семейных взаимоотношениях | 5 | |
| Невозвращение ночевать домой | 10 | |
| Скрывает свой круг общения, избегает подробных телефонных разговоров и т.п. | 5 | |

Если Вы нашли основания для констатации более чем 10-ти признаков, а суммарная их оценка превышает 200 баллов, существует необходимость Вашего обращения за консультацией.

Правила, которых следует придерживаться, если возникло подозрение в том, что подросток (учащийся) употребляет ПАВ?

Общие положения

1. Проанализировать факты.
2. Не сообщать случайным людям о подозрении.
3. Воспользоваться поддержкой специалистов в области решения проблем наркозависимости.

Что делать родителям?

1. Обсуждать на семейном совете возникающую проблему.
2. Поговорить с ребенком, избегая угроз и применения физических мер наказания.
3. Постараться создать доверительную обстановку, помочь ребенку рассказать о своем пристрастии к ПАВ.
4. Объяснить опасность употребления ПАВ.
5. Убедить в необходимости обследоваться, установить диагноз и возможные сопутствующие заболевания.
6. Отвести ребенка к специалисту в области наркологии для оказания лечебной, психотерапевтической и реабилитационной помощи.
7. Обеспечить постоянный контроль за поведением ребенка, постараться убедить его в необходимости быть ответственным за свое здоровье.
8. Переговорить с классным руководителем, стараться найти понимание и поддержку в осуществлении вторичных профилактических мероприятий (предотвращении повторных случаев употребления ПАВ, срывов и рецидивов заболевания).
9. Привлекать ребенка к различным спортивным и культурно-массовым мероприятиям.
10. Быть внимательными к поведению друзей и знакомых ребенка, понимая их возможное положительное или отрицательное влияние.

Что делать педагогу?

1. Сообщить о своих подозрениях руководству учебного заведения и обсудить тактику действий.
2. Сообщить о своих подозрениях родителям учащегося и убедить их в необходимости грамотно решить возникшую проблему.
3. Помочь организовать встречу со специалистами в области наркологии, дать родителям информацию о возможности анонимного обследования и лечения, указать адреса, телефоны наркологических учреждений.
4. Вместе с родителями провести беседу с учащимся и обеспечить контроль за его поведением и оказание ему помощи в условиях учебного учреждения.
5. Усилить меры первичной профилактики по отношению к ближайшему окружению учащегося (одноклассники, ученики параллельных классов).

13. Интернет-аддикция: определение, основные понятия. Факторы риска вовлечения, психологическая характеристика зависимости. Особенности клинических проявлений, этапы развития компьютерной зависимости.

Стремительное развитие науки и техники в конце XX века послужило причиной появления такого чуда современности как компьютер и компью-

терные технологии. Изобретение компьютера ускорило развитие многих отраслей промышленности, систем связи, качественно изменило принцип работы различных административных учреждений, значительно расширило возможности в сфере образования. На сегодняшний день отмечается неуклонный рост числа пользователей компьютерами и Интернетом, современный человек взаимодействует с компьютером и компьютерными сетями на рабочем месте и дома, с целью осуществления той или иной деятельности или для развлечения, в стационарных условиях и при передвижении. Знакомство с компьютером начинается с детских лет и продолжается на всех этапах образования и профессиональной деятельности.

Компьютер стал не только инструментом для работы, зачастую определяющим конечный результат труда, но и явлением, способным вызывать положительные эмоции, ощущение удовольствия, эйфорию, влияющим на сознание, поведение человека, его межличностные контакты и отношения. Как и большинство технологических процессов, взаимодействие человека и компьютера имеет свои положительные и отрицательные стороны.

Позитивные эффекты взаимодействия человека и компьютера:

- развитие логического, прогностического и оперативного мышления;
- усиление интеллектуальных способностей при решении все более сложных и неординарных задач;
- адекватная специализация познавательных процессов – восприятия, мышления, памяти;
- повышение самооценки и уверенности в себе;
- формирование позитивных личностных черт: деловая активность, точность и аккуратность, уверенность в себе.

Негативные эффекты взаимодействия человека и компьютера:

- снижение интеллектуальных способностей при решении примитивных задач (например, использование функции «Проверка орфографии», «математические действия» и т.п. способствуют редукции элементарных школьных знаний);
- при длительной работе с компьютером – снижение гибкости познавательных процессов;
- чрезмерная психическая вовлеченность в работу или игры с компьютером порождают зависимое поведение;
- деформация личностной структуры;
- деструктивные формы поведения.

Неудивительно, что взаимодействие между пользователями компьютером и информационными технологиями привело к появлению качественно нового психологического феномена – зависимости от Интернета (Интернет-аддикция, нетаголизм, кибераддикция, виртуальная аддикция). Несмотря на то, что сегодня Интернет-аддикция по своей медико-психологической и социальной значимости для общества находится в ряду таких распространенных аддикций как наркомании, алкоголизм, патологическое влечение к азартным играм, самостоятельным психическим расстройством она не определена. До сих пор в достаточной степени не изучены основные патогенети-

ческие звенья формирования и поддержания Интернет-аддикции, не разработаны в полной мере универсальные диагностические критерии и эффективные меры профилактики и психокоррекции данной зависимости.

Интернет-зависимость обладает некоторыми характеристиками уже известных и изученных аддикций: пренебрежение важными вещами в жизни из-за аддиктивного поведения, разрушение отношений аддикта со значимыми людьми, раздражение или разочарование значимых для аддикта людей, скрытность или раздражительность, когда люди критикуют это поведение, чувство вины или беспокойства относительно этого поведения, безуспешные попытки сокращать это поведение. Среди описанных в МКБ-10 расстройств наиболее близкое состояние – «патологическое влечение к азартным играм» (F63.0). Клиническая картина патологической склонности к азартным играм, ее динамика, принципы коррекции и профилактики могут служить моделью для описания аналогичных параметров при Интернет-зависимости. Вместе с тем, целый ряд исследователей выделяют специфические, присущие только Интернет-аддикции признаки.

Начало изучения психологического феномена зависимости от Интернет принадлежит клиническому психологу К. Янг (К. Young) и психиатру И. Голдберг (I. Goldberg). Обзор литературы показал, что многочисленные данные об Интернет-аддикции сосредоточены на исследованиях К. Янг. Она впервые получила результаты анкетирования большого количества пользователей Интернет и предложила критерии диагностики компьютерной зависимости. В середине 1990-х гг. И. Голдберг предложил термин «Интернет-аддикция», охарактеризовав ее как "оказывающую пагубное воздействие на бытовую, учебную, социальную, рабочую, семейную, финансовую или психологическую сферы деятельности", а также разработал набор диагностических критериев для определения зависимости от Интернета.

Согласно исследованиям К. Янг, симптомами (опасными сигналами, предвестниками) Интернет-аддикции являются:

- навязчивое стремление постоянно проверять электронную почту;
- предвкушение следующего сеанса онлайн;
- увеличение времени, проводимого онлайн;
- увеличение количества денег, расходуемых на Интернет.

В представлении К. Янг зависимость от Интернета – многомерное явление, включающее:

- проявления бегства в виртуальную реальность людей с низкой самооценкой, тревожных, склонных к депрессии, ощущающих свою незащищенность, одиноких или не понятых близкими, тяготящихся своей работой, учебой или социальным окружением;
- поиск новизны;
- стремление к постоянной стимуляции чувств;
- эмоциональная привязанность (возможность выговориться, быть эмпативно понятым и принятым, освободиться тем самым от острого пере-

живания неприятностей в реальной жизни, получить поддержку и одобрение);

- удовольствие ощутить себя "виртуозом" в применении компьютера и специальных поисковых либо коммуникативных программ WWW в результате преодоления свойственной, как оказалось в результате проведенных исследований, многим аддиктам в недавнем прошлом технофобии, а особенно ее разновидности – компьютерофобии, т.е. боязни компьютеров и других видов информационных технологий.

Признаками наступившей Интернет-аддикции, по мнению К. Янг, служат следующие критерии:

- всепоглощенность Интернетом;
- потребность проводить в сети все больше и больше времени;
- повторные попытки уменьшить использование Интернета;
- при прекращении пользования Интернетом возникают симптомы отмены, причиняющие беспокойство;
- проблемы контроля времени;
- проблемы с окружением (семья, школа, работа, друзья);
- ложь по поводу времени, проведенного в сети;
- изменение настроения посредством использования Интернета.

М. Орзак выделила следующие психологические и физические симптомы, характерные для Интернет-зависимости:

Психологические симптомы

- хорошее самочувствие или эйфория за компьютером;
- невозможность остановиться, увеличение количества времени, проводимого за компьютером;
- пренебрежение семьей и друзьями;
- ощущение пустоты, депрессии, раздражения вне компьютера;
- неправда работодателям или членам семьи о своей деятельности;
- проблемы с работой или обучением.

Физические симптомы

- синдром карпального канала (туннельное поражение нервных стволов руки, связанное с длительным перенапряжением мышц);
- сухость в глазах; головная боль по типу мигрени;
- боль в спине;
- нерегулярное питание, пропуск приемов пищи;
- пренебрежение личной гигиеной;
- расстройства сна, изменение режима сна.

Кроме того, М. Орзак считает, что Интернет-аддикция может заострить существующие психические расстройства. У многих компьютерозависимых пациентов выявлена коморбидность с социальными фобиями, компульсивными расстройствами, расстройством концентрации внимания и другими видами аддикций.

По мнению Н.И. Алтухова и К.Ю. Галкина, к признакам и симптомам компьютеромании относятся следующие:

- изменение актуального психического состояния в сторону эйфории при контакте с компьютером или «предвкушении» контакта;
- исчезновение контроля времени, проводимого за компьютером;
- стремление к увеличению времени взаимодействия с компьютером;
- раздражение, угнетенность, ощущение «пустоты» при невозможности контакта с компьютером;
- использование компьютера или игровой приставки для изменения актуального психического состояния со знака «-» на знак «+»;
- возникновение проблем во взаимоотношениях в микросоциальных группах;
- вегето-висцеральные признаки (сухость глаз, запоры, исчезновение аппетита).

Обобщив результаты разных исследований, Н.В. Чудова приводит следующий список черт интернет-аддикта:

- сложности в принятии своего физического «Я» (своего тела);
- трудности в непосредственном общении (замкнутость);
- склонность к интеллектуализации;
- чувство одиночества и недостатка взаимопонимания (возможно, связанное со сложностями в общении с противоположным полом);
- низкая агрессивность;
- эмоциональная напряженность и некоторая склонность к негативизму;
- наличие хотя бы одной фрустрированной потребности;
- независимость выступает как особая ценность;
- представления об идеальном «Я» недифференцированы, завышены или даже нереалистичны;
- самооценка занижена;
- склонность к избеганию проблем и ответственности.

С точки зрения В.Д. Менделевича существуют следующие типы интернет-зависимых людей:

- интернет-гемблеры, пользуются разнообразными интернет-играми, тотализаторами, аукционами, лотереями и т.д.;
- интернет-трудоголики, реализуют свой работоголизм посредством сети (поиск баз данных, составление программ и т.д.);
- интернет-сексоголики, посещают разнообразные порносайты, занимаются виртуальным сексом;
- интернет-эротоголики – любовные аддикты, которые знакомятся, заводят романы посредством сети;
- интернет-покупатели, реализующие аддикцию к трате денег посредством бесконечных покупок онлайн;
- интернет-аддикты отношений, часами общаются в чатах, бесконечно проверяют электронную почту и т.д., т.е. заменяют реальную аддикцию отношений на виртуальную.

Как и другие химические и нехимические аддикции, разные формы интернет-зависимости могут переходить одна в другую и сосуществовать в раз-

личных комбинациях. А.Е. Войскунский обобщил ранее описанные поведенческие характеристики интернет-аддикта:

- неспособность и нежелание отвлекаться даже на короткое время от работы в Интернете, и тем более прекратить работу;
- досада и раздражение, возникающие при вынужденных отвлечениях, и навязчивые размышления об Интернете в такие периоды;
- стремление проводить за работой в Интернете все увеличивающиеся отрезки времени и неспособность спланировать время окончания конкретного сеанса работы;
- побуждение тратить на обеспечение работы в Интернете все больше денег, не останавливаясь перед расходом припасенных для других целей сбережений или влезанием в долги;
- готовность лгать друзьям и членам семьи, преуменьшая длительность и частоту работы в Интернете;
- способность и склонность забывать при работе в Интернете о домашних делах, учебе или служебных обязанностях, важных личных и деловых встречах, пренебрегая занятиями или карьерой;
- стремление и способность освободиться на время работы в Интернете от ранее возникнувших чувств вины или беспомощности, от состояний тревоги или депрессии, обретение ощущения эмоционального подъема и своеобразной эйфории;
- нежелание принимать критику подобного образа жизни со стороны близких или начальства;
- готовность мириться с разрушением семьи, потерей друзей и круга общения из-за поглощенности работой в Интернете;
- пренебрежение собственным здоровьем и, в частности, резкое сокращение длительности сна в связи с систематической работой в Интернете в ночное время;
- избегание физической активности или стремление сократить ее, оправдываемое необходимостью выполнения срочной работы, связанной с применением Интернета, пренебрежение личной гигиеной из-за стремления проводить все без остатка "личное" время, работая в Интернете;
- постоянное "забывание" о еде, готовность удовлетворяться случайной и однообразной пищей, поглощаемой нерегулярно и не отрываясь от компьютера;
- злоупотребление кофе и другими тонизирующими средствами;
- подбор, просматривание и изучение специальной литературы о новинках Интернета, обсуждение их с окружающими.

В настоящее время выделяют 5 типов компьютерной зависимости:

1. Обсессивное пристрастие к работе с компьютером (играм, программированию или другим видам деятельности).
2. Компульсивная навигация по WWW, поиск в удаленных базах данных.

3. Патологическая привязанность к опосредованным Интернетом азартным играм, онлайн-аукционам или электронным покупкам.
4. Зависимость от социальных применений Интернета, т.е. от общения в чатах, групповых играх и телеконференциях, что может в итоге привести к замене имеющихся в реальной жизни семьи и друзей виртуальными.
5. Зависимость от «киберсекса», т.е. от порнографических сайтов в Интернете, обсуждения сексуальной тематики в чатах или закрытых группах «для взрослых».

Данные литературы показывают, что проблема патологической зависимости появляется тогда, когда аддиктивное поведение начинает доминировать в сознании. В его основе лежит стремление уйти из реальности за счет изменения своего психического состояния. Человек заменяет решение проблемы «здесь и сейчас» аддиктивной реализацией, откладывает существующие задания «на потом», достигая тем самым психологического комфорта. Это люди, для которых виртуальная жизнь становится более значимой, чем реальная и они перестают отличать «Я-виртуальное» от «Я-реального» – они то и есть потенциальные и действительные Интернет-аддикты.

При увлечении компьютерами имеет место изменение личного психического состояния, достигнутого сосредоточением на определенном предмете (компьютере) и связанной с ним деятельностью, что сопровождается развитием субъективно приятных эмоциональных состояний: чувства эмоционального возбуждения, волнения, подъема или релаксации. Таким образом, достигается начало желаемых эмоциональных изменений, возникает ощущение контроля над собой и ситуацией, чувство удовлетворенности жизнью. Увлечение компьютером становится стилем жизни, доминирует и вытесняет другие виды деятельности. Если в обычных ситуациях люди используют компьютеры утилитарно, для удобства, комфорта, то для «сверхувлеченных» тот же компьютер, который вовлекается в аддиктивное звено, становится все более значимым, все более удовлетворяющим эмоциональные потребности аддиктов. Эмоциональные отношения с людьми нарушаются. Это отражается в уменьшении дружелюбности, в отходе от реальности, в росте изоляции от других людей, которые не входят в круг подобных любителей компьютерной техники. Сужается круг интересов. Происходит процесс, во время которого человек не только не решает важных для себя проблем (например, бытовых, социальных), но и останавливается в своем личностном развитии. Важно отметить, что аддиктивная реализация включает в себя как аддиктивные действия, так и мысли о возможности ухода от реальности.

С учетом того, что вовлеченными в интернет-зависимость становятся прежде всего подростки и лица молодого возраста, что подтверждается рядом исследований, следует выделить еще один важный аспект, связанный с интернет-аддикцией и влияющий на становление иных форм девиантного поведения. Это серьезные опасности, с которыми дети и подростки могут встретиться, непосредственно находясь в режиме онлайн:

➤ эксплуатация доверия к детям: их могут соблазнить на совершение непристойных действий;

➤ доступ к порнографии: дети могут наткнуться на порнографию ввиду ее широкого распространения в сети. Программное обеспечение, ограничивающее доступ детей в такие сайты, не всегда срабатывает, а часто вообще отсутствует, его может не быть в школе, в библиотеке;

➤ неподходящие контент-сайты с деструктивным содержанием, например с инструкциями по изготовлению бомбы или наркотических веществ. Родителям следует интересоваться сайтами, которые посещают дети, и быть внимательными к любым изменениям поведения ребенка;

➤ увлечение играми типа DOOM, QUAKE, сетевыми играми с насилием повышает агрессивность детей. Родителям надо знать, в какие игры играет ребенок, быть готовыми предложить конструктивную альтернативу. Совершенно очевидно, что с ростом компьютеризации будет неуклонно увеличиваться число и интернет-аддиктов, особенно среди молодежи.

При появлении первых признаков зависимости в жизни подростка увлечение чатами становится доминирующим. Круг иных интересов сужается. Заинтересованность и эмоциональное оживление в беседе возникает лишь при затрагивании компьютерной темы: в этот момент подросток преображается – у него учащается дыхание, появляется блеск в глазах и краснеет лицо. Диалог превращается в монолог: он может подолгу рассказывать о преимуществах той или иной системы, о возможностях, открывающихся при работе с компьютером. Подростки почти не замечают окружающего, не откликаются на реакции собеседника (элементы аффективно суженного сознания), в ситуациях выбора в подавляющем большинстве случаев предпочтение отдается деятельности, имеющей отношение к компьютеру. Общение с реальными сверстниками ограничивается, они начинают делиться, прежде всего, по признаку наличия компьютера. Все свободное время и карманные деньги тратятся на аксессуары. Широко распространены случаи, когда подростки остаются голодными, откладывая деньги, даваемые родителями на обед, на покупку очередного компакт-диска или какой-то детали для модернизации компьютера. Непосредственно перед ночным сном отмечаются трудности засыпания, чрезмерная экзальтация. Попытки родителей ограничить общение подростков с компьютером вызывает бурную реакцию протеста («за компьютер дети стоят насмерть»). При вынужденном перерыве возникает чувство опустошенности, скуки («не знаю, куда себя деть», «как будто спрыгнул с мчащегося поезда»). Чат приобретает характер сверхценного увлечения с явным ущербом другим видам деятельности, прежде всего общению с реальными людьми и выраженным аффективным напряжением.

Аналогичные тенденции характерны и для проявлений зависимости в юношеском возрасте. Отдаление от сверстников и сужение круга интересов прогрессируют. Мотив заработка денег с использованием компьютера, появляющийся в это время, увеличивает время работы на нем, а заработанные деньги тратятся на усовершенствование и обеспечение компьютера. Отмеча-

ются значительные трудности во взаимоотношениях с противоположным полом, крайне низкой оказывается мотивация создания собственной семьи.

В молодом возрасте чрезмерное увлечение компьютерной деятельностью становится характерным для лиц с выраженными чертами инфантилизма, такими как слабо развитое чувство долга, ответственности, стремление к развлекательным мероприятиям, незамедлительному удовлетворению своих желаний и т.д. Например, взрослый мужчина, проживая с женой и ребенком в одной комнате, может играть на компьютере ночи напролет, не обращая внимания на то, что создает неудобства для остальной семьи. Или психолог-консультант в рабочее время запирается в кабинете и часами играет на компьютере, в то время как его безуспешно разыскивают клиенты.

Надо отметить, что по сравнению с зависимостями от алкоголя и наркотиков, Интернет-зависимость в меньшей степени вредит здоровью человека, не разрушает его мозг, и казалась бы достаточно безопасной, если бы не явное снижение трудоспособности, эффективности функционирования в реальном социуме. Как наркотик, общение в Интернете может создавать иллюзию благополучия, кажущуюся возможность решения реальных проблем.

На сегодняшний день большинство авторов выделяют следующие факторы риска формирования компьютерной зависимости:

- мужской пол;
- длительность работы за компьютером: 20-40 часов и более в неделю (детям 5-6 лет рекомендуется проводить за компьютером 10-15 мин. в день, детям 7-12 лет – не более 30 минут и подросткам до 16 лет – не более 1 часа в день);
- эмоциональная депривация (неполные семьи, воспитание по типу гипоопеки, родительская депривация);
- склонность к аддиктивному поведению;
- пограничные психические расстройства.

По результатам проведенных исследований Л.Н. Юрьева и Т.Ю. Болыбот выделяют следующие этапы развития компьютерной зависимости:

1-й этап – этап риска развития компьютерной зависимости;

2-й этап – этап сформированной компьютерной зависимости (эмоционально-волевые нарушения, психическая зависимость);

3-й этап – этап тотальной компьютерной зависимости (психическая и физическая зависимость, синдром актуализации компульсивного влечения).

Основными характеристиками этапа риска развития компьютерной зависимости являются увеличение времени, проводимого для достижения поставленной цели и работы за компьютером, потеря ощущения времени, получение эмоционального удовольствия за компьютером, расходование большего количества денег на компьютерную деятельность, первые признаки социальной дезадаптации.

Этап сформированной компьютерной зависимости характеризуется существованием в иерархии новой потребности – деятельности за компьютером, которая имеет систематический характер, аффективный заряд в основе. При этом преобладают эмоционально-волевые нарушения, отмечается рост

толерантности к компьютеру – необходимость во все большем количестве времени работы за компьютером для достижения удовольствия, значительное снижение эффекта от пребывания за ПК в течение того же промежутка времени, что и раньше, навязчивые мысли о компьютере и фантазирование, что сопровождается эмоциональным подъемом (эйфория, психическая релаксация, ощущение «взлета», беззаботности, свободы, усиления воображения) во время деятельности за компьютером, и испытанием психоэмоционального напряжения (раздражительность, подавленность, скука, снижение настроения, ситуационная тревога) вне работы за ПК. Наблюдается дезактуализация базовых потребностей – сна, отдыха, употребления пищи, личной гигиены. Нарушаются режимы сон-бодрствование и отдых-нагрузка, время работы за компьютером – дневное и ночное. На данном этапе деятельность за ПК происходит за счет обучения, труда, домашней работы, социальных и личных взаимоотношений. С одной стороны, пациенты полностью ориентированы в компьютерных технологиях, с другой стороны, имеет место своеобразная форма инфантилизма, практически полная беспомощность в мире социальных норм и отношений.

На третьем этапе – тотальной компьютерной зависимости – наблюдаются признаки как психической, так и физической зависимости. Отмечается постоянное «злоупотребление» компьютерными играми, беседами в чате, ICQ и другими видами деятельности за компьютером, несмотря на существующие проблемы социального и личного характера, остаются безуспешными попытки контролировать работу за ПК. В структуре синдрома актуализации компульсивного влечения имеют место агрессивность, злобность, психомоторное возбуждение, рассеянное внимание, произвольные «печатательные движения» пальцев рук, встречается депрессивный синдром. На данном этапе присутствуют физические симптомы: головная боль по типу мигрени, боль в позвоночнике, сухость в глазах, онемение и боль в пальцах кисти (синдром карпального канала). Появляются признаки дезадаптации, социальные и психологические проблемы, связанные с обучением, отношением с родителями, друзьями. Периоды легкой дезориентации и зрительные эффекты после компьютерных игр свидетельствуют о существенном влиянии избыточной работы за компьютером. Возможно присутствие вегетативной симптоматики (изменения ЧСС, АД, бледность или покраснение кожи). Однонаправленное увлечение приводит к возникновению выраженной социальной дезадаптации. У данной группы пациентов увлечение компьютерными технологиями носит сверхценный характер, часто имеет признаки гиперкомпенсаторных образований.

Основываясь на проведенных исследованиях, Л.Н. Юрьева и Т.Ю. Больбот предложили следующие дифференциально-диагностические критерии отграничения этапов риска развития и сформировавшейся компьютерной зависимости:

| Признак | Риск развития компьютерной зависимости | Сформированная компьютерная зависимость |
|--------------------|---|--|
| Характер увлечения | Психологически понятен, не носит сверхценного характера | Носит сверхценный характер, является гиперкомпенсатор- |

| | | |
|--|--|---|
| | ра | ным образованием |
| Результат увлечения | Продуктивность компьютерной деятельности | Непродуктивность компьютерной деятельности |
| Время работы за компьютером | Тенденция к увеличению времени, проводимого для достижения поставленной цели, и работы за компьютером | Больше 40 часов в неделю |
| Социальная адаптация лиц | Социально адаптированы, появляются первые признаки семейной дезадаптации | Выраженная социальная дезадаптация вследствие компьютерной деятельности |
| Семейная адаптация | Появляются первые признаки семейной дезадаптации в связи с деятельностью за компьютером | Семейная дезадаптация вследствие компьютерной деятельности |
| Школьная адаптация | Нарушения успеваемости, нарушения обычного стереотипа взаимоотношений с одноклассниками вследствие компьютерной деятельности | Школьная дезадаптация, пропуски занятий вследствие компьютерной деятельности |
| Физические симптомы | Почти отсутствуют, могут быть боли в глазах и спине | Головная боль по типу мигрени, боль в спине, сухость в глазах, онемение и боль в пальцах кисти (синдром карпального канала) |
| Навязчивые мысли о работе за компьютером | Отсутствуют | Имеют место навязчивые мысли о компьютерной деятельности |
| Бродяжничество | Отсутствует | Уходы из дома в связи со сверхценным увлечением компьютерами |
| Делинквентность | Отсутствует | Склонность к делинквентным формам поведения, обычно связанная с добыванием денег для компьютерных игр |
| Круг интересов | Круг интересов суживается | Имеет место только увлечение компьютерами, общаются только с подобными «компьютероманами» |
| Вегетативные реакции | Адекватны психоэмоциональной нагрузке | Выражены, сила их проявления прямо пропорциональна компьютерной деятельности |
| Настроение | Колебания настроения психологически мотивированы, адекватны ситуации | Изменения настроения четко коррелируют с компьютерной деятельностью, иногда неадекватны ситуации или обусловлены невозможностью ее реализации |
| Реакция на замечания, советы | В большинстве случаев адекватна | Неадекватна |
| Критика | Критичен к ситуации | Некритичен |
| Коррекция | Возможна коррекция интеллектом, поддается вербальной коррекции | Не поддается вербальной коррекции |
| Психологические характеристики | | |
| Интеллект | Соответствует возрасту и полученному образованию | В большинстве случаев соответствует возрасту и полученному образованию, редко имеют место случаи легкой умственной отсталости |
| Личностная акцентуация | Имеют место все типы акцентуаций, но преобладают возбудимый, циклотимный, экзальтированный, гипертимный и эмотивный типы | Преобладают гипертимный, возбудимый или гипертимно-возбудимый типы; совсем не встречаются педантичный, тревожный |

| | | |
|----------------------------|---|--|
| | акцентуаций | |
| Эмоционально-волевая сфера | Эмоционально-волевая неустойчивость не мешает учебной деятельности | Эмоционально-волевая незрелость, лабильность, эмоциональная неустойчивость, эгоистичность, оторванность от реальности |
| Самооценка | Адекватная | Неадекватная: завышена или занижена |
| Личностная сфера | Стабильность уровня притязаний и самооценки, равнозначность игровых и учебных мотивов | Нестабильность уровня притязаний и самооценки, недостаточная подвижность психических процессов, с доминированием игровых мотивов над другими |

14. Диагностика интернет-аддикции. Технологии первичной профилактики.

Формирование правильного диагноза относительно компьютерной зависимости часто осложняется отсутствием официальных критериев для определения степени привязанности к Интернету или компьютерным развлечениям. Впервые диагностический опросник из восьми вопросов, который является модификацией критериев диагностики патологического влечения к азартным играм, разработала Kimberly Young в 1996 году. В дальнейшем Кимберли Янг создала опросник из двадцати вопросов, который называется «Тест на Интернет-аддикцию» и базируется на критериях диагностики компульсивного гэмблинга и алкоголизма. В.А. Лоскутова сделала перевод теста и адаптировала его для русскоязычного населения.

| № | Вопросы | Никогда или крайне редко | Иногда | Регулярно | Часто | Всегда |
|----|--|--------------------------|--------|-----------|-------|--------|
| 1 | Часто ли Вы замечаете, что проводите онлайн больше времени, чем намеревались? | | | | | |
| 2 | Часто ли Вы пренебрегаете домашними делами, чтобы провести больше времени в Сети? | | | | | |
| 3 | Часто ли Вы предпочитаете пребывание в сети интимному общению с партнером? | | | | | |
| 4 | Часто ли Вы заводите новые знакомства с пользователями Интернет, находясь онлайн? | | | | | |
| 5 | Часто ли окружающие интересуются количеством времени, проводимым Вами в сети? | | | | | |
| 6 | Часто ли страдают Ваши успехи в учебе или работе, так как Вы слишком много времени проводите в сети? | | | | | |
| 7 | Часто ли Вы проверяете электронную почту раньше, чем сделать что-то другое, более необходимое? | | | | | |
| 8 | Часто ли страдает Ваша производительность труда из-за увлечения Интернетом? | | | | | |
| 9 | Часто ли Вы занимаете оборонительную позицию и скрываете, когда Вас спрашивают, чем Вы занимаетесь в сети? | | | | | |
| 10 | Часто ли Вы блокируете беспокоящие мысли о Вашей реальной жизни, утешительными мыслями об Интернете? | | | | | |
| 11 | Часто ли Вы обнаруживаете себя предвку- | | | | | |

| | | | | | | |
|----|---|--|--|--|--|--|
| | шающим, как вновь окажетесь в Интернете? | | | | | |
| 12 | Часто ли Вы ощущаете, что жизнь без Интернета скучна, пуста и безрадостна? | | | | | |
| 13 | Часто ли Вы ругаетесь, кричите или иным образом выражаете свою досаду, когда кто-то пытается отвлечь Вас от пребывания в сети? | | | | | |
| 14 | Часто ли Вы пренебрегаете сном, засиживаясь в Интернете допоздна? | | | | | |
| 15 | Часто ли Вы предвкушаете, чем займетесь в Интернете, находясь оффлайн, или фантазируете о пребывании онлайн? | | | | | |
| 16 | Часто ли Вы говорите себе «еще минутку», находясь онлайн? | | | | | |
| 17 | Часто ли терпите поражение в попытках сократить время, проводимое в сети? | | | | | |
| 18 | Часто ли Вы пытаетесь скрыть количество времени, проводимое Вами в сети? | | | | | |
| 19 | Часто ли Вы выбираете провести время в Интернете, вместо того, чтобы выбраться куда-либо с друзьями? | | | | | |
| 20 | Часто ли Вы испытываете депрессию, подавленность или нервозность, будучи вне сети и отмечаете, что это состояние проходит, как только Вы оказываетесь онлайн? | | | | | |

Положительные ответы на 7 и более вопросов свидетельствуют о наличии признаков интернет-зависимости и необходимости обращения к специалисту.

Л.Н. Юрьевой и Т.Ю. Большот был разработан метод скрининговой диагностики компьютерной зависимости, который путем адаптации вариантов ответов к национальной социально-общественной сфере деятельности повышает объективность конечного результата при использовании. Метод содержит 11 вопросов относительно проявлений эмоционального состояния личности за компьютером или в Интернете, рассуждений относительно реализации замыслов и предчувствия удовольствия, количества времени пребывания за компьютером и материальных расходов, связанных с этим, волевых свойств, ощущений, получаемых во время проведения компьютерного досуга, ассоциативного характера восприятия получаемого удовольствия, влияния увлечения компьютером на социально-бытовые обязанности, роли социальных обязательств в повседневном быте, влияния компьютера на психофизическое состояние, режим сна и бодрствования. Отличительными признаками предложенного метода является использование промежуточных вариантов ответов, а именно – «редко» и «часто», как дополнительных оценочных критериев, присвоение баллов, например от 1 до 4, как показателей симптоматических проявлений компьютерной зависимости. Это выводит ожидаемые ответы к более достоверной области, содействует гибкой интерпретации состояния личности, поэтому позволяет дать объективный конечный результат.

Косвенным образом результаты тестирования позволяют выделить «группы риска» с признаками компьютерной зависимости с целью применения эффективных профилактических программ, которые направлены на предупреждение развития психических и поведенческих расстройств.

| № | Вопрос | (1 балл) - никогда | (2 балла) - редко | (3 балла) - часто | (4 балла) - очень часто |
|----|--|-----------------------|----------------------|----------------------|----------------------------|
| 1 | Как часто Вы ощущаете оживление, удовольствие, удовлетворение или облегчение, находясь за компьютером (в сети)? | | | | |
| 2 | Как часто Вы предвкушаете пребывание за компьютером (в сети), думая и размышляя о том, как окажетесь за компьютером, откроете определенный сайт, найдете определённую информацию, заведете новые знакомства? | | | | |
| 3 | Как часто Вам необходимо всё больше времени проводить за компьютером (в сети) или тратить все больше денег для того, чтобы получить те же ощущения? | | | | |
| 4 | Как часто Вам удаётся самостоятельно прекратить работу за компьютером (в сети)? | | | | |
| 5 | Как часто Вы чувствуете нервозность, снижение настроения, раздражительность или пустоту вне компьютера (вне сети)? | | | | |
| 6 | Как часто Вы ощущаете потребность вернуться за компьютер (в сеть) для улучшения настроения или ухода от жизненных проблем? | | | | |
| 7 | Как часто Вы пренебрегаете семейными, общественными обязанностями и учебой из-за частой работы за компьютером (пребывания в сети)? | | | | |
| 8 | Как часто Вам приходится лгать, скрывать от родителей или преподавателей количество времени, проводимого за компьютером (в сети)? | | | | |
| 9 | Как часто существует актуализация или угроза потери дружеских и/или семейных отношений, изменений финансовой стабильности, успехов в учёбе в связи с частой работой за компьютером (пребыванием в сети)? | | | | |
| 10 | Как часто Вы отмечаете физические симптомы, такие как: онемение и боли в кисти руки, боли в спине, сухость в глазах, головные боли; пренебрежение личной гигиеной, употребление пищи около компьютера? | | | | |
| 11 | Как часто Вы отмечаете нарушения сна или изменения режима сна в связи с частой работой за компьютером (в сети)? | | | | |

Оценка результатов:

До 15 баллов – 0% риска развития компьютерной зависимости;

16-22 балла – стадия увлеченности;

23-37баллов – риск развития компьютерной зависимости (необходимость проведения профилактических программ в последующем);

более 38 баллов – наличие компьютерной зависимости!

На сегодняшний день вопросы профилактики интернет-зависимости находятся в стадии разработки, но, что отрадно, темпы работы в данном направлении возрастают с каждым годом. Уже сейчас информационное законодательство Казахстана содержит около 300 нормативных актов, из них около 140 актов прямо или косвенно соотносятся с Интернет. Проведя анализ, хочется отметить некоторые слабые места существующего законодательства:

1. Правовой статус сети Интернет и сетевых ресурсов урегулирован законодателем достаточно слабо и несистематично. Не существует официальных правовых актов, закрепляющих основы взаимодействия пользователей сети между собой и в отношении провайдеров сети.

2. Применение Интернет-ресурсов регламентировано законом лишь в некоторых сферах деятельности, например рекламной деятельности, в сфере оборота ценных бумаг, игорного бизнеса, упрощенной системы налогообложения, образования и т.д.

3. Уделено внимание коммерческой составляющей Интернет-сегмента, а также соблюдению основных прав и интересов граждан РК, в том числе и как субъектов гражданских правоотношений, но остается неурегулированной социально-психологическая составляющая динамичных общественных отношений, возникающих в связи с использованием Интернета.

Таким образом, мы считаем, что государственная политика в отношении использования сети Интернет в целях сохранения психического здоровья нации должна основываться на следующих принципах:

1. Повышенное внимание к молодежному сектору пользователей сети Интернет как к категории, имеющей нестабильное психическое состояние, нуждающейся в постоянном самоутверждении и наиболее подверженной возникновению Интернет-зависимости.

2. Создание и форсированное применение технологий, способствующих уменьшению времени, которое пользователи тратят на свое нахождение в сети. Возможно использование опыта других государств в данной сфере, например, применение программного обеспечения, ограничивающего время нахождения в сети. Также в данный принцип необходимо включить государственный контроль и регламентацию деятельности компьютерных и Интернет-салонов.

3. Активная пропаганда в средствах массовой информации видов деятельности, являющихся альтернативой «сидению» в Интернете. Согласно исследованиям ученых, невозможно избавиться от какой-либо зависимости лишь путем отказа от нее. Необходимо заполнение образовавшегося временного и психологического вакуума другой деятельностью. Поэтому в плане профилактики предварительная пропаганда занятий спортом, общественной и другой деятельностью, способна сыграть роль предохранителя от сетевой зависимости.

Мы рекомендуем родителям использовать следующие стратегии для профилактики развития компьютерной зависимости:

1. Показывать личный положительный пример. Важно, чтобы слова не расходились с делом. И если отец разрешает сыну играть за компьютером не более часа в день, то и сам он не должен играть по три-четыре часа.

2. Ограничить время работы с компьютером, объяснив, что компьютер – не право, а привилегия, поэтому общение с ним подлежит контролю со стороны родителей. Резко запрещать работать на компьютере нельзя. Если ребенок склонен к компьютерной зависимости, он может проводить за ком-

пьютером два часа в будний день и три – в выходной. Обязательно с перерывами.

3. Предложить другие возможности времяпровождения. Можно составить список дел, которыми можно заняться в свободное время. Желательно, чтобы в списке были совместные занятия (походы в кино, на природу, и фа в шахматы и т.д.).

4. Использовать компьютер как элемент эффективного воспитания, в качестве поощрения (например, за правильно и вовремя сделанное домашнее задание, уборку квартиры и т.д.).

5. Обращать внимание на игры, в которые играют дети, так как некоторые из них могут стать причиной бессонницы, раздражительности, агрессивности, специфических страхов.

6. Обсуждать игры вместе с ребенком. Отдавать предпочтение развивающим играм. Крайне важно научить ребенка критически относиться к компьютерным играм, показывать, что это очень малая часть доступных развлечений, что жизнь гораздо разнообразней, что игра не заменит общения.

7. В случаях, если родители самостоятельно не могут справиться с проблемой, обращаться к психологам, в специализированные центры.

Как рассматривалось выше, в соответствии с терминологией ВОЗ, выделяют первичную, вторичную и третичную профилактику. Предупреждение развития патологического использования компьютеров относится к заданиям первичной профилактики. Она осуществляется по четырем основным направлениям и представляет, во-первых, широкую воспитательную работу среди молодежи, во-вторых, санитарно-гигиеническое воспитание населения, в-третьих – общественные мероприятия по работе с компьютерными технологиями, в-четвертых, административно-законодательные мероприятия.

Так, с учетом полученных данных о факторах риска развития данного расстройства и характеристики респондентов в начале формирования компьютерной зависимости нами были выделены следующие технологии первичной профилактической работы:

| Технологии | Характеристика |
|------------------------------|---|
| Информационные | публикации телефон доверия психологическая служба социальная поддержка |
| Образовательные | просветительские программы программы обучения родителей программы обучения педагогов, психологов, социальных работников программы обучения работников компьютерных клубов обучающие программы для учащихся школ, лицеев и колледжей |
| Занятости | клубная работа дополнительное обучение временное трудоустройство |
| Коррекции семейных отношений | формирование взаимоотношений, способствующих полноценному воспитанию ребенка общие интересы всех членов семьи, эмоциональная поддержка, психологическая защита |

Вышеизложенные данные позволяют нам сформировать представление о структуре и социальных условиях формирования интернет-зависимости, а также о причинах возникновения у несовершеннолетних компьютерной и игровой зависимости. Полученные результаты могут послужить основой для разработки профилактических и реабилитационных программ. Данные о причинах возникновения интернет-зависимости среди несовершеннолетних, последовательных этапах развития аддикций будут способствовать выбору и назначению адресных психокоррекционных программ, нацеленных на предупреждение возможного рецидива. Профилактическая работа должна проводиться на основе реализации принципов психологической реабилитации: партнёрства, разносторонности воздействий, ступенчатости, единства психосоциальных методов, принципа защищенности.

Принцип партнёрства основан на стимулировании активности ребёнка в процессе его развития. Это комплекс психолого-педагогических мер, направленных на решение проблемы выравнивания позиций учителя, взрослого и ребенка.

Принцип разносторонности воздействий основан не только на психолого-педагогической коррекции учебной деятельности и досуга несовершеннолетнего, но и на включении его в общественную деятельность, коррекцию взаимоотношений в семье.

Принцип ступенчатости основан на психопрофилактических методах, позволяющих ребёнку выстроить жизненную перспективу и «образ потребного будущего», исходя из самосознания своих потенциальных возможностей и ценностных ориентаций.

Принцип единства психосоциальных методов основан на решении профилактических и коррекционных задач преимущественно психолого-педагогическими средствами (специфическими психолого-педагогическими технологиями, формами и методами работы) с учетом индивидуальных психологических и физиологических особенностей как условий социального развития.

Принцип защищенности основан на создании условий для успешной социализации в направлении смыслообразующих ценностей. Психологически защитить ребенка – значит обеспечить ему возможность беспрепятственного прогрессивного присвоения культурно-исторических ценностей.

15. Заключение

Совершенно очевидно, что применение выражения «Болезнь легче предупредить, нежели лечить» по отношению к наркоманиям (токсикоманиям) и интернет-аддикции абсолютно оправданно. Основным критерием, объединяющим эти психические расстройства, является «управляемость» причинами, их вызывающими. Несомненно, что построение модели жизни детей и подростков, исключающей даже однократное употребление наркотических (токсических) веществ и излишнюю увлеченность компьютером, составляет основу профилактической работы в данном направлении. Необходимо еще

раз подчеркнуть, что главными действующими лицами в реализации первичной профилактики наркоманий и интернет-зависимости являются школьные психологи, социальные педагоги, классные руководители и, безусловно, родители. Авторы надеются, что информация, полученная при изучении данных методических рекомендаций, послужит подспорьем всем, кто стоит на страже психического здоровья детей и подростков.

16. Список использованной литературы

1. Алтухов Н.И., Галкин К.Ю. Зависимость от компьютерной виртуальной реальности // XIII съезд психиатров России: (материалы съезда). – М., 2000. – С. 285-286.
2. Войскунский А.Е. Групповая игровая деятельность в Интернете // Психол. журн. – 1999. – Т. 20, № 1. – С. 126-132.
3. Войскунский А.Е. Зависимость от Интернета: актуальная проблема // Журн. неврологии и психиатрии. – 2002. – № 3. – С. 79.
4. Войскунский А.Е. Общение, опосредованное компьютером // Автореф. дис... канд. психол. наук. – М., 1990. – 25 с.
5. Ережепов Н.Б., Кусаинов А.А., Прилуцкая-Сущенко М.В. Вопросы экспертизы опьянений: Методические рекомендации. – Павлодар, 2011. – 46 с.
6. Иванов М. Влияние ролевых компьютерных игр на формирование психологической зависимости человека от компьютера // Психол. журн. – 2003. – Т. 24, № 2. – С. 10-14.
7. Короленко Ц.П. Аддиктивное поведение, общая характеристика и закономерности развития // Обзор психиатрии и мед. психологии. – 1991. – № 3. – С. 8-15.
8. Лоскутова В.А. Интернет-зависимость – патология XXI века? // Вопр. ментальной медицины и экологии. – 2000. – Т. VI, № 1. – С. 11-13.
9. Лоскутова В.А. Результаты исследования Интернет-зависимости среди пользователей Рунета // Тез. докл. 61-й итог. науч. конф. студентов и молодых ученых. – Новосибирск, 2000. – С. 253.
10. Лоскутова В.А. Феномен Интернет-зависимости и психотерапевтические ресурсы // Тез. докл. весенней науч.-практ. конф. ОППЛ. – М., 2000. – С. 20-21.
11. Мельник Э.В. О природе болезней зависимости: (алкоголизм, наркомания, «компьютеромания» и др.). – О., 1998. – С. 134-159.
12. Павленко В.П. Психические и поведенческие расстройства в результате употребления опиоидов (опийная наркомания): Учебно-методическое пособие. – Актобе, 2006. – 152 с.
13. Пятницкая И.Н. Наркомании: руководство для врачей. – М.: Медицина, 1994. – 544 с.
14. Руководство по аддиктологии / под ред. проф. В.Д. Менделевича. – СПб.: Речь, 2007. – 768 с.
15. Руководство по наркологии / под редакцией Н.Н. Иванца. – М.: ИД Медпрактика-М, 2002. – Т. 2. – 504 с.

16. Рыбальский М.И. Иллюзии, галлюцинации, псевдогаллюцинации. // 2-е изд. перераб. и доп. – М.: Медицина, 1989. – 368 с.
17. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Преодоление эмоционального стресса подростками: модель исследования // Обозр. психiatr. и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. – 1993. – С. 53-61.
18. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Профилактика наркомании и алкоголизма: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – М.: Издат. центр «Академия», 2003. – 176 с.
19. Славина Т.Ю., Масалов Д.В., Гриненко А.Я., Шабанов П.Д. Определение наркотического опьянения: Методическое пособие для учителей, социальных работников, комиссий и инспекций по делам несовершеннолетних // Изд. 2-е, переработ. и доп. – Ново-Девяткино: ЛОНД, 2003. – 24 с.
20. Тиганов А.С., Снежневский А.В., Орловская Д.Д. и др. Руководство по психиатрии / под ред. А.С. Тиганова. В 2-х т. – М.: Медицина, 1999. – Т. 2. – 784 с.
21. Чудова И.В. Особенности образа «Я» «жителя Интернета» // Психологический журнал. – 2000. – Т. 22, № 1. – С. 53.
22. Шабанов П.Д. Наркология: руководство для врачей. – М.: Геотар-Мед, 2003. – 560 с.
23. Шабанов П.Д. Основы наркологии. – СПб.: Лань, 2002. – 560 с.
24. Шабанов П.Д., Штакельберг О.Ю. Наркомании: патопсихология, клиника, реабилитация / Под ред. А.Я. Гриненко. – СПб.: Лань, 2000. – 368 с.
25. Юрьева Л.Н., Больбот Т.Ю. Компьютерная зависимость: формирование, диагностика, коррекция и профилактика. – Днепропетровськ: «Пороги», 2006. – 192 с.
26. Beard K., Wolf E. Modification in the proposed diagnostic criteria for Internet addiction // *Cyberpsychol. Behavior.* – 2001. – Vol. 4, N 3. – P. 377-383.
27. Goldberg I. Internet addiction disorder // *CyberPsychol. Behavior.* – 1996. – Vol. 3, N 4. – P. 403-412.
28. Glodauer W. Die neuen Medien veraendern die Kindheit. – Weinheim, 1993. – 78 p.
29. Hubbard B.G. Internet abuse: What is it doing to our families and what do professionals need to know? // *Ohio Psychologist.* – 1998. – N 6. – P. 25-28.
30. Orzack M.H. How to recognize and treat computer.com addiction // *Clin. Counseling Psychol.* – 1999. – Vol. 9, № 2. – P. 124-130.
31. Orzack M.H., Orzack D.S. Treatment of Computer Addicts with Complex Co-Morbid Psychiatric Disorders // *CyberPsychol. Behavior.* – 1999. – Vol. 2, N 5. – P. 53-57.
32. Young K.S. Caught in the Net. How to Recognize the signs of Internet Addiction – And a Winning strategy for Recovery. – New York: John Wiley and Sons, Inc., 1998. – 55 p.
33. Young K.S. Psychology of computer use: XL. Addictive use of the internet: a case that breaks the stereotype // *Psychological reports.* – 1996. – N 79. – P. 899-902.

34. Young K.S. The center for on-line addiction – frequently asked questions // Psychol. Reports. – 1999. – N 93. – P. 356-360.
35. Young K.S. What makes the Internet Addictive: potential explanations for pathological Internet use // CyberPsychology and Behavior. – 1999. – № 1. – P. 56-60.
36. Young K.S., Pistner M. et al. Cyber disorders: the mental health concern for the new millennium //Cyber-Psychol. Behavior. – 1999. – Vol. 3, N 4. – P. 475-479.
37. Young K.S., Rodgers R.C. Internet addiction: personality traits associated with its development // CyberPsychol. Behavior. – 1998. – Vol. 2, N 1. – P. 46-51.
38. Young K.S., Vande Creek L., Jackson T. Evaluation and treatment of Internet addiction // Innovations in clinical practice: A source book. – 1999. – P. 19-31.