

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ КАЗЕННОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«УФИМСКИЙ ЮРИДИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ
МИНИСТЕРСТВА ВНУТРЕННИХ ДЕЛ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»

В. Л. Линевич, Э. Р. Исхаков, З. Р. Мансурова

**ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ
ЗАЩИЩАЕМЫХ ЛИЦ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ**

Учебное пособие

*«Допущено Министерством внутренних дел Российской Федерации
в качестве учебного пособия для курсантов и слушателей
образовательных организаций высшего образования системы
МВД России, сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации»*

Уфа 2020

УДК 159.9
ББК 88.52
Л59

*Рекомендовано к опубликованию
редакционно-издательским советом Уфимского ЮИ МВД России*

Рецензенты: кандидат психологических наук, доцент О. Г. Кравцов
(Московский университет МВД России имени
В. Я. Кикотя);
кандидат психологических наук, доцент А. А. Таганова
(Краснодарский университет МВД России);
кандидат психологических наук М. Г. Рябова (Уральский
институт МВД России);
Д. В. Малков (Управление по обеспечению безопасности
лиц, подлежащих государственной защите МВД России)

Линевич, В. Л.

Л59 Психологическое сопровождение защищаемых лиц с алкогольной
зависимостью : учебное пособие / В. Л. Линевич, Э. Р. Исхаков,
З. Р. Мансурова. – Уфа : Уфимский ЮИ МВД России, 2020. – 63 с.
Текст: непосредственный.

ISBN 978-5-7247-1021-3

Учебном пособии проведен анализ психологического сопровожде-
ния лиц с алкогольной зависимостью, подлежащих государственной защи-
те, предложены пути совершенствования данного вида деятельности.

Предназначено для обучающихся образовательных организаций
МВД России, сотрудники органов, организаций, подразделений МВД Рос-
сии.

УДК 159.9
ББК 88.52

ISBN 978-5-7247-1021-3

© Линевич В. Л., 2020
© Исхаков Э. Р., 2020
© Мансурова З. Р., 2020
© Уфимский ЮИ МВД России, 2020

Оглавление

Введение	4
Глава I. Формы психической зависимости	
§ 1.1. Понятие и виды зависимого поведения	6
§ 1.2. Исторические аспекты формирования зависимости	7
§ 1.3. Признаки зависимого поведения	9
§ 1.4. Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости	13
§ 1.5. Психосоциальные и личностные причины формирования психической зависимости	15
Глава II. Психологическая коррекция аддиктивных форм поведения лиц, в отношении которых осуществляются меры государственной защиты	
§ 2.1. Методы психологической коррекции аддиктивных форм поведения	23
§ 2.2. Методы психологической помощи защищаемым лицам с отклоняющимися формами поведения	29
§ 2.3. Практические рекомендации сотрудникам подразделений государственной защиты по общению с защищаемыми лицами	36
Глава III. Психологические особенности лиц с алкогольной зависимостью	
§ 3.1. Алкоголизм как форма аддиктивного поведения	49
§ 3.2. Основные понятия и критерии диагностики алкоголизма у лиц, подлежащих государственной защите	53
§ 3.3. Лечение лиц с алкогольной зависимостью	56
Заключение	59
Литература	60

ВВЕДЕНИЕ

Психологическое обеспечение лиц, подлежащих государственной защите, в процессе осуществления мер безопасности является одним из основных вопросов современной деятельности подразделений по обеспечению безопасности данной категории лиц. Выделяют следующие психологические проблемы осуществления мер безопасности в отношении защищаемых лиц: организацию взаимодействия сотрудников с защищаемым лицом, осуществление личной охраны, обеспечение конфиденциальности¹, обоснование переселения на другое временное или постоянное место жительства, участие в уголовном судопроизводстве лиц с алкогольной, наркотической или иной зависимостью². Последняя из перечисленных задач предполагает своевременную психологическую диагностику психического состояния лиц, коррекцию деструктивных форм поведения. Данная психологическая помощь представляет известную трудность, поскольку психологи (сотрудники, выполняющие функции психологов) подразделений по обеспечению безопасности лиц, подлежащих государственной защите³, не являются психиатрами-наркологами. Зависимые формы поведения нередко носят латентный характер, проявляются в экстремальных, стрессовых ситуациях.

Следует отметить, что в настоящее время наблюдается тенденция увеличения числа лиц, имеющих пограничные (непсихотические) и психотические личностные расстройства, многие из которых ранее не обращались за психотерапевтической или наркологической помощью. При этом сотрудники подразделений по обеспечению безопасности лиц, подлежащих государственной защите, не всегда имеют полный объем информации о личностных особенностях, включая алкогольную, наркотическую или иную зависимость защищаемого лица. Осуществление мер безопасности в отношении данной категории лиц требует достаточной компетенции, включающей методы диагностики, психологической коррекции, принципы лечения алкоголизма, наркомании, токсикомании и других форм психической и физической зависимости. Вопросы, касающиеся разработки проблемы осуществления мер безопасности в отношении защищаемых лиц,

¹ О деятельности органов внутренних дел по обеспечению безопасности лиц, подлежащих государственной защите, в современных условиях: экспресс-информация. Выпуск 6. Домодедово: ВИПК МВД России, 2014.

² Опыт организации работы по защите свидетелей Государства Израиль и Словацкой Республики (по материалам XI Международного практического учебного курса для российских специалистов по вопросам защиты свидетелей в рамках уголовного судопроизводства): экспресс-информация. Выпуск 10. Домодедово: ВИПК МВД России, 2014.

³ Далее – психолог.

были отражены в ряде работ¹. Однако специализированных пособий, ориентированных на совершенствование деятельности подразделений государственной защиты на основе учета негативного влияния со стороны защищаемых лиц с зависимым алкогольным поведением на эффективность применяемых в отношении них мер безопасности, на сегодняшний день нет. Учитывая большое количество видов личностных расстройств в форме зависимостей, каждое из которых характеризуется своим спектром причин и условий возникновения, спецификой проявления и, как следствие, особым комплексом диагностики и профилактики зависимого поведения, в рамках данного учебного пособия будут рассмотрены аспекты формирования, диагностики и профилактики зависимого поведения на примере алкогольной зависимости. Целью данной работы является анализ причин формирования алкогольной зависимости, выработка рекомендаций по диагностике и методам профилактики деструктивного поведения у лиц, страдающих алкоголизмом, подлежащих государственной защите.

Представленные материалы могут использоваться для формирования следующих профессиональных компетенций (далее – ПК) в оперативно-служебной деятельности: способности применять при решении профессиональных задач психологические методы, средства и приемы (ПК-20); способности выполнять профессиональные задачи в особых условиях, чрезвычайных обстоятельствах, чрезвычайных ситуациях, в условиях режима чрезвычайного положения и в военное время, оказывать первую помощь, обеспечивать личную безопасность и безопасность граждан в процессе решения служебных задач (ПК- 23).

Структура работы включает введение, три главы, заключение и список использованных источников. Первая глава посвящена изучению понятия и форм психической зависимости; краткому историческому экскурсу формирования алкогольной и наркотической зависимости; психосоциальным и личностным аспектам формирования алкогольной зависимости. Во второй главе рассмотрены методы психологической коррекции и психологической помощи лицам с аддиктивными формами поведения, включая лиц с алкогольной зависимостью; раскрыты методы психологической помощи защищаемым лицам с алкогольной зависимостью. В третьей главе отражены формы аддикции при алкоголизме, критерии диагностики алкогольной зависимости и основные стандарты лечения данной категории лиц.

¹ Таганова, А. А. Вопросы психологического обеспечения оперативно-служебной деятельности подразделений государственной защиты. Краснодар: КрУ МВД России, 2012.

Глава I. ФОРМЫ ПСИХИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ

§ 1.1. Понятие и виды зависимого поведения

Термин «психическая зависимость», как правило, ассоциируется с наркоманией или алкоголизмом. Но это только два вида наиболее изученных из обширного списка разновидностей психической зависимости, включающих в себе непреодолимую, болезненную, обсессивную (навязчивую) тягу к желанному человеку, объекту или предмету, предполагающих возможность удовлетворения доминантного желания или компенсаторной поведенческой реакции. Психология зависимости – это основная проблема на пути самореализации личности, существенно ограничивающая возможности самореализации человека. Она похищает время и здоровье, разрушает планы, мечты и надежды, убивает не только счастье, но и саму жизнь человека¹.

На сегодняшний день основных форм психической зависимости известно около двадцати. Специалисты делят их на две группы: эмоциональные и химические. Эмоциональные зависимости включают следующие виды – азартные игры, экстрим-развлечения, интернет-зависимость, селфи, шоппинг, вещизм, трудоголизм, любовь-ревность и другие. К химическим формам зависимости относят – алкоголизм, наркоманию, токсикоманию, табакокурение, неумеренное потребление содержащих кофеин напитков, богатых углеводами продуктов (сладости) и ряд других.

Человек может стать жертвой не только собственных злоупотреблений, но и созависимости. Речь идет о специфической форме сближения с близким кругом людей. Подобные связи ограничивают возможности саморазвития едва ли не больше, чем страсть к алкоголю, наркотикам или сладкому. Характер взаимоотношений, «паутина» семейных и дружеских созависимостей формируют специфический мир интимных отношений, привязанностей и ненависти, любви и ревности, дружбы и подлости. При этом человек нередко не склонен осознавать форму и степень своей несвободы. Болезненные привязанности и пристрастия – первопричины многих заболеваний и межличностных конфликтов. Обществу они наносят ущерб, сопоставимый с последствиями природных, техногенных катаклизмов, эпидемий, болезней.

Исследователи утверждают, что болезненные зависимости, вредные привычки уносят больше жизней, чем преступления и войны вместе взятые. Тем не менее стандарты социума навязывают массу опасных стереотипов и порочных идеалов. Реклама на телевидении, в Интернете нахваливает источники стойких зависимостей: энергетические напитки, лекарства, гаджеты. Агрессивная реклама лишает человека способности мыслить, делает несамостоятельным, безответственным, легкоуправляемым, заставля-

¹ URL: <http://www.rostduha.ru/psixologiya-zavisimosti>.

ет забыть о более важных жизненных ценностях. Вместо психологически зрелого самоконтроля приходит «инфантильное» самооправдание своих слабостей: «Я достоин лучшего!», «Чем я хуже других?», «Я должен себе это позволить!»¹.

Психическая зависимость – это разрушение естественных способностей к регуляции психики и их замена употреблением ПАВ (психоактивные вещества, такие как алкоголь, наркотики). Психическая зависимость образуется по принципу порочного замкнутого круга: психологические проблемы и сложности в их решении → употребление ПАВ для их решения → временное облегчение → разрушение способностей решать психологические проблемы и накопление этих проблем.

Зависимость – это, как уже говорилось, особая форма рабства, в которую человек попадает как по собственному желанию, так и вне зависимости от него. Зависимость ограничивает развитие человека, приводит к личностным катастрофам, многочисленным соматическим заболеваниям и психическим расстройствам. Различные формы зависимости – алкогольная, наркотическая, никотиновая, игровая и другие – в концепции отклоняющегося поведения обозначаются термином «аддиктивное поведение» (с англ. – «пагубная привычка», «склонность»). Данная проблема касается практически каждого из нас, т. к. большинство людей имеют или личный опыт зависимого поведения, или сталкивались с зависимым поведением близких, друзей, знакомых.

§ 1.2. Исторические аспекты формирования зависимости

Процесс распространения психоактивных веществ включает следующие этапы. Первое упоминание о потреблении алкоголя (вина, пива) известно историкам из египетских папирусов, датированных третьим тысячелетием до н. э. Врачеватели в Египте начиная с V века до н. э. для обезболивания и наркоза применяли одурманивающие (психотропные) вещества. В музее Каира находится мумия девочки (малолетней принцессы), датированная XIV веком до н. э. Исследователи обнаружили в ротовой полости принцессы следы опиума – результата лечения тяжелого заболевания, приведшего к смерти или передозировке малолетней наркоманки. К этому же периоду относятся шаманские ритуалы, обряды богослужения, включающие вдыхание паров наркотических веществ. Так, скифы в V веке до н. э. садились вокруг костра и, вдыхая дым конопли, рассыпанной на тлеющие камни, доводили себя до наркотического опьянения. Древнегреческая традиция пить виноградное вино (сухое, разведенное пополам водой) сохранилась в Греции до сих пор. По законам Римской империи пить алкоголь разрешалось мужчинам старше 35 лет. Древнеримский врач Гален в I–II веке н. э. ввел опий в медицинскую практику, считая его приме-

¹URL: http://www.Psyhodisease.ru/psixologicheskaya_zavisimosti.htm.

нение панацеей от многих болезней. В Средней Азии из конопли делали гашиш, который не только курили, но и добавляли как приправу (лекарство) в пищу. На Руси традиционно варили и пили слабоалкогольные напитки (пиво, сидр, медовуха) лишь по большим праздникам.

В VIII веке арабский алхимик для изготовления и применения этилового спирта в медицинских целях изобрел самогонный аппарат. В XV веке в Россию завезли 20 % водку – «белое вино», хотя с конца XIV века и до XVI века на территории, завоеванной татаро-монголами, существовал запрет на потребление крепких алкогольных напитков. В период правления Петра I началось не только спаивание приближенных на регулярно устраиваемых пирушках (ассамблеях), но и «борьба» с пьянством, выражающаяся в обязанности носить на шее пятикилограммовую чугунную медаль «За пьянство».

Христофор Колумб в 1492 году, высадившись на Кубе, открыл не только Америку, но и курительный табак туземцев, что послужило пандемией курения табака (никотиновой зависимости) в Европе и Азии. Все предпринимаемые в последующем попытки запрета курения табака были безрезультатными, а в ряде случаев – катастрофическими. Так, запрет курения табака в Китае в XVII веке спровоцировал распространение опия. В последующем курение опия также было запрещено, но опиная и никотиновая зависимости стали привычкой большей части населения Китая, спровоцировали череду «опийных войн» и в конечном итоге привели к легализации опиной торговли, выращиванию опиного мака.

В XVII веке в Европе и Америке стали повсеместно употреблять кофе, какао, чай и рафинированный сахар, производимый из сахарного тростника. Очередное повышение цен на чай в 1773 году вызвало массовые беспорядки в Америке, получившие название «Бостонское чаепитие». Американские колонисты в Бостонском порту утопили суда с чаем, что считается историками одной из причин разрыва отношений с Британией и создания США. В результате начиная с XIX века в Европе стали выращивать сахарную свеклу, а шоколад, сладости на основе сахара, чай и кофе стали самыми распространенными стимуляторами.

В начале XIX века немецкий фармацевт из мака синтезировал опий и назвал его в честь древнегреческого бога Морфея морфием. В 1865 году была изобретена игла для подкожных инъекций, что стало началом повсеместного употребления морфия как снотворного, болеутоляющего препарата и как средство для наркоза. В СССР настойку опия можно было купить в аптеке без рецепта до 60-х годов XX века.

В 30-х годах XX века швейцарский химик Альберт Хоффман синтезировал галлюциноген – ЛСД (диэтиламид лизергиновой кислоты), а в 50-х годах XX века начались исследования его терапевтического воздействия. Несмотря на отрицательные результаты, ЛСД как средство «расширения сознания» широко рекламировался художниками, писателями и другими

представителями богемы. Началась «психоделическая революция» 60-х годов XX века. В этот же период сотрудник американской фармацевтической компании «Байер» Генри Дрезден, обработав уксусным ангидридом морфин, получил, как он думал, новое средство от кашля – героин. Проведенные клинические исследования выявили его опасные аддиктивные свойства и последствия, героин был изъят из врачебной практики, но было уже поздно, наркотики получили еще один «товар», вызывающий зависимость¹. Исторические этапы лекарственной зависимости, появившейся в результате химических и медицинских исследований, представлены в таблице 1.

Таблица 1

Исторические этапы распространения лекарственной зависимости

№ п/п	Открытый психотропный препарат	Цель применения психоактивного вещества
1	Препараты на основе опийного мака	Для оглушения при болевом синдроме
2	Барбитураты	В качестве снотворного при нарушениях сна
3	Анальгетики	При болевом синдроме любой этиологии
4	Психостимуляторы	В качестве стимуляторов физической и психической активности
5	Транквилизаторы	При тревожном синдроме любой этиологии
6	Галлюциногены	В рамках психолитической и психоделической терапии

Таким образом, можно констатировать, что лекарственная зависимость возникла и формируется как результат химических и медицинских исследований (открытий) и последующего неконтролируемого применения психотропных препаратов, что является следствием «сделки» государства и аддикта (лица, страдающего психической зависимостью)². По оценкам экспертов, на сегодняшний день в России страдают лекарственными и иными формами зависимости более 30 млн человек³.

§ 1.3. Признаки зависимого поведения

Зависимость можно рассматривать как специфическую форму адаптации к сложной жизненной ситуации, проявляющуюся в виде бегства от проблем в мир иллюзий, не изменяющих реальность, но существенно меняющих человека, выбравшего такое поведение, и с течением времени порождающую еще новые проблемы. Человек перестает контролировать поведение, эмоции и чувства. Объект зависимости определяет его существо-

¹ Старшенбаум, Г. В. Аддиктология. Психология и психотерапия зависимостей. М.: Когнито-Центр, 2006. С. 8–10.

² Там же. С. 10.

³ Там же. С. 11.

вание и в итоге разрушает его жизнь. В реальной жизни наиболее распространенными формами зависимости принято считать:

- алкогольную, наркотическую, токсикоманическую, лекарственную зависимость и курение (химические зависимости);
- нарушения (девиации) пищевого поведения – переедание, голодание, отказ от еды;
- сексуальные девиации (некрофилия, зоофилия, педофилия, геронтофилия и др.);
- религиозные деструктивные культы (секты и течения, не признаваемые традиционными религиями);
- игровую зависимость (гэмблинг, компьютерная зависимость, др.)¹.

Выделяют признаки, общие для всех видов зависимостей. Наличие трех из них у человека уже является критерием психической зависимости: систематически возникающие или постоянные в течение дня мысли об определенном виде деятельности; неспособность получать удовольствие от других сторон жизни; неспособность останавливаться или прекращать (контролировать) данную деятельность, даже понимая ее деструктивный характер; раздражительность, агрессия, беспокойство при попытке пресечь данное поведение; нервное напряжение, чувство тревоги при прекращении данного поведения на время; использование зависимости во избежание ответственности; преувеличение или ложь при рассказе о проявлении этого поведения, приуменьшение значимости имеющихся на фоне данного поведения проблем для себя и окружающих; перепады настроения в диапазоне от эйфории до чувства вины, стыда, депрессии на фоне приема психоактивных веществ или вынужденного воздержания от их потребления².

Алкоголизм как форма химической зависимости (аддикции), по определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), – это психосоматическое состояние, являющееся следствием повторного употребления психоактивного вещества. Алкогольная зависимость характеризуется стремлением к уходу от реальности путем искусственного изменения своего психического состояния, развития и поддержания яркого эмоционального фона посредством приема алкоголя. Выделяют следующие пять этапов развития алкогольной зависимости:

- 1) человек открывает для себя способ сравнительно легко менять свое психическое состояние;
- 2) формируется привычка использовать его в «трудные жизненные моменты»;
- 3) аддиктивное поведение (прием алкоголя) становится частью его личности и не подлежит критике;

¹ URL: <http://www.mp-34.ru/publication/psychoanalysis/psihologiya-zavisimostey.htm>.

² Там же.

4) алкогольная зависимость личности начинает полностью определять его жизнь;

5) нарушаются биологические процессы в организме, разрушается психика, наступает полная деградация личности¹.

Классификация поведенческих расстройств основана на психопатологическом (медицинском) и возрастном критериях, включает значительный перечень отклонений, проявляющихся в различных формах: от алкогольной, никотиновой кофеиновой и иных пристрастий до зависимого расстройства личности.

В соответствии с ними выделяются поведенческие нарушения, соответствующие диагностическим критериям, достигающие уровня психических расстройств (таблица 2).

Чем больше у человека психологических проблем, чем меньше у него развита способность их решать, тем более он предрасположен к зависимости. Принято выделять следующие основные стадии формирования зависимости:

0-я стадия – отсутствие психологической зависимости. У человека нет потребности в употреблении алкоголя (ПАВ) для регуляции психики и решения своих психологических проблем.

1-я стадия – встраивание алкоголя (ПАВ) в систему регуляции психики. Человек предпочитает употреблять его для решения некоторых психологических проблем (хотя может их решить без употребления алкоголя). Возрастают положительные эффекты от употребления. Негативные последствия незаметны.

2-я стадия – неспособность регулировать психику без алкоголя (ПАВ). У зависимого разрушается способность решать некоторые психологические проблемы без употребления – употребление становится вынужденным. Уменьшаются положительные эффекты от употребления до полного исчезновения. Возрастают негативные последствия употребления.

3-я стадия – разрушение личности. Накапливается количество психологических проблем, личность деградирует до такого состояния, что употребление алкоголя уже не решает никаких психологических проблем. Употребление становится необходимостью, но при этом не приносит облегчения (точка невозврата)².

¹ Старшенбаум, Г. В. Указ. соч. С. 67.

² URL : <http://www.mp-34.ru/publication/psychoanalysis/psihologiya-zavisimostey.html>.

Таблица 2

Классификация поведенческих расстройств по МКБ-10¹/ICD-IV(ICD-5)²

Группы психических расстройств	Формы проявления
Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ (F1)	– алкоголя (F10); – опиоидов (F11); – каннабиоидов (F12); – седативных ³ и снотворных веществ (F13); – кокаина (F14); – стимуляторов, включая кофеин (F15); – галлюциногенов (F16); – табака (F17); – летучих растворителей (F18); – сочетанного употребления наркотических и других психоактивных веществ (F19)
Невротические и соматоформные расстройства, вызванные стрессом (F4)	– тревожно-фобические расстройства (F40); – обсессивно-компульсивные (F42); – острая реакция на стресс (F43.0); – посттравматические стрессовые расстройства (F43.1); – расстройства адаптации (F43.2)
Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и влиянием физических факторов (F5)	– расстройства приема пищи, включая анорексию, булимию, переедание (F50); – расстройства сна (F51); – злоупотребление веществами, не вызывающими зависимость (физическую), включая антидепрессанты, слабительные, анальгетики, средства, снижающие кислотность, витамины, стероидные гормоны, лекарственные (сборы) травы (F55)
Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых (F6)	– зависимое расстройство личности (F60.7); – хроническое изменение личности после пережитой катастрофы (F62.0); – расстройства привычек и влечений (F63)
Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте (F9)	– ограничивающиеся условиями семьи (F91.0); – несоциализированные (F91.1) – социализированные расстройства поведения (F91.2); – оппозиционно-вызывающие расстройства (F91.3)

¹ Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. СПб.: Изд-во «Адис», 1994. С. 25–39

² В Международной классификации болезней (11-го пересмотра/ICD-5) расстройства, связанные с приемом психоактивных веществ и аддиктивные состояния, объединены в одну диагностическую группы. URL : <http://www.psychiatry.org/dsm5>

³ Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. СПб.: Изд-во «Адис», 1994. С. 25. Препараты, снижающие тревогу, нервно-психическое напряжение.

§ 1.4. Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости

С позиции теории социализации поведение человека в процессе жизнедеятельности не является предопределенным¹. Становление личности осуществляется посредством усвоения социокультурного опыта и выработки способов структурированной жизни внутри общества, что включает феномен инициации, решающей важную психосоциальную задачу – переход из детства и отрочества во взрослую жизнь. Незавершенность или избегание процесса инициации может проявляться в агрессивности, попытках разрушить существующие нормы и правила; различных формах саморазрушения, включая самоубийство; активном неприятии окружающей действительности, делинквентных формах поведения или психотических состояниях (психических расстройствах); пассивном неприятии окружающей действительности, выражающемся в депрессивно-невротических состояниях, наркомании, алкоголизме. Инициация позволяет индивиду реализовать свою сущность, встроиться в систему общественных отношений. Девиантное поведение возникает при нарушении процесса психосоциального развития.

Причинами формирования отклоняющихся форм поведения могут быть:

- 1) генетическая предрасположенность как результат деградации в период беременности, родов, младенчества (хромосомные aberrации);
- 2) нарушения психического развития, проявляющиеся в отставании в психическом развитии, слабоумии, психопатии;
- 3) нарушения процесса реализации генетических предпосылок – сенсорно-моторная или эмоциональная депривация (недостаточная тактильная забота и эмоциональная теплота);
- 4) недоступность культурно-исторического опыта человечества, бедность культурной среды обитания (конфликт между нормами культуры);
- 5) нарушения процесса усвоения опыта (трудности взросления в подростковом возрасте);
- 6) неадекватность личности родителей, транслирующих социальный опыт, игнорирование индивидуальных особенностей ребенка, нарушение социальных правил культурного общения².

Процесс социализации человека предполагает определенную активность, включая формирование ценностных ориентаций, отражающих отношение человека к материальным, моральным и духовным ценностям, декларируемым обществом. Ценностные ориентации реализуются в идеалах, убеждениях, интересах и иных проявлениях личностной активности (социальной компетентности).

¹ Старшенбаум, Г. В. Указ. соч. С. 33.

² Там же. С. 68–72.

Согласно теории деформации идентичности Э. Фромма современный человек совершенствует окружающий мир быстрее, чем себя, свое сознание и, как следствие, не способен интегрироваться в социум, что приводит к частичной или полной зависимости от социального окружения. Идентичность – это феномен психического отражения реальности, включающий индивидуальный и коллективный уровни, онтогенетические и социогенетические основания (предпосылки формирования). Деформация идентичности может проявляться в кризисе или утрате идентичности. По мнению Э. Фромма, «современное общество одновременно воздействует на человека в двух направлениях: он все более независим, критичен, уверен в себе, но при этом более изолирован, одинок и напуган. Правила социальной игры провозглашают независимость и одновременно отнимают ее, не учитывая данное противоречие¹. Кризис или утрата идентичности, как считает Э. Фромм, могут проявляться в мазохизме, эгоцентризме или маргинальности, включая алкогольную или наркотическую зависимость. Для данной категории лиц свойственны: несформированность ценностных жизненных критериев или их распад, склонность к авантюризму, надежда на случай, недоверие даже к самому себе. Для них прошлое и будущее слабо связано, а настоящее – не актуально. Семья, здоровье свое и близких не являются значимыми критериями их жизни. Наркотическая и алкогольная зависимость в форме утраты идентичности – это процесс необратимых деструктивных изменений личности, разрушение основных смысловых образований (утрата смысла жизни)².

Теория (концепция) зависимой личности утверждает, что любое зависимое поведение детерминируется внутренними факторами, внешние факторы играют роль условий, а не причин возникновения зависимости. Химическая зависимость (алкоголизм, наркомания, токсикомания, никотинизм), игровая зависимость (гемблинг, интернет-зависимость), сексуальные девиации³, зависимость от еды, от идеи (фанатизм) формируются на базе индивидуально-личностных качеств личности в процессе социализации даже без внешних факторов (инициаторов). Исследователи считают, что в основе подобного поведения лежат доболезненные (предпатологические) личностные особенности (психический инфантилизм), в силу чего у индивида и сформировалась соответствующая форма зависимости⁴.

Б. Линдберг выделял следующие основные характеристики зависимой личности:

¹ Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности. СПб.: Питер, 1997, С. 248–251.

² Шнейдер Л. Б. Девиантное поведение детей и подростков. М.: Академический Проект, 2005. С. 51–61.

³ Нарушения, отклонения от нормы.

⁴ Менделевич В. Д., Сиволап Ю. П. Наркология: учебник. Ростов н/Д.: Феникс, 2017. С. 30–31.

1) детская логика, несовершенство мышления, тенденции к «игровому» поведению, «ложное» чувство стыда;

2) повышенная внушаемость, импульсивность, стремление к подражанию, эгоцентризм, слабость волевых установок, легкая отвлекаемость, лабильность настроения, непреодолимое влечение к удовольствию, живое воображение;

3) неуверенность, стеснительность, робость, склонность к скрупулезности, навязчивость, повышенная истощаемость;

4) наивность, снижение внимания и усидчивости, добродушие;

5) тенденция к непродуманным и своеобразным действиям, склонность к коллекционированию и накопительству, kleptomания, сексуальные перверзии¹.

По мнению ряда исследователей, одной из основных черт зависимой личности является инфантилизм, который характеризуется внушаемостью и подражательностью, прогностической некомпетентностью, ригидностью и упрямством, наивностью, простодушием и чувственной непосредственностью, любопытством и поисковой активностью, максимализмом, эгоцентризмом, ярким воображением, впечатлительностью, склонностью к фантазиям, нетерпеливостью, склонностью к риску, страхом быть покинутым².

§ 1.5. Психосоциальные и личностные причины формирования психической зависимости

В современном обществе широко разрекламированы легкие способы немедленного получения удовольствия как стиля жизни, что способствует формированию аддиктивного поведения, обедняющего эмоции, обесценивающего мотивацию работать, учиться и развиваться, способствующего стереотипности досуга, сводя его к просмотру развлекательных телепередач, Интернет-зависимости, компьютерным играм, алкоголю, наркотикам, «быстрому» сексу. Социальные корни психической зависимости были открыты в 1954 году американским нейрофизиологом Джеймсом Олдсом, обнаружившим в головном мозге центры удовольствия, воздействие на которые вызывает эйфорию. Их предназначение – формировать полезное адаптивное поведение и снимать сильную боль. Исследователи предполагают, что у лиц с предрасположенностью к психической зависимости данные центры не активизируются в повседневной жизни, что приводит к «синдрому дефицита удовольствия» и проявляются в постоянной скуке, поиске «острых ощущений», гиперактивности, агрессивности, лживости,

¹ Нарушения сексуальной ориентации, предпочтений.

² Менделевич В. Д., Сиволап Ю. П. Указ. соч. С. 52–64.

негативизме¹ и непослушании. Гиперактивность (синдром дефицита внимания СДВГ) – это нарушение работы центральной нервной системы ребенка, характеризующееся трудностями концентрации и удержания внимания, нарушениями обучения, импульсивностью и чрезмерной активностью². Основными причинами гиперактивности являются:

1) генетическая предрасположенность (дети болеют СДВГ в 30 % случаев, если данное расстройство наблюдалось у родителей), при этом диагноз гиперактивности ставится мальчикам в три раза чаще, чем девочкам, следовательно, можно предположить, что виновником непослушания ребенка или «источником порочных генов» является отец;

2) несовместимость родителей и ребенка по резус-фактору;

3) патология беременности и родовые травмы. Недостаток кислорода, вызванный маленьким количеством прогулок на свежем воздухе, нервные срывы и переживания, связанные с ежедневными житейскими трудностями, перенесение инфекционных заболеваний, прием лекарств, травмы живота, курение и употребление алкоголя, травмы позвоночника и других важных органов ребенка при родах могут стать причиной психических отклонений новорожденного;

4) тяжелые инфекционные и вирусные заболевания (корь, дифтерия, паротит, коклюш, астма, пневмония, грипп и др.), перенесенные ребенком в младенческом возрасте, вызывающие поражение нервной системы;

5) травмы, инфекционные болезни с высокой температурой в первые годы жизни отрицательно влияют на формирование нервной системы ребенка, т. к. мозг проходит основной период формирования до 12 лет;

6) неправильное питание детей с первых лет жизни: консерванты, пищевые красители, ароматизаторы, искусственные наполнители, заменители (фастфуд, чипсы, газированные напитки, мороженое, конфеты, печенье, пицца, шоколадные батончики) негативно влияют на нейрохимические процессы, протекающие в организме детей;

7) домашний климат. Отношения в семье между родителями играют важнейшую роль в формировании личности ребенка и влияют на его психическое развитие. В отличие от взрослых, которые умеют логически думать и анализировать события, дети воспринимают мир вокруг себя на уровне эмоций. Даже скрытые негативные чувства между родителями ощущаются ребенком и вносят свою «корректировку» в его психику. Скандалы, крики, воспитание ребенка в атмосфере ненависти и злобы, драк и пьянства влияют на развитие у ребенка психических расстройств, включая зависимости³.

¹ Негативизм в психологии – это протест, состояние, при котором человек отказывается придерживаться сложившихся социальных устоев и норм поведения. URL: <http://www.ktovdepressii.ru/terminologiya/negativizm-v-psihologii-chto-eto.html>.

² URL: <http://www.psychologies.ru/glossary/04/giperaktivnost/>.

³ URL: <http://www.ktovdepressii.ru/terminologiya/negativizm-v-psihologii-chto-eto.html>.

Феномен негативизма подразделяется на две формы: активную и пассивную. Активная – это поведенческая модель, проявляющаяся агрессией и сопротивлением на любые попытки воздействия со стороны окружения. Негативизм, как и нонконформизм, побуждает человека совершать поступки, которые в определенных случаях противоречат его желаниям. Нонконформизм – это модель поведения, подразумевающая резкое осознанное сопротивление давлению социума и стремление к полной автономности во всем. Разница между этими моделями поведения заключается в том, что негативизм, в отличие от нонконформизма проявляется в неосознаваемых поступках¹.

Пассивная форма негативизма характеризуется полным отказом исполнять требования и просьбы окружающих людей, что может проявляться в виде отказа от еды, сна, контактов с окружающими. Негативизм, по мнению исследователей, наряду с упрямством и субъективными мотивами поведения, является одной из неотъемлемых составляющих протестующего поведения².

Таким образом, аддикты – лица с дефектом центров удовольствия, не получая достаточной активации мозга, активно ищут и находят источники острых ощущений в психоактивных веществах, включая алкоголь. Аддикты сосредоточены только на той сфере жизни, которая позволяет им вырваться из состояния апатии и скуки, остальные же стороны жизни, с течением развития зависимости (алкогольной, наркотической), все больше становятся бессмысленными и все больше отдаляют от участия в них³.

Н. Пезешкиан выделял следующие формы аддиктивного бегства от реальности:

- 1) бегство в тело – психическое и (или) физическое «самосовершенствование»;
- 2) бегство в работу – концентрация сил и времени на профессиональной деятельности (исследования, ненормированная работа, учеба);
- 3) бегство в общение (контакты) или в одиночество – постоянное стремление к общению, расширению круга общения или, наоборот, нерациональное, немотивированное уединение;
- 4) бегство в мир фантазий – жизнь в «созданном» мире грез, иллюзий, мечтаний, бесплодного фантазирования⁴.

По мнению Э. Берна, существуют следующие шесть видов голода, провоцирующих аддиктивные формы поведения, включая алкоголизм как психическую зависимость: голод впечатлений; голод признания; голод со-

¹ URL: <http://www.psychologies.ru/glossary/04/giperaktivnost>.

² Там же.

³ Старшенбаум Г.В. Указ. соч. С. 15.

⁴ Там же. С. 16.

циальных контактов и «поглаживания»¹; сексуальный голод; голод ярких значимых событий; голод по структурированности времени². Поглаживание – это формы психологической поддержки, заботы, сочувствия или помощи. Э. Берн выделял следующие виды «поглаживания» (психологической поддержки):

- позитивные и негативные, первые вызывают положительные эмоции и чувства, вторые – наоборот;

- безусловные и условные, в первом случае – это поглаживания за то, что мы есть (ты – хороший, веселый человек, ты чудо). Во втором случае – это поглаживания за результат, за то, что мы сделали или делаем (ты отлично справился с этим);

- внутренние и социальные. К первым относится поддержка, которую мы оказываем себе сами (я молодец, у меня все получилось). Во втором случае – поддержка, которую мы оказываем другим (ты молодец, я знал, что у тебя все получится);

- физическое и психологическое, в первом случае – это ситуативно приемлемые формы физического контакта (поглаживания, похлопывания, объятия, поцелуи). Во втором случае – это психологические поглаживания (комплименты, похвала, одобрение).

Э. Берн выделял лестницу «поглаживаний», позволяющую оценить степень удовлетворенности и неудовлетворенности социальными отношениями и прогнозировать динамику (тенденции) психологического здоровья в зависимости от положения на лестнице «поглаживания» – количества, видов «поглаживаний», их сочетаний (рис. 1).

Чем выше положение субъекта на лестнице, тем ценнее для него социальная поддержка и признание:

1. Отсутствие «поглаживаний» – безразличие социального окружения (изоляция, одиночество, отвержение или избегание контактов с социальным окружением).

2. Негативные безусловные – «поглаживания» в виде упреков, придирок, оскорблений за негативные, по мнению социума, черты характера, поступки (никчемный человек; нежеланный ребенок; позор семьи).

3. Негативные условные – «поглаживания» за негативные характеристики того, что вы делаете («сколько тебе раз повторять?», «ты всегда опаздываешь», «ты можешь это, в конце концов, сделать или нет?»).

4. Позитивные условные – «поглаживания» за позитивные характеристики того, что человек делает («ты лучше всех!», «ты молодец!»).

¹ URL: <http://www.psymanblog.ru/psychologiya-sudbjb/psixologicheskaya-podderzhka-lestnica-poglazhivaniy>.

² URL: <https://www.goal-life.com/page/kniga/erik-bern/strukturirovanie-vremeni-po-bernu>.

5. Позитивные безусловные – «поглаживания» за позитивные характеристики субъекта («ты хороший человек», «ты самая любимая бабушка»)¹.

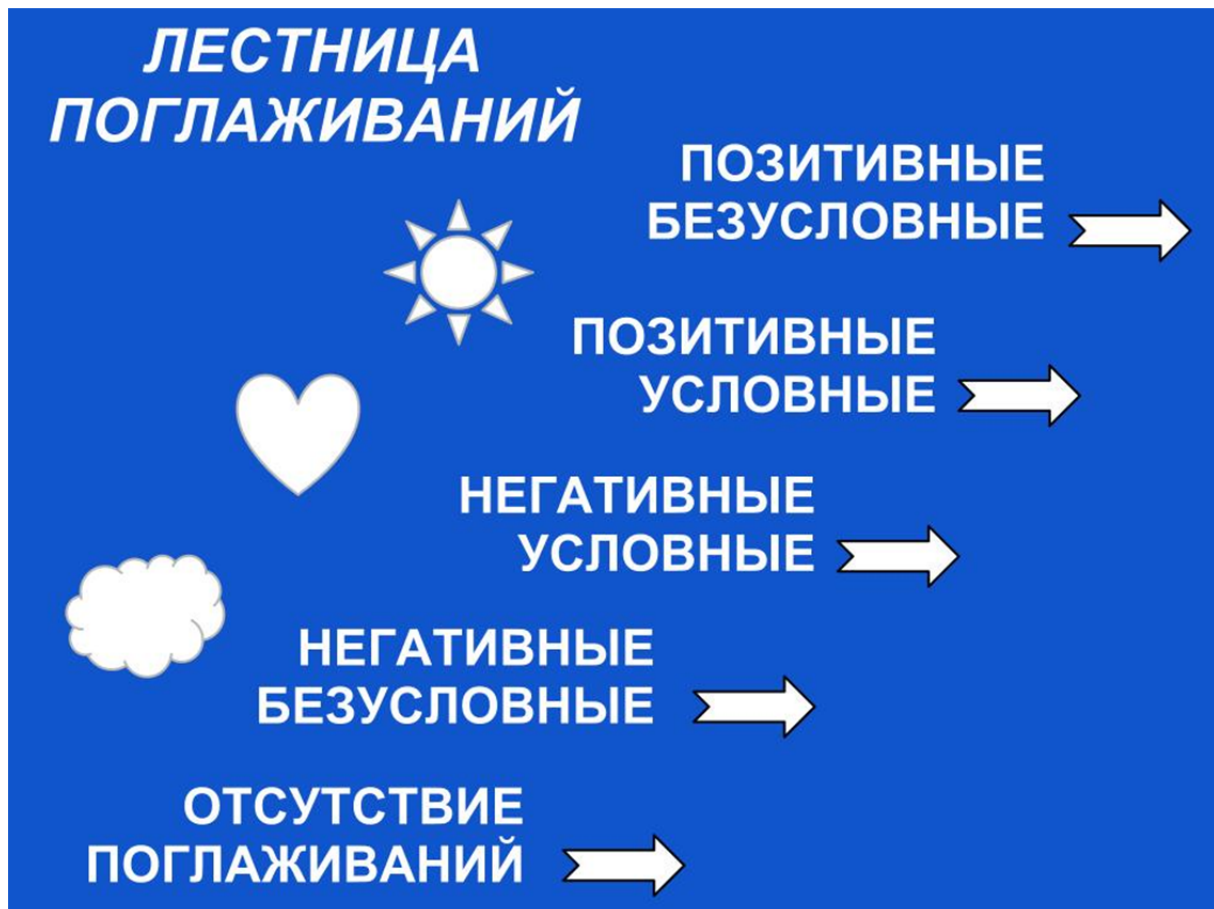


Рисунок 1. Лестница «поглаживаний» по Эрику Берну

Структурирование времени, по мнению Э. Берна, еще один ключевой аспект диагностики межличностных отношений и причина аддиктивного поведения, предполагает шесть различных способов времяпрепровождения: уход в себя, ритуалы, времяпрепровождение, деятельность, игры, интимность². Необходимость структурировать время Э. Берн объяснял потребностью (жаждой) ощущений, признания и определенности. Деятельность – работа, учеба – это привычный способ организации времени путем обработки внешней информации. Деятельность – это скелет, матрица, которая может включать остальные 5 форм упорядочивания времени: во время работы мы конфликтуем, играем в «серьезные игры» на «серьезные темы»; на работе мы выполняем одни и те же ритуалы, приветствуем коллег, начальство (единица ритуала – «поглаживание», взаимодействие), минимум обязательств – минимум достижений; на работе мы шутим, развлека-

¹ URL: <http://www.psychomanblog.ru/psychologiya-sudbj/psixologicheskaya-podderzhka-lestnica-poglazhivaniy>.

² URL: <https://www.goal-life.com/page/kniga/erik-bern/strukturirovanie-vremeni-po-bernu>.

каемся и веселим коллег; в силу служебной необходимости, на определенное время, уходим в себя, пытаюсь решить сложные профессиональные задачи; на работе мы проводим большую часть времени и, даже понимая, что не стоит смешивать деловое и личное общение, мы периодически завязываем интрижку с коллегами, которая перерастает в близость. Нередко деятельность (работа, трудоголизм) становится способом, заменяющим собой остальные формы общения. По мнению Э. Берна, формы структурирования времени должны «работать на созидание», вносить в жизнь смысл и порядок на своем уровне. *Уход в себя* может помочь расслабиться и восстановить силы; *ритуалы* – ощутить себя частью общего, удовлетворить потребность в организации (структурировании); *развлечения* – сделать жизнь красочнее, ярче, насыщеннее; *деятельность* – раскрыть творческие потенциалы, проявить профессиональные качества; *игры* – придать пикантную пряность «постному салату бытия». Счастливый, благополучный человек это тот, кому здоровье, работа, деньги, секс, взаимоотношения приносят удовлетворение и радость. Если все перечисленные условия выполнены, можно говорить, что время (жизнь) организовано правильно¹.

Неструктурированность жизнедеятельности характерна для аддиктивных личностей. Аддикты вследствие непереносимости трудностей повседневной жизни, постоянных упреков окружающих и самоупреков формируют комплекс неполноценности. Постоянная тревожность аддиктивной личности может компенсировать свою «неполноценность» гиперсоциальностью в форме трудоголизма. Формой защиты может быть и завышенная самооценка, демонстрация своего превосходства над окружающими. Аддикты могут противопоставлять себя обывателям (социуму), выбирая для себя романтический образ жизни, свободный от обязательств, а следовательно, и от обвинений в свой адрес. Некоторые аддиктивные личности посвящают свою жизнь борьбе за власть, карьере, обогащению².

Ч. Цитренбаум с соавторами выявили «выгоду» – наиболее частые субъективные поводы трех наиболее распространенных форм зависимости (таблица 3). Указанный исследователь выделил 5 этапов формирования аддиктивного поведения. На 1-ом этапе индивид испытывает небывалый эмоциональный подъем, связанный с рискованным, азартным поведением или химическим воздействием. На 2-ом этапе человек использует аддиктивную форму поведения (алкоголь, курение, переедание) на фоне стрессовых, фрустрационных ситуаций. Межличностные отношения утрачивают личную значимость, отходят на второй план, душевный дискомфорт провоцирует аддиктивное поведение.

На 3-ем этапе аддиктивное поведение становится стереотипным ответом на любые жизненные трудности. Человек не реагирует ни на критику его поведения, ни на проблемы близких людей. На 4-ом этапе индивид

¹ URL: <https://www.goal-life.com/page/kniga/erik-bern/strukturirovanie-vremeni-po-bernu>.

² Старшенбаум Г. В. Указ. соч. С. 16–18.

полностью отстраняется от общения, выполнения всех обязательств, от своей прежней жизни. Окружающие воспринимают его как никчемного, опустившегося человека, аддикт утрачивает способность манипулировать людьми. На 5-ом этапе разрушается психика и организм (здоровье), происходит истощение всех жизненных ресурсов¹. По мнению исследователей, к такому же финалу приводят и эмоциональные формы зависимости. Постоянные стрессы, духовная опустошенность провоцируют сердечно-сосудистые заболевания, а они, в свою очередь, преждевременную инвалидность и смерть².

Таблица 3

Субъективная мотивация (самооправдание) алкогольной зависимости, переедания и курения

Алкоголизм	Переедание/ избыточный вес	Курение
Облегчение стресса/ само-успокоение	Облегчение стресса/ самоуспокоение	Облегчение стресса/ само-успокоение
Удовольствие/ подарок	Удовольствие/ подарок	Удовольствие/ подарок
Надежный «друг»/ компаньон	Упрямство/ независимость	Упрямство/ независимость
Средство избежать интимных отношений	Надежный «друг»/ компаньон	Надежный «друг»/ компаньон
Социализация/ вхождение в группу	Подражание идеалу	Подражание идеалу
Подражание идеалу	Средство избежать сексуальности	Стимуляция
Оправдание импульсивности	Средство избежать интимных отношений	Глубокое дыхание
Облегчение скуки	Облегчение скуки	Средство меньше есть и не полнеть
	Социализация/ вхождение в группу	Социализация/ вхождение в группу

А. Вермсер утверждал, что аддиктивные личности не стремятся к цели, к достижению своего идеала. Вместо этого они ищут состояние абсолютной удовлетворенности, умиротворения здесь и сейчас³. Исследователь описал 4 типа семей, формирующих, по его мнению, личность будущего аддикта – алкоголика, наркомана, игромана или трудоголика. Первый тип – травмирующая семья, в которой ребенок может идентифицировать (воспринимать) себя агрессором или жертвой, постоянно испытывать чувство вины, беспомощности и пытаться избавиться от этого посредством психоактивных веществ. Второй тип – навязчивая семья, возлагающая

¹ Цитренбаум Ч., Кинг М., Коэн У. Гипнотерапия вредных привычек / пер. с англ. Л. В. Ерашовой. М.: Независимая фирма «Класс», 1998. С. 89–92.

² Старшенбаум Г. В. Указ. соч. С. 18.

³ Там же. С. 19.

собственные нереализованные планы, грандиозные ожидания на ребенка, который компенсирует свою фальшивую идеализацию алкоголем (наркотиками). Третий тип – лживая семья (алкоголиков), в которой ребенок утрачивает чувство реальности и собственной личности, испытывает стыд, отчуждение и деперсонализацию¹, компенсируя эти чувства потреблением психо-активных веществ. Четвертый тип – непоследовательная семья, когда принципы и правила воспитания у родителей не совпадают, часто меняются в зависимости от обстоятельств, что нарушает процесс социализации² и провоцирует потребление алкоголя (наркотиков, других ПАВ).

Было установлено, что дети алкоголиков (однойяйцевые близнецы, с одинаковым генетическим набором хромосом) становятся алкоголиками независимо оттого, в какой семье – благополучной или семье алкоголиков они воспитывались. В 1990 году Кеннет Блум обнаружил ген аддиктивности, отвечающий за предрасположенность к зависимости. Данный ген обнаружен у алкоголиков и наркоманов, курильщиков, патологических обжор, гиперсексуальных личностей и азартных игроков³.

Вопросы для самоподготовки:

1. Что такое психическая зависимость, какие формы ее проявления выделяют?
2. Перечислите признаки алкогольной зависимости.
3. Какие стадии формирования зависимого поведения (алкоголизма) принято выделять?
4. Укажите основные теории и концепции формирования зависимого поведения.
5. Раскройте причины и условия формирования психической зависимости.

¹ URL: <https://www.ru.wikipedia.org>. Деперсонализация – расстройство самовосприятия, при котором собственные действия воспринимаются как бы со стороны и сопровождаются ощущением невозможности управлять ими. Деперсонализация является мучительным состоянием, часто сопровождающимся суицидами.

² Там же. Процесс интеграции личности в социальную систему посредством овладения социальными нормами, правилами, ценностями, знаниями и навыками, позволяющими успешно функционировать в обществе.

³ Старшенбаум Г. В. Указ. соч. С. 20.

Глава II. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ АДДИКТИВНЫХ ФОРМ ПОВЕДЕНИЯ ЛИЦ, В ОТНОШЕНИИ КОТОРЫХ ОСУЩЕСТВЛЯЮТСЯ МЕРЫ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ЗАЩИТЫ

§ 2.1. Методы психологической коррекции аддиктивных форм поведения

В современных условиях проблема девиантного, отклоняющегося от социальных норм поведения оказалась в центре общественного внимания. Кардинальные социальные перемены привели к утрате прежних ценностей, ослаблению коллективных связей и размыванию социальных норм. Эти и другие объективные причины способствовали повышению количества и степени выраженности поведенческих девиаций в современном обществе. Девиации проявляются чаще, а устраняются гораздо медленнее и труднее. В ряде случаев общество оказывается бессильным перед нарастающей деструктивностью поведения отдельных индивидов и групп, что позволяет сформулировать проблему как «кризис общественного наказания». Методы социального воздействия на личность (группу) с девиантным поведением подразделяются на две основные категории:

- 1) методы социального контроля (изучаются в рамках социологии и права);
- 2) методы социально-психологического воздействия (изучаются в рамках психологии, медицины, педагогики)¹.

Методы социального контроля представляют собой действия различных социальных институтов, направленные на предупреждение или устранение отклоняющегося поведения. К формализованным общественным санкциям относятся: идеологическое воздействие через СМИ и социальные институты; правовое регулирование; административное и уголовное наказание; ограничение прав и возможностей личности (группы) с девиантным поведением; социальные гарантии (медицинское обслуживание, правовая поддержка, социальная защита и помощь) и др. Методы социально-психологического воздействия, в свою очередь, делятся на социально-коммуникативные и профессионально-психологические. На человека с девиантным поведением воздействуют не только и не столько органы государственной власти или психологи, сколько окружающие его люди – родители, члены семьи, родственники, друзья, коллеги. Влияние ближайшего окружения признается наиболее значительным. Оно проявляется в самых разнообразных формах: в передаче ценностей, запретах, личном примере, убеждении, внушении, неодобрении, критике, наказании, поддержке, совместной деятельности и многом другом. В настоящее время

¹ Змановская Е. В. Девиантное поведение личности и группы. М.: Знание, 2013. С. 72.

выделяются следующие формы психологической работы с девиантным поведением:

1) социально-психологическая реабилитация через включение личности с девиантным поведением в поддерживающую группу с целью восстановления утраченных социальных навыков и интеграции в общество;

2) профессиональное психологическое консультирование (индивидуальное, семейное, групповое) с целью ориентации в личной проблеме и определения способов ее эффективного решения;

3) кризисная помощь в случае, если личность находится в неблагоприятной жизненной ситуации с высоким риском суицидального поведения (потеря близкого человека, угроза насилия, утрата жилья или работы) с целью восстановления психологического состояния посредством активной психологической поддержки;

4) психологическая коррекция отдельных негативных психологических состояний, свойств и проявлений (например, страхов или патологических привычек) с целью повышения уровня психологического комфорта и социальной адаптации;

5) психологический тренинг в форме активного группового обучения с целью повышения эффективности социального функционирования личности;

6) психотерапия в форме индивидуальных, семейных и групповых встреч с целью постепенного снижения частоты и степени выраженности симптомов психических, невротических, психосоматических и поведенческих расстройств¹.

Выбор формы психологической помощи зависит от вида и тяжести девиации, целей и ресурсов личности, а также профессиональных возможностей. Среди всех существующих форм психологической работы с девиантным поведением поведенческая коррекция в сочетании с социальной реабилитацией признается одной из наиболее адекватных и эффективных форм психологического воздействия на личность с отклоняющимся поведением². Поведенческий подход имеет ряд очевидных преимуществ. Для него характерна концептуальная четкость и относительная простота методов. Он непосредственно нацелен на поведенческие изменения и имеет выраженный практический характер. Поведенческая интервенция хорошо сочетается с фармакотерапией. Среди других ее достоинств: широкий спектр возможностей, наглядная результативность метода, краткосрочность. Психологическая работа с девиантным поведением определяется, прежде всего, спецификой последнего. Специфическими признаками девиантного поведения являются: деструктивность (наличие ущерба для себя и окружающих); негативная социальная оценка; стойкость поведенческого стереотипа; сопряженность с социальной дезадаптацией; эмоциональная

¹ Змановская Е. В. Указ. соч. С. 84.

² Там же. С. 86.

дестабилизация; поляризация свойств; индивидуальная значимость и скрытая психологическая выгода¹. Исходя из этих признаков, отличительными особенностями работы с девиантностью и девиантным поведением являются:

1) длительность работы в связи со стойкостью поведенческого стереотипа, сопряженностью девиации с дезадаптивными личностными особенностями и социально-поддерживающими условиями;

2) оценка эффективности преимущественно по объективным показателям и поведенческой динамике, проявляющейся в любых позитивных изменениях в сфере поведения, социальной адаптации, общения, деятельности и здоровья личности с девиантным поведением;

3) высокий уровень сопротивления позитивным изменениям со стороны личности с девиацией вследствие стойкого поведенческого стереотипа и скрытой психологической выгоды, что обуславливает необходимость развития специальных навыков психологической работы;

4) высокая вероятность нарушения «терапевтических» границ лицом, нуждающимся в коррекции, определяющая требование поддержания четких правил в форме заключения контракта (по взаимным обязательствам) с последующим четким его выполнением;

5) комплексный характер помощи: необходимость сотрудничества различных специалистов и решения одновременно нескольких задач (медицинских, социальных, правовых, психологических), обязательность включения в работу социального окружения личности с девиантным поведением – семьи, близких и значимых людей;

6) социально-приемлемая и психологически равноценная замена девиации: в работе с девиантным поведением важно понимать личностно-обусловленный и компенсаторный характер девиации, требующей замены на психологически идентичную, но социально-приемлемую активность с опорой на ресурсы личности;

7) позитивное видение и поддержка личности с девиантным поведением вследствие социально-негативного характера проблемы, доминирования отрицательных аффектов и деструктивных тенденций в психологической реальности личности с девиантным поведением.

В целом психологическое сопровождение личности с девиантным поведением требует большей профессиональной и социальной активности специалиста, включающей: эффективную саморегуляцию, организаторские способности, умение быстро и конструктивно разрешать конфликты, инициативность в общении, поддержание здорового образа жизни, способность к обучению и развитию.

В контексте структурно-динамического подхода выделяются следующие основные задачи работы с девиантным поведением²:

¹ Змановская Е. В. Указ. соч. С. 88.

² Там же. С. 89.

1) постепенное снижение частоты и степени выраженности девиантных действий;

2) ресоциализация через качественно-количественные изменения в мотивационной сфере личности (усиление позитивных ценностей, формирование ориентации на выполнение социальных норм, развитие нормативно-правового сознания, повышение общей толерантности личности);

3) выявление и коррекция неконструктивных стилей межличностных отношений; обучение социально важным навыкам;

4) выявление дефектов в структуре личности, определение более адекватных способов их компенсации, выбор социально одобряемой деятельности, по своим функциям заменяющей девиацию;

5) совершенствование саморегуляции (снижение степени выраженности негативных аффектов, снижение активности архаичных защит; формирование эффективного копинг-поведения; расширение ресурсов личности);

6) коррекция негативного образа родителей и детско-родительских отношений;

7) расширение социальных связей и позитивного социального опыта личности;

8) повышение уровня социальной успешности и адаптации.

Стратегия психологического вмешательства состоит в поэтапном ослаблении или устранении деструктивных форм поведения, играющих псевдокомпенсаторную роль и препятствующих развитию личности и ее социальной адаптации. Более частными и конкретными задачами психологического воздействия на отклоняющееся поведение личности могут выступать: устранение дефицита в поведенческих репертуарах; усиление адаптивного поведения; ослабление или устранение неадекватного поведения; устранение изнурительных реакций тревоги; развитие способности расслабляться; развитие способности самоутверждаться; развитие эффективных социальных навыков; достижение адекватного сексуального функционирования; развитие способности к целеполаганию и планированию своего будущего.

Психологическую интервенцию можно осуществлять в виде консультирования, педагогической коррекции, тренингов, психотерапии, в форме индивидуальной, семейной или групповой работы. Во всех случаях, независимо от формы и условий, должны соблюдаться основные принципы поведенческой коррекции: объективности, поведенческой оценки, системности и сотрудничества¹. Принцип объективности предполагает ориентацию преимущественно на внешне проявляемые и измеряемые переменные. Это могут быть эмоциональные реакции, высказывания, жесты, физиологические проявления (сердцебиение, покраснение, дрожь), двига-

¹ Змановская Е. В. Указ. соч. С. 92.

тельные реакции, симптомы (головокружение, спазм мышц, страхи), мысли, конкретные действия и поступки. Поведенческие проявления должны фиксироваться максимально конкретно (объективно) и систематически. Поведенческая оценка отражает необходимость проведения анализа поведения защищаемого лица. Поведенческая оценка проводится при первой же встрече, а также впоследствии для оценки эффективности работы или изменения тактики воздействия. Она может осуществляться по схеме, в форме заполнения таблицы с тремя колонками, каждая из которых соответственно содержит:

- 1) стимулы и ситуации (что предшествовало поведению);
- 2) поведенческие реакции личности (как реагировала личность);
- 3) результаты и последствия данных реакций (что следовало сразу за поведением).

Например, агрессивное поведение фиксируется каждый раз, как только возникает, с отметкой о форме, силе и продолжительности во втором столбце. В первый столбец заносятся пометки о конкретной ситуации, в которой разворачивалось поведение, и причинах, его вызывающих, например: время, окружение, конкретная фраза. В третью графу помещают данные о последствиях данного агрессивного поведения, переживания и мысли самого человека или реакции окружающих людей. Поведенческую оценку обычно проводят в ходе интервью с лицом или людьми, хорошо его знающими. Другой распространенной формой анализа поведения является дневник самонаблюдения. Также используются: прямое наблюдение; получение информации от других специалистов; организация ролевых игр. Дополнительными источниками данных, необходимых для оценки, могут быть: медицинская информация, результаты анкетирования и тестирования, экспертные оценки. Следующий принцип обязывает рассматривать отклоняющееся поведение личности в системе ее значимых отношений. Принцип системности предполагает оценку роли девиантного поведения в различных социальных системах и жизни личности в целом. Важно понимать, какую функцию симптоматическое поведение выполняет в различных ситуациях и системах (в семье, профессиональной группе). Необходимо также оценить, как различные социальные системы, в которые включена личность, поддерживают ее девиантное поведение. Полученные данные позволяют определить, в чем суть проблем, как они возникают и что способствует их закреплению. При этом важное значение имеет оценка функционального значения отклоняющегося поведения, психологической «выгоды», которую человек из него извлекает и которая самоподкрепляет данное поведение. В результате поведенческого анализа совместно с защищаемым лицом (группой) формулируются цели психологической помощи, а также способы контроля ее эффективности. Поскольку у личности обычно бывает несколько проблемных областей, необходимо выявить степень опасности каждой из них, в соответствии с чем определить последо-

вательность работы. Поведенческая интервенция оценивается как достаточно авторитарная система, предполагающая контроль специалиста за поведением другого человека. Для личности с поведенческими проблемами возникает реальная опасность передачи ответственности за свое поведение специалисту. Все это делает особенно актуальным соблюдение принципа сотрудничества. В соответствии с данным принципом человек не только должен проявлять осознанное желание изменения собственного поведения, но и активно участвовать в выборе целей и методов последующей работы (с учетом конкретных внутренних и внешних условий). Разделение ответственности происходит в форме заключения договора о сотрудничестве. Важную роль в повышении продуктивной активности личности играет самостоятельная работа (защищаемого лица) по выполнению заданий в промежутках между терапевтическими встречами. Таким образом, ведущим условием эффективности воздействия на отклоняющееся поведение личности является следование выделенным принципам поведенческой интервенции.

Выделяют следующие этапы работы с девиантным поведением¹.

1. Установление доверительного контакта и партнерских отношений с лицом (знакомство, исследование социальной ситуации развития человека; сбор семейного анамнеза и анамнеза жизни; прояснение особенностей и целей коррекционной работы).

2. Тщательное проведение поведенческого анализа с целью проведения полной оценки особенностей девиантного поведения и поддерживающих факторов.

3. Определение стратегии работы: оценка степени угрозы девиации с учетом фактов, выявленных на первых двух этапах; формулировка ведущих целей и адекватных форм психологической помощи.

4. Заключение психологического контракта (соглашения) с четким определением задач, взаимных обязательств, правил, длительности работы, критериев оценки ее эффективности, а также санкций в случае отступления от договора.

5. Создание поддерживающей социальной среды (подключение к работе значимого окружения клиента, семейное консультирование и психотерапия, включение клиента в группы самопомощи).

6. Проведение поведенческой коррекции конкретной формы девиантного поведения до достижения уровня ремиссии и удовлетворительной социально-психологической адаптации.

7. Выявление и компенсация дефицитов в личностных подструктурах через психологическое обучение, а также развитие личностных ресурсов личности (выявление ресурсов, усиление сильных сторон, обучение и поэтапное формирование социально важных навыков, закрепление позитив-

¹ Змановская Е. В. Указ. соч. С. 94.

ных изменений, поиск компенсирующей деятельности, заменяющей по своим функциям девиацию).

8. Посттерапевтическое сопровождение (периодические встречи и консультации после интенсивной интервенции девиантного поведения).

Длительность работы зависит от формы девиации и возможностей защищаемого лица. Как правило, на это требуется от трех месяцев работы до трех лет. В работе применяются все известные методы психологического воздействия, особенно методики поведенческой модификации, позитивной психотерапии и когнитивного реструктурирования.

§ 2.2. Методы психологической помощи защищаемым лицам с отклоняющимися формами поведения

Методы коррекции отклоняющегося поведения лиц, подлежащих государственной защите, можно разделить на две группы: общепсихологические и специальные¹. Общие методы психологической коррекционной работы включают:

1. Присоединение к защищаемому лицу (к позе, состоянию, языку, переживаниям, ценностям, сопротивлению и сомнениям).
2. Эмпатическое выслушивание (заинтересованное молчаливое слушание с невербальным выражением понимания и принятия клиента).
3. Направленное интервью (сбор информации по заранее продуманному плану, например, семейного анамнеза).
4. Структурирование ситуации и проблемы в ходе терапевтической беседы.
5. Заключение терапевтического соглашения (договора, контракта, сеттинга) о целях работы, взаимных правилах, условиях, методах, стоимости, длительности и др.
6. Разъяснение и информирование по поводу конкретной проблемы (предоставление специальной информации – психологической, медицинской, юридической, социальной).
7. Поддержка (разделение горя, вселение уверенности и оптимизма).
8. Интерпретация: генетическая (в контексте развития и детского опыта); символическая (выявляющая скрытое значение поведения в контексте актуальных отношений клиента); структурная (в контексте какой-либо структуры – личности, семьи, группы).
9. Терапевтические метафоры (образное сравнение, обладающее внушающей силой).
10. Рефрейминг (переформулировка проблемы в более позитивном ключе).

¹ Змановская Е. В. Указ. соч. С. 99–107.

11. Тренинг навыков, репетиция поведения (например, как планировать время, как разрешать конфликты, выражать свои чувства без агрессии).

12. Домашнее задание (исследование или репетиция поведения) – исследование, закрепление новой, более конструктивной формы поведения. Данные правила универсальны – они относительно безопасны, надежны и эффективны. Они могут быть использованы при любом запросе, включая запрос на работу с девиантным поведением.

К специальным методам психологической работы с девиантным поведением относятся следующие¹:

- 1) поведенческое интервью;
- 2) стимулирование мотивации позитивных изменений;
- 3) техники конфронтации;
- 4) терапевтический контракт;
- 5) техника раскрытия индивидуального смысла и функционального значения девиации;
- 6) методика естественных последствий поведения;
- 7) когнитивное реструктурирование;
- 8) техники модификации поведения;
- 9) тест-контроль (измерение массы тела, тест-контроль на наркотики).

Перечисленные методы в специальной литературе также обозначают, как техники модификации поведения. Поведенческое интервью (поведенческий анализ) является одним из ведущих методов работы с девиантным поведением на протяжении всего времени сотрудничества психолога и защищаемого лица. Интервью проводится в форме беседы об истории и особенностях девиации посредством стандартных вопросов, предъявляемых в заданной последовательности. Целью поведенческого интервью является не сбор информации (это промежуточная задача), а стимулирование позитивных изменений в состоянии клиента посредством повышения уровня его осознания и контроля своего поведения. Поведенческое интервью проводится повторно для оценки динамики психологической работы².

Стимулирование мотивации изменения поведения можно назвать самой главной задачей психолого-социального воздействия на личность с девиантным поведением. Человек с девиацией имеет устойчивую мотивацию к ее сохранению и, несмотря на страдания, личность всячески сопротивляется позитивным изменениям. Работа с мотивацией клиента настолько сложна, что некоторые специалисты выдвигают в качестве главного условия для поведенческой терапии наличие уже сформированного желания изменения себя и своей жизни. Работа с мотивацией начинается с первых минут поведенческого консультирования. Вопросы первостепенной

¹ Змановская Е. В. Указ. соч. С. 112.

² Там же. С. 114.

важности являются: почему защищаемое лицо обратилось за помощью и чего ждет от данного взаимодействия? Нередко люди обращаются к психологу не для устранения дезадаптивного поведения, а для его сохранения, надеясь «использовать специалиста» для решения других вопросов или «успокоить» ближайшее окружение. На данном этапе будут уместны прямые вопросы: «Что вы хотите получить от нашего сотрудничества?», «Что вы ожидаете от терапии?», «Чем я могу помочь вам?», «Что вы готовы сделать сами?», «Сколько хотите потратить личных усилий?». Так же возможно использование приема раскрытия намерений с помощью уточняющих гипотез: «Вы обратились за помощью, потому что хотите успокоить ваших близких?». Достаточно распространена методика конфронтации защищаемого лица на этапе заключения терапевтического контракта. При этом защищаемое лицо стремится убедить специалиста, что он действительно нуждается в помощи и желает изменений. В этом случае могут быть полезны следующие вопросы: «Что плохого в таком поведении?», «Как вы реально пострадали от него?», «Кому и какой вред вы нанесли?», «Какую плату вы готовы заплатить за то, чтобы избавиться от него?», «Зачем вам это нужно?». При выраженной склонности личности к оппозиционному поведению возможно использование приема открытой конфронтации, когда специалист прямо заявляет, что у защищаемого лица ничего не получится в силу тех или иных причин, например слабой воли, и ему нужно признать свое полное поражение.

Широко распространен прием оценки негативных последствий девиантного поведения. При этом клиента просят как можно подробнее, с конкретными примерами рассказать о том, как он реально пострадал от своего поведения, какой вред он нанес своим близким и окружающим людям. В случае выраженного защитного поведения защищаемого лица можно исследовать негативные последствия конкретного вида девиантного поведения его друзей, родственников или знакомых. Консультант должен помочь защищаемому лицу спонтанно выразить такие чувства, как вина, раскаяние, стыд, боль, отвращение, злость, бессилие и отчаяние. Достаточно эффективна методика проектирования будущего, которая предполагает подробное описание своей жизни при сохранении девиантного поведения и без него. Например, защищаемое лицо представляет, какой будет его жизнь, если он будет продолжать пить, а затем – если он откажется от спиртного. Терапевт помогает не только конструировать образы, но и выражать свои переживания по их поводу. Для себя и своей новой жизни полезно подобрать метафоры. Если представление о будущем без девиантного поведения вызывает положительный эмоциональный отклик, целесообразно перейти к составлению плана действий по его достижению.

При достижении взаимопонимания переходят к заключению терапевтического договора. Договор регулирует отношения между участниками терапевтического процесса и является основным способом под-

держания мотивации к изменениям на всем протяжении совместной работы. Его оформляют в виде письменного или устного контракта, содержащего цели, методы, условия, сроки работы, а также взаимные обязательства сторон. Выполнение договора обязательно для всех участников процесса. Стороны договариваются о своих действиях в случае нарушения контракта. Важным мотивирующим моментом является раскрытие индивидуального смысла и функционального значения девиации. Совместно с консультантом клиент пытается ответить на следующие вопросы: «Что для него значит отклоняющееся поведение?», «Что оно дает ему?», «Чего он лишится в случае освобождения от девиации?», «Какова скрытая выгода девиации для личности?». В случае проявления защитного поведения в форме сопротивления, отрицания или ухода от сотрудничества целесообразно использование невербальных способов самовыражения. При стойком отрицании проблем и нежелании личности изменяться в позитивном направлении прибегают к более интенсивным методам воздействия. Прежде всего, можно использовать потенциал семьи или референтной группы, перейдя в режим группового консультирования или семейной психотерапии. Эффективным методом стимулирования позитивных изменений является групповое убеждение¹. Для этого специально собирается группа значимых для девианта людей (друзья, коллеги по работе, родственники, в том числе дети не моложе восьми лет). Группа заранее готовится к беседе, например в случае химической (алкогольной) зависимости, формируя адекватное представление о проблеме и определяя цели помощи. Специально составляются перечни конкретных инцидентов, связанных с аддикцией, свидетелями которых были участники группы. Проводится репетиция убеждения. Суть приема – предоставление девианту полной свободы действий при делегировании ему всей ответственности за себя и свое поведение. При этом на личность перестают воздействовать (критиковать, убеждать, обращаться к специалистам) и лишают ее какой-либо поддержки. С определенного момента человек сам должен заботиться о себе, иногда семье приходится с ним просто расстаться. Отношения окружающих с данным человеком определяются жесткими правилами и условиями. Ему не верят на слово и не помогают просто так. Если он продолжает жить в семье, то его потребности удовлетворяются только в случае строгого выполнения им семейных правил.

Специалист может выбирать доступные для него и адекватные для защищаемого лица методики стимулирования мотивации позитивных изменений. При этом главным фактором, побуждающим защищаемое лицо к сотрудничеству, являются личные отношения между ним и специалистом, основанные на открытости и доверии. Наряду с мотивационными проблемами, причинами нарушенного поведения могут быть искажения в когни-

¹ Змановская Е. В. Указ. соч. С. 122–124.

тивных процессах, таких как восприятие, установки, интерпретации, умозаключения и т. д. При изменении их содержания можно ожидать изменений и в эмоциональной, и в поведенческой сферах. В данных целях используется техника когнитивного реструктурирования¹. Первым приемом может быть обращение внимания на противоречия в суждениях или рассказе защищаемого лица. Другое направление терапевтического воздействия – идентификация и коррекция дисфункциональных мыслей. Важно, чтобы защищаемое лицо последовательно и самостоятельно, без давления со стороны специалиста, исследовало свое поведение и убедилось в неадекватности «дезадаптивных мыслей», а также в том, что они являются причиной многих его бед. В заключение разрабатываются альтернативные возможности интерпретации и оценки, которые апробируются в реальных ситуациях. Например, консультант просит защищаемое лицо придумать и написать более адекватные утверждения напротив каждой из дисфункциональных установок. Затем эти утверждения можно повторять в нужных ситуациях как самоинструкцию.

К методам модификации поведения относятся техники подавления девиантного поведения и техники усиления адаптивного поведения². Существуют различные способы торможения нежелательных действий. Наказание – наиболее распространенный метод. Оно может иметь самые различные формы: тайм-аута, использования негативных последствий реакции, предъявления авersive (крайне неприятного) события. Тайм-аут – это процедура, которую консультанты часто рекомендуют использовать при работе с агрессивными лицами. Перед наказанием следует однократное предупреждение. Если же сделанное предупреждение остается без внимания, применять тайм-аут следует настойчиво и систематически. Методика использования издержек реакции (или методика негативных последствий) подразумевает, прежде всего, лишение человека подкрепляющих стимулов тогда, когда он демонстрирует нежелательное поведение. Подкрепляющими стимулами могут быть любимые занятия, свободное время, подарки, сладости, одобрение и внимание окружающих, успех. Другим вариантом издержек реакции являются негативные реакции окружающих людей на отклоняющееся поведение личности. Самые распространенные и действенные формы негативных реакций – осуждение (особенно групповое), выражение гнева, угрозы. Например, по отношению к лицам, нарушающим психотерапевтический контракт, психолог (консультант) может применить штрафные санкции (в денежном эквиваленте) или выразить свое неудовольствие. Иногда (достаточно редко) поведенческие консультанты побуждают человека использовать неприятные последствия или самонаказание.

¹ Змановская Е. В. Указ. соч. С. 126.

² Там же. С. 129.

Наиболее распространенным методом формирования желательного поведения является подкрепление. Положительные подкрепляющие стимулы предполагают предъявление чего-то, а отрицательные подкрепляющие стимулы – удаление чего-то в данной ситуации. Позитивное подкрепление – главный метод изменения поведения. Условиями успеха являются: подкрепление должно быть индивидуально значимым; подкрепление должно применяться систематически и немедленно вслед за желательным поведением; связь между желательным поведением и используемым при этом подкреплением должна быть достаточно четкой. Подкрепление можно осуществлять непосредственно (с помощью реальных подкрепляющих стимулов) или косвенно (с помощью символов, жестов). Кроме того, подкрепление может быть опосредованным, когда защищаемое лицо наблюдает за моделями – людьми, которые получают награду за желательное поведение. Иногда положительное подкрепление может вознаграждать неправильное поведение. Многие подкрепляющие стимулы, такие как похвала или проявление интереса, непроизвольно используются людьми в ходе повседневной жизни. Метод подкрепления предполагает целенаправленное его применение с целью усиления адаптивных видов поведения и ослабления и устранения неадекватных его форм. Первоначально проводится идентификация подкрепляющих стимулов. Для этого необходимо выяснить, что именно является подкрепляющими стимулами для конкретного человека. Также можно предложить защищаемому лицу составить шкалу приятных событий или список условий, улучшающих настроение.

Три жизненно важные сферы: взаимодействие (отношения); переживания, несовместимые с депрессией/агрессией; действия, повышающие самооценку с помощью ощущений адекватности и компетентности (творчество, успех, любимое занятие и т. д.), соотносятся с подкрепляющими сферами. Консультант и ближайшее окружение могут широко использовать выявленные стимулы для подкрепления желательного поведения личности с девиацией. Также защищаемое лицо побуждают использовать подкрепляющие стимулы каждый раз при действиях, соответствующих его целям. С целью формирования более позитивного поведения также используют программы жетонного подкрепления. Жетоны – это вещественные условные реальные стимулы (очки, фишки), которые могут обмениваться на подкрепляющие стимулы. Последними могут быть, к примеру, право участия в интересной деятельности, ценные призы, лакомства и т. п. Программы жетонного подкрепления должны включать четкие правила обмена, определяющие, какое количество жетонов требуется для получения подкрепляющих стимулов. Данный метод широко используется в различных учреждениях (больницах, местах заключения). При применении жетонов частота «дурного» поведения существенно уменьшается. Однако вслед за отменой жетонного подкрепления может наблюдаться и уменьшение

случаев желательного поведения. В связи с этим целесообразно постепенно сводить на нет жетонное подкрепление, заменяя его, например, похвалой и самоподкреплением. Защищаемым лицам не следует пассивно полагаться на окружающих, они должны определять и активно разыскивать людей, виды деятельности и ситуации, которые могли бы обеспечить им желательное подкрепление. Программы подкрепления и жетонная система могут включать, например, обучение сотрудников или родных процедурам подкрепления. При этом последние должны отдавать себе отчет в том, что они могут по неосторожности подкрепить некоторые виды поведения, которые, по их словам, они пытаются устранить. Формирование желательного поведения также может осуществляться в виде активного социального обучения адаптивным поведенческим реакциям¹. Нередко уже при проведении поведенческой оценки выявляется дефицит ведущих социальных навыков. Защищаемые лица не умеют выслушивать собеседника, предоставлять обратную связь и самораскрываться, демонстрировать уверенность, разрешать конфликты, сопротивляться негативному влиянию среды или принимать решения.

Репетиция поведения – это один из методов профессионального консультирования, широко используемый в случаях отклоняющегося поведения. Данный метод может иметь форму тренинга, групповых игр, моделирования или проигрывания ситуаций в условиях как групповой, так и индивидуальной работы. На первых этапах работы выявляются области, в которых защищаемое лицо испытывает трудности, и стимулируется мотивация к обучению. Далее определяются виды желательного поведения, наиболее адекватного в проблемных ситуациях. Затем защищаемому лицу предоставляют возможность потренироваться, реагируя на определенные ситуации в процессе ролевой игры (консультанты, как правило, играют роль «оппонента»). Наконец, защищаемое лицо побуждают применять репетируемое поведение в реальных жизненных ситуациях, одобряя их в случае успеха и подкрепляя адаптивное поведение. Защищаемому лицу также можно рекомендовать наблюдение за людьми, которые действуют эффективно. При этом следует принимать во внимание индивидуальный стиль поведения защищаемого лица и помогать ему в формировании такого поведения, которое будет более «естественным» для него. Реакции, которые представляются уместными, могут оказаться неподходящими для конкретного защищаемого лица. Необходимо опираться на представления и убеждения самого человека. Важен также правильный выбор времени: защищаемое лицо не следует побуждать к решению ассертивных задач тогда, когда он (она) еще к этому не готов(а). Следовательно, может возникнуть необходимость построения иерархии навыков, сложность которых постепенно повышается.

¹ Змановская Е. В. Указ. соч. С. 132–134.

Методы, используемые консультантом в профессиональной деятельности, должны быть адекватны как проблемам защищаемого лица, так и возможностям консультанта. В настоящее время в работе с личностью, имеющей отклоняющееся поведение, чаще используется интегративный подход, предполагающий комбинацию взаимодополняющих теорий и методов¹. Интегративный подход также определяет сочетание различных форм работы. Например, для защищаемых лиц с зависимым поведением может быть адекватной следующая схема психологической помощи: семейное консультирование – семейная системная психотерапия – социально-психологическая реабилитация защищаемого лица и групповая психотерапия – индивидуальная психотерапия в сочетании с семейным консультированием. Поскольку у защищаемых лиц с девиантным поведением выявляются множественные нарушения значимых отношений, постольку работа с семьей (близкими) должна рассматриваться в качестве приоритетного направления оказания психологической помощи этим людям. Кроме того, при выраженных формах девиаций наблюдается анозогнозия – стойкое отрицание личностью проблемы и нежелание обращаться за помощью. В ситуации, когда человек страдает, но упорно отказывается «лечиться», адекватная помощь семьи (социального окружения) может оказаться единственным реальным шансом решения проблемы. Если семья (близкие) не может выполнять воспитательные функции или сотрудничество с ней по каким-либо причинам затруднено, защищаемое лицо с девиантным поведением нужно включать в другую социальную группу – тренинговую, психотерапевтическую или реабилитационную.

§ 2.3. Практические рекомендации сотрудникам подразделений государственной защиты по общению с защищаемыми лицами

Перечень методик, применяемых для диагностики различных форм девиаций, представленный в предыдущем параграфе, не мал. Мы считаем, что к наиболее эффективным методам выявления психологом или оперативным сотрудником подразделений госзащиты потенциально опасных форм поведения у защищаемых лиц с алкогольной зависимостью относится метод интервьюирования².

Данный метод позволяет получить достаточную информацию об индивидуально-психологических свойствах личности, выявить (заподозрить) психопатологические нарушения, структуру проблем защищаемого лица, а также способы возможного психологического воздействия. Интервью отличается от обычного распроса тем, что нацелено не только на предъявля-

¹ Змановская Е. В. Указ. соч. С. 137–141.

² Линевиц В. Л., Исхаков Э. Р., Малков Д. В. Психологическое сопровождение защищаемых лиц с зависимым (алкоголизация, наркомания, токсикомания), деструктивным и манипулятивным поведением: методические рекомендации. Уфа: Уфимский ЮИ МВД России, 2017. С. 86–97.

емые человеком жалобы, но и на выявление скрытых мотивов поведения лиц с алкогольной зависимостью, оказание помощи в осознании истинных (внутренних) оснований, повлекших изменение психического состояния. Функциями интервью в клинической психологии являются: диагностическая и психокоррекционная. Они должны осуществляться параллельно, поскольку только их сочетание может привести к желаемому результату – коррекции поведения или минимизации риска при осуществлении мер государственной защиты в отношении защищаемых лиц с алкогольной или иными формами зависимости. Нередко защищаемое лицо, нуждающееся в психологической помощи, не может точно описать свое состояние и (или) сформулировать имеющиеся жалобы и проблемы. Именно поэтому способность выслушать изложение проблем защищаемого лица – это лишь одна часть интервью, вторая – способность тактично помочь ему сформулировать его проблему, дать ему понять истоки психологического дискомфорта – кристаллизовать проблему.

Принципами интервью являются: однозначность, точность и доступность формулировок-вопросов; последовательность (алгоритмизованность); гибкость, беспристрастность опроса; проверяемость полученной информации. Под принципом однозначности и точности понимается правильное, корректное и точное формулирование вопроса. Примером неоднозначности может быть вопрос: «Как вы относитесь к алкоголю?». Однозначный вопрос «Вы считаете себя алкоголиком? У вас есть зависимость от алкоголя?». Принцип доступности базируется на нескольких параметрах: словарном (лингвистическом), образовательном, культурном, этническом и других факторах. Обращаясь к защищаемому лицу с алкогольной зависимостью, при подозрении на таковую, важно, чтобы вопрос совпадал с его речевой практикой. Доступность достигается точной оценкой психосоциального статуса защищаемого лица, его уровня знаний, субкультуральных особенностей, используемой им жаргонной практики. Принцип последовательности предполагает построение вопросов на основе предъявляемых жалоб, рассказа родственников, знакомых защищаемого лица, непосредственного наблюдения за его поведением. Кроме того, последовательность подразумевает детальный распрос об очередности появления проблем, о переживаниях и их связи с реальной обстановкой. При этом важны каждая деталь, контекст событий, переживаний и их интерпретация. Принцип беспристрастности исключает любое навязывание представлений оперативника (психолога) о наличии у защищаемого лица алкогольной зависимости и причине ее возникновения. Принцип проверяемости предполагает уточнения, дополнительные вопросы, для исключения неверной интерпретации ответов защищаемого лица.

Основными этическими принципами интервьюирования являются:

1. Конфиденциальность полученной информации, уважение прав защищаемого лица, его личной жизни¹.

2. Осознание предела своей компетентности. Начинающему психологу, оперативному сотруднику необходимо работать под наблюдением профессионала, искать формы и методы по улучшению стиля оказания психологической помощи. Попытка «заглянуть в душу» защищаемого лица, без должной квалификации, опыта, потенциально опасна и является следствием «психологической интоксикации»².

3. Интервьюирование предназначено для оказания психологической помощи, а не для увеличения объема информации о защищаемом лице у сотрудника. Не стоит расспрашивать защищаемое лицо о несущественных деталях, о сексуальной жизни. Чрезмерное увлечение жизненной историей чревато пропуском того, что человек думает и чувствует.

4. Корректное отношение к защищаемому лицу, независимо от его социального статуса, вызываемой симпатии или антипатии, т. к. доверительные отношения, «разговор по душам» начинается после того, как человек понял, что его мысли и переживания близки психологу (оперативнику). Отношения доверия развиваются из способности сотрудника и защищаемого лица быть честными.

5. Учет индивидуальных и культурных различий. Эффективность интервью зависит от того, как сотрудник подразделения государственной защиты и защищаемое лицо с различными убеждениями найдут общий язык, создавая атмосферу доверия. Потенциальные психологические сложности возможны на разных уровнях – вчера они захватывали одну область; сегодня – вторую; завтра – могут распространиться на третью. Без доверия, эмпатии между сотрудником и защищаемым лицом невозможно провести квалифицированное интервьюирование и достичь желаемый коррекционный эффект.

Существуют различные методологические подходы к проведению интервью. Считается, что по длительности первое интервью должно быть около 50 минут. Последующие интервью с тем же защищаемым лицом несколько короче³. Модель клинического интервью:

I этап. Установление «доверительной дистанции». Ситуативная поддержка, предоставление гарантий конфиденциальности, определение доминирующих мотивов проведения интервью.

¹ Если полученные данные не являются угрозой для осуществления мер безопасности как самого защищаемого лица, так и оперативных сотрудников.

² Самонадеянность, не подкрепленная опытом, и амбициозность без необходимых психологических знаний.

³ Змановская Е. В. Указ. соч. С. 144.

II этап. Выявление жалоб (пассивное и активное интервью), оценка внутренней картины – концепция алкогольной зависимости; структурирование проблемы.

III этап. Оценка желаемого результата интервью и психологической помощи (психокоррекции); определение субъективной модели поведения и предпочитаемого психического статуса (состояния).

IV этап. Оценка антиципационных способностей защищаемого лица; обсуждение вероятных вариантов ухудшения психического состояния и психокоррекции; антиципационный тренинг.

Таблица 4

Основные этапы выслушивания

Методика	Описание	Функция в процессе интервью
Открытые вопросы	«Что?» – выявление фактов; «Как?» – чувства; «Почему?» – причины; «Можно ли?» – общая картина	Используются для выявления основных факторов, влияющих на формирование алкогольной зависимости и облегчают разговор
Закрытые вопросы	Включают в себя частицу «ли», что предполагает краткий ответ	Дают возможность выявить особые факты, сокращают слишком длинные монологи
Поощрение (поддержка)	Повторение нескольких ключевых фраз защищаемого лица	Поощряет детальную разработку специфических слов и смыслов
Отражение чувства	Обращение внимания на эмоциональное содержание интервью	Проясняет эмоциональную подоплеку ключевых фактов, помогает «открывать» чувства
Пересказ	Повторение сущности слов защищаемого лица и его мыслей, используя его ключевые слова	Активизирует обсуждение, показывает уровень понимания
Резюме	В сжатом виде повторяет основные факты и чувства защищаемого лица	Полезно повторять периодически во время интервью. Обязательно в конце встречи.

Кроме выслушивания, оперативный сотрудник, осуществляющий меры безопасности, во время интервью должен использовать и элементы воздействия.

Таблица 5

Методы воздействия в процессе интервью

Методика	Описание	Функция в процессе интервью
Интерпретация	Задаёт новые рамки, в которых защищаемое лицо может увидеть ситуацию со стороны	Попытка дать возможность лицу, подлежащему государственной защите, увидеть ситуацию – альтернативное восприятие реальности, что способствует изменению взглядов, настроения и поведения
Директива (указание)	Говорит защищаемому лицу, какое действие пред-	Ясно показать лицу, подлежащему государственной защите, какого

	принять. Может быть просто пожеланием или техникой	действия оперативный сотрудник от него ожидает
Совет (информация)	Высказывает пожелания, общие идеи, дает «домашнее задание» защищаемому лицу, как действовать, думать, вести себя	Умеренно используемые советы дают лицу, подлежащему государственной защите, полезную информацию
Самораскрытие	Оперативный сотрудник делится личным опытом и переживаниями либо разделяет чувства защищаемого лица	Тесно связан с приемом обратной связи, построен на принципе «Я-предложениях». Способствует установлению раппорта (психологического контакта)
Обратная связь	Дает защищаемому лицу возможность понять, как его воспринимают сотрудники, психолог, окружающие	Дает конкретные данные, которые помогают лицу, подлежащему государственной защите, понять, как другие воспринимают его поведение и стиль мышления, что создает возможность адекватного самовосприятия
Логическая последовательность	Объясняет защищаемому лицу логические следствия его мышления и поведения. «Если ... то ...»	Дает лицу, подлежащему государственной защите, иную точку отсчета. Что формирует навык предвидеть результаты их действий (бездействий)
Воздействующее резюме	Часто используется в конце беседы, чтобы сформулировать суждения психолога (оперативника). Часто используется в комбинации с резюме, формулируемым защищаемым лицом	Поясняет, что психолог (сотрудник) и лицо, подлежащее государственной защите, добились за время беседы. Подводится итог того, что сказал психолог. Призвано помочь защищаемому лицу перенести данные обещания из интервью в реальную жизнь

Итогом интервью, проведенного штатным (внештатным) психологом, психиатром, является оценка риска поведения защищаемого лица, затрудняющего осуществление мер государственной защиты. На основании такового, а при необходимости и дополнительного обследования, решается вопрос о целесообразности заключения или прекращения договора (контракта) по защите данного лица или группы лиц. В случае проведения интервью оперативным сотрудником и выявления признаков потенциально опасных состояний, затрудняющих осуществление мер государственной защиты, желательна консультация психолога, психиатра-нарколога для принятия окончательного решения о необходимости и формах психологи-

ческой, социальной или правовой помощи в отношении защищаемого лица¹.

К числу опасных состояний защищаемых лиц относятся: алкогольное и наркотическое опьянение, психические аномалии. Практика свидетельствует, что нахождение защищаемого лица в любом из этих состояний часто создает предпосылки для совершения ими сопротивления работникам полиции, осознанного или неосознанного совершения насильственных действий. Своевременная диагностика опасного состояния у защищаемого лица позволяет предпринять соответствующие профилактические, защитные и пресекательные меры. Основными приемами диагностики являются наблюдение и беседа. При этом подлежат анализу различные характеристики вербального и невербального поведения защищаемого лица, его реакции на слова и замечания сотрудников, степень согласованности речевых высказываний с конкретными поведенческими актами². Так, в состоянии алкогольного опьянения снижается уровень критичности и самоконтроля человека, изменяется характер восприятия других лиц и их речевых сообщений, нередко повышается степень импульсивности, невыдержанности и агрессивности. Выделяют следующие поведенческие реакции, соответствующие одной из трех стадий опьянения (Таблица 6).

При оценке степени опьянения необходимо обращать внимание на состояние памяти, динамику речевой деятельности, реакцию на происходящее, умения поднять с полу упавший предмет, быстро повернуться, умение вести счет в обратном порядке и т. д. Диагностическим признаком является навык письма, который уже при незначительном употреблении алкоголя изменяется. Следует отличать алкогольное опьянение от болезненных состояний человека. Известно, что возбуждение, шаткая походка, несвязная речь могут наблюдаться при некоторых инфекционных заболеваниях и поражениях головного мозга. У отдельных лиц с психопатическими тенденциями развивается патологическое опьянение. Оно сопровождается «сужением» сознания, галлюцинациями, бесцельными или разрушительными действиями. Пьяный человек в таком состоянии крайне опасен для окружающих, так как он может совершить неосознаваемые действия с негативными последствиями как для себя, так и окружающих.

¹ Психологические, социальные и правовые аспекты обеспечения лиц, подлежащих государственной защите: монография / В. Л. Линевич [и др.]. Уфа: Уфимский ЮИ МВД России, 2018. С. 134–135.

² Таганова А. А. Вопросы психологического обеспечения оперативно-служебной деятельности подразделений государственной защиты. Краснодар: КрУ МВД России, 2012. С. 97–99.

Таблица 6

<i>Поведенческие показатели стадий опьянения</i>		
Легкая	Средняя	Тяжелая
В состоянии легкого опьянения человеку свойственны эйфория, повышение самооценки и уровня притязаний, ослабление критичности и концентрации внимания, повышенная самоуверенность, обидчивость. Движения активизируются. Наблюдается гиперемия, нередко ведущая к изменению цвета лица (покраснение). Человек в этом состоянии переоценивает свои физические и интеллектуальные возможности	При выраженном алкогольном опьянении теряется чувство меры в отношении к окружающим, обнажаются инстинкты, реакции на внешние раздражители приобретают явную аффективную окраску. Малозначительные факты могут вызвать гнев, ярость и т. д. Теряется связанность мышления, двигательные реакции нарушаются, наблюдается заметное пошатывание при ходьбе, понижается болевая чувствительность, снижается, в значительной мере, ориентировка в окружающем пространстве	Тяжелая степень опьянения характеризуется усилением тормозящего действия алкоголя на нервную систему. Нарушается ориентировка в окружающем пространстве. Наблюдаются серьезные затруднения при движении, склонность к вялости, сонливости, резко снижается болевая чувствительность. Нарушаются вегетативнососудистые функции, выражающиеся в повышенном слюноотделении, рвоте, усилении диуреза. Угнетение нервной системы усиливается и в последующем наступает сон

Для хронических алкоголиков свойственно изменение ряда черт характера и выраженность таких свойств, как эгоистичность, грубость, цинизм, самоуверенность, склонность к примитивному юмору. У них отмечаются деградирующие изменения памяти, мышления, внимания, развивается подозрительность и эгоцентричность. Указанные изменения личности определяют образ жизни и поведение хронических алкоголиков.

Защищаемые лица, в том числе и с алкогольной зависимостью, нуждаются в психологической поддержке. Именно психологическая поддержка со стороны сотрудника должна создать атмосферу доброжелательности, покоя и уверенности в своих силах, способствовать снижению тревоги и остроты переживаний. Поддержка может быть коммуникативной, телесной, физической, деловой и эмоциональной¹.

При возникновении нестандартных ситуаций, в том числе вызванных алкогольной зависимостью лица, подлежащего государственной защите, до приезда специалиста (психолога, психиатра-нарколога) оперативнику

¹ Таганова А. А. Вопросы психологического обеспечения оперативно-служебной деятельности подразделений государственной защиты. Краснодар: КрУ МВД России, 2012. С. 124–127.

важно держать ситуацию под контролем, не допускать травм, смерти и других негативных последствий как для защищаемого лица, так и для других. Сотрудник должен уметь оказывать экстренную психологическую помощь защищаемому лицу при возникновении у него эмоциональных реакций деструктивного характера.

Таблица 7

Методы воздействия при эмоциональных реакциях защищаемых лиц

Состояние защищаемого лица	Признаки	Действия сотрудника
1	2	3
Ступор	Ступор может длиться от нескольких минут до нескольких часов. Неоказание помощи и длительное пребывание защищаемого лица в таком состоянии приведет к его физическому истощению. Так как контакта с окружающим миром нет, защищаемое лицо не заметит опасности и не предпримет действий, чтобы ее избежать. Основными признаками ступора являются: резкое снижение или отсутствие произвольных движений и речи; отсутствие реакций на внешние раздражители (шум, свет, прикосновения, щипки); «застывание» в определенной позе, оцепенение, состояние полной неподвижности; возможно напряжение отдельных групп мышц	1. Согните защищаемому лицу пальцы на обеих руках и прижмите их к основанию ладони. Большие пальцы должны быть выставлены наружу. 2. Кончиками большого и указательного пальцев массируйте защищаемому лицу точки, расположенные на лбу, над глазами ровно посередине между линией роста волос и бровями, четко над зрачками. 3. Ладонь свободной руки положите на грудь защищаемого лица. Подстройте свое дыхание под ритм его дыхания. 4. Человек, находясь в ступоре, может слышать и видеть. Поэтому говорите ему на ухо тихо, медленно и четко то, что может вызвать сильные эмоции (лучше негативные). Необходимо любыми средствами добиться реакции защищаемого лица, вывести его из оцепенения
Двигательное возбуждение	Основными признаками двигательного возбуждения являются: резкие движения, часто бесцельные и бессмысленные действия; ненормально громкая речь или повышенная речевая активность (человек говорит без остановки, иногда абсолютно бессмысленные вещи); часто отсутствует ре-	1. Используйте прием «захват»: находясь сзади, просуньте свои руки пострадавшему под мышки, прижмите его к себе и слегка опрокиньте на себя. 2. Изолируйте защищаемое лицо от окружающих. 3. Массируйте «позитивные» точки. Говорите спокойным

	акция на окружающих (на замечания, просьбы, приказы)	голосом о чувствах, которые он испытывает. («Тебе хочется что-то сделать, чтобы это прекратилось? Ты хочешь убежать, спрятаться от происходящего?») 4. Не спорьте с защищаемым лицом, не задавайте вопросов, в разговоре избегайте фраз с частицей «не», относящихся к нежелательным действиям (например: «Не беги», «Не размахивай руками», «Не кричи»). 5. Помните, что защищаемое лицо может причинить вред себе и другим. 6. Двигательное возбуждение обычно длится недолго и может смениться нервной дрожью, плачем, а также агрессивным поведением (см. помощь при данных состояниях)
Агрессия	Агрессивное поведение – один из произвольных способов, которым организм человека «пытается» снизить высокое внутреннее напряжение. Проявление злобы или агрессии может сохраняться достаточно длительное время и мешать самому пострадавшему и окружающим. Основными признаками агрессии являются: раздражение, недовольство, гнев (по любому, даже незначительному поводу); нанесение окружающим ударов руками или какими-либо предметами; словесное оскорбление, брань; мышечное напряжение; повышение кровяного давления	1. Сведите к минимуму количество окружающих. 2. Дайте защищаемому лицу возможность «выпустить пар» (например, выговориться или «избить» подушку). 3. Поручите ему работу, связанную с высокой физической нагрузкой. 4. Демонстрируйте благожелательность. Даже если вы не согласны с защищаемым лицом, не обвиняйте его самого, а высказывайтесь по поводу его действий. Иначе агрессивное поведение будет направлено на вас. Нельзя говорить: «Что же ты за человек!» Следует сказать: «Ты ужасно злишься, тебе хочется все разнести вдребезги. Давай вместе попытаемся найти выход из этой ситуации». 5. Старайтесь разрядить обстановку смешными комментариями или действиями. 6. Агрессия может быть по-

		гашена страхом наказания: если нет цели получить выгоду от агрессивного поведения; если наказание строгое и вероятность его осуществления велика. 7. Если не оказать помощь разъяренному человеку, это приведет к опасным последствиям: из-за снижения контроля за своими действиями человек будет совершать необдуманные поступки, может нанести увечья себе и другим.
Страх	К основным признакам страха относятся: напряжение мышц (особенно лицевых); сильное сердцебиение; учащенное поверхностное дыхание; сниженный контроль над собственным поведением. Панический страх, ужас может побудить к бегству, вызвать оцепенение или, наоборот, возбуждение, агрессивное поведение. При этом человек плохо контролирует себя, не осознает, что он делает и что происходит вокруг	1. Положите руку защищаемого лица себе на запястье, чтобы он ощутил ваш спокойный пульс. Это будет для него сигналом: «Я сейчас рядом, ты не один!». 2. Дышите глубоко и ровно. Побуждайте защищаемого лица дышать в одном с вами ритме. 3. Если защищаемое лицо говорит, слушайте его, выражайте заинтересованность, понимание, сочувствие. 4. Сделайте защищаемому лицу легкий массаж наиболее напряженных мышц тела
Нервная дрожь	Основные признаки данного состояния: дрожь начинается внезапно – сразу после инцидента или спустя какое-то время; возникает сильное дрожание всего тела или отдельных его частей (человек не может удержать в руках мелкие предметы, зажечь сигарету); реакция продолжается достаточно долго (до нескольких часов); потом человек чувствует сильную усталость и нуждается в отдыхе. Если эту реакцию остановить, то напряжение останется внутри, в теле, и вызовет мышечные боли, а в дальнейшем может привести к развитию таких	1. Нужно усилить дрожь. 2. Возьмите защищаемое лицо за плечи и сильно, резко потрясите в течение 10–15 секунд. 3. Продолжайте разговаривать с ним, иначе он может воспринять ваши действия как нападение. 4. После завершения реакции необходимо дать защищаемому лицу возможность отдохнуть. Желательно уложить его спать. 5. Нельзя: обнимать защищаемое лицо или прижимать его к себе; укрывать его чем-то теплым; успокаивать защищаемого лица, говорить, чтобы

	серьезных заболеваний, как гипертония, язва и др.	он взял себя в руки
Плач	Когда человек плачет, внутри у него выделяются вещества, обладающие успокаивающим действием. Хорошо, если рядом есть кто-то, с кем можно разделить горе. Основные признаки данного состояния: человек уже плачет или готов разрыдаться; подрагивают губы; наблюдается ощущение подавленности; в отличие от истерики, нет признаков возбуждения. Если человек сдерживает слезы, то не происходит эмоциональной разрядки, облегчения. Когда ситуация затягивается, внутреннее напряжение может нанести вред физическому и психическому здоровью человека	1. Не оставляйте защищаемое лицо в одиночестве. 2. Установите физический контакт с защищаемым лицом (возьмите за руку, положите свою руку ему на плечо или спину, погладьте его по голове). Дайте ему почувствовать, что вы рядом. 3. Применяйте приемы «активного слушания» (они помогут выплеснуть свое горе): периодически произносите «ага», «да», кивайте головой, то есть подтверждайте, что слушаете и сочувствуете; повторяйте за защищаемым лицом отрывки фраз, в которых он выражает свои чувства; говорите о своих чувствах и чувствах защищаемого лица. 4. Не старайтесь успокоить защищаемое лицо. Дайте ему возможность выплакаться и выговориться, «выплеснуть» из себя горе, страх, обиду. 5. Не задавайте вопросов, не давайте советов. Ваша задача – выслушать
Истерика	Истерический припадок длится несколько минут или несколько часов. Основные признаки: сохраняется сознание; чрезмерное возбуждение, множество движений, театральные позы; речь эмоционально насыщенная, быстрая; крики, рыдания	1. Удалите зрителей, создайте спокойную обстановку. Оставайтесь с защищаемым лицом наедине, если это не опасно для вас. 2. Неожиданно совершите действие, которое может сильно удивить (можно дать пощечину, облить водой, с грохотом уронить предмет, резко крикнуть на пострадавшего). 3. Говорите с защищаемым лицом короткими фразами, уверенным тоном («Выпей воды», «Умойся»). 4. После истерики наступает

		упадок сил. Уложите его спать. До прибытия специалиста наблюдайте за его состоянием. 5. Не потакайте желаниям защищаемого лица
--	--	---

Сотруднику полиции важно помнить, что профессионально-психологическая подготовка является, прежде всего, подготовкой к работе с людьми. Она включает в себя получение психологических знаний, формирование личностных психологических средств решения профессиональных задач, освоение которых невозможно без превращения их в личное внутреннее орудие путем долгой и кропотливой работы над собой. Чтобы психологические знания переросли в профессиональные качества, необходимо самопознание и познание других людей, применение жизненного опыта, освоение и формирование эффективных способов управления своей психикой и психикой защищаемых лиц.

Специфическая особенность деятельности сотрудников полиции при реализации программы государственной защиты свидетелей заключается в необходимости встречаться и длительно контактировать в процессе осуществления охраны с разнообразными по своему характеру и поведению людьми. При этом практически важным может оказаться знание не только психологии личности, но и отдельных психологических феноменов, включая алкогольную зависимость. Содержание деятельности сотрудников подразделений государственной защиты заключается в тщательном наблюдении за охраняемым объектом (защищаемым лицом) и пресечении противоправных посягательств в отношении защищаемого лица.

Особыми условиями данной деятельности являются: изоляция при несении службы, непрерывный, длительный контакт с защищаемым лицом, постоянный контроль действий защищаемого лица, наличие стрессовой напряженности в связи с ожиданием преступного нападения на охраняемый объект. Исходя из содержания и условий служебной деятельности, можно говорить о том, что психологические знания для сотрудника являются профессионально значимыми и необходимыми.

Вопросы для самоподготовки:

1. Перечислите группы и виды методов психологической коррекции аддиктивных форм поведения.
2. Укажите основные этапы психокоррекционной работы с девиантным поведением.
3. Какие общие и специальные методы психологической помощи защищаемым лицам с отклоняющимися формами поведения принято выделять? Раскройте их сущность.

4. Укажите цель и этапы интервьюирования сотрудниками подразделений государственной защиты лиц, подлежащих защите.

5. Какие признаки эмоциональных реакций защищаемых лиц характерны для истерики, агрессии и страха? Каков алгоритм действий сотрудника полиции?

6. Перечислите потенциально опасные действия, эмоциональные реакции защищаемых лиц, требующие привлечения специалистов (психологов, наркологов и др.).

7. Укажите основные задачи оперативного сотрудника подразделений государственной защиты, требующие психологической подготовки (знаний, умений) при осуществлении мер безопасности.

Глава III. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЦ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

§ 3.1. Алкоголизм как форма аддиктивного поведения

Алкоголизм и злоупотребление алкоголем относятся к самым распространенным формам аддиктивных расстройств. Алкоголизм (хроническая алкогольная интоксикация, алкогольная токсикомания, этилизм) – прогрессирующее заболевание, характеризующееся патологическим влечением к спиртным напиткам, развитием «абстинентного» (похмельного) синдрома при прекращении употребления алкоголя, развитием соматических и неврологических расстройств и психической деградацией¹. Алкоголь наряду с никотином и кофеином составляют «легальную триаду» психоактивных веществ (ПАВ). Употребление данных веществ, при некоторых государственных ограничениях их оборота, в развитых странах не преследуется законом. Для России², США, европейских стран характерно терпимое отношение к потреблению алкоголя, а существующие культурные традиции способствует дополнительной их легитимизации в общественном сознании³.

Принципиальное отличие алкоголя от двух других представителей «легальной триады» ПАВ заключается в том, что систематическое злоупотребление спиртными напитками приводит к возникновению неврологических и психических изменений. Медицинские и социальные последствия алкоголизма представляют одну из серьезных проблем современного общества. Никотин и кофеин с присущим им «мягким» психотропным эффектом и отсутствием нейротоксического действия в обычно употребляемых суточных дозах подобных последствий не вызывают⁴.

Многочисленные теории алкоголизма условно разделяются на психологические и биологические. В основе потребления (злоупотребления) любого ПАВ, включая алкоголь, лежат два мотива: стремление к удовольствию за счет положительного подкрепления воздействия ПАВ; стремление к устранению психического дискомфорта за счет отрицательного подкрепляющего действия⁵. В основе психологических теорий развития алкогольной зависимости лежит представление о субъективной потребности индивида в алкоголе (гипотеза самолечения)⁶. Согласно этой гипотезе лица, злоупотребляющие алкоголем, страдающие алкоголизмом, употребля-

¹ Алкоголизм. Руководство по психиатрии / под ред. Г. В. Морозова. М.: Медицина, 1988. С. 113–114.

² За исключением национальных (мусульманских) республик в составе РФ.

³ Менделевич В. Д., Сиволап Ю. П. Наркология: учебник. Ростов н/Д.: Феникс, 2017. С. 72.

⁴ При возникновении никотиновой зависимости характер влияния и последствия иные.

⁵ За счет торможения соответствующих участков центральной нервной системы.

⁶ URL: <https://www.self-medicationhypothesis>

ют его для снятия тревоги, стресса, психического или эмоционального напряжения, для преодоления других форм психологического дискомфорта¹. Принято считать, что к факторам, предопределяющим возникновение алкогольной зависимости, относятся следующие личностные характеристики: сниженная самооценка, склонность драматизировать собственные психологические проблемы, импульсивность, личностная тревожность, склонность к депрессивным реакциям в проблемных ситуациях, девиантное поведение в детском и подростковом возрасте, а также стресс, обусловленный сексуальным или физическим насилием в детском и подростковом возрасте².

В основе биологической концепции развития алкогольной зависимости лежат ферментативная и медиаторная теории. Ферментативная теория основывается на дефиците ферментативных систем³. Дефицит ацетальальдегиддегидрогеназы, приводящий к образованию большого количества уксусного альдегида при метаболизме алкоголя, обуславливает непереносимость к спиртным напиткам, быстрое развитие алкогольной зависимости у лиц, являющихся носителями «азиатского гена»⁴. Выделяют следующие признаки ферментативной недостаточности: быстрое, сильное опьянение; злобность, агрессивность (дисфорический компонент); боли в животе; покраснение лица, шеи, с багровым оттенком (флашинг-реакция) при приеме даже малых доз алкоголя⁵. Психологические и биологические концепции развития алкоголизма дополняют друг друга. Кроме рассмотренных теорий, существенную роль в формировании алкогольной зависимости исследователи отводят социальным, семейным, религиозным, культурным и наследственным факторам. Генетические аспекты алкоголизма считаются доказанными в результате многочисленных исследований. Степень риска развития алкоголизма у потомства лиц, страдающих данным заболеванием, расценивается как отягощенная наследственность. Она различна при алкоголизме у одного или обоих родителей, сибсов, родственников второй и последующих степеней родства⁶. Даже «минимальный риск» у родственников в третьем поколении намного выше, чем у среднестатистического человека в популяции, без наследственной алкогольной отягощенности.

Выделяют следующие классификации алкогольной зависимости. А. А. Портнов и И. Н. Пятницкий процесс алкоголизации разделяли на три последовательно сменяющие друг друга стадии: неврастеническая, нарко-

¹ Менделевич В. Д., Сиволап Ю. П. Указ. соч. С. 88.

² Там же. С. 89.

³ Недостаточное количество вырабатываемого фермента или группы ферментов: каталазы, микросомальных ферментов печени, дегидрогеназы.

⁴ Представители монголоидной расы: Япония, Китай, Монголия, народности Севера России.

⁵ Менделевич В. Д., Сиволап Ю. П. Указ. соч. С. 90.

⁶ Там же. С. 92.

маническая и энцефалопатическая (исходная). Клинические признаки алкоголизма включают патологическую зависимость от алкоголя (психическую и физическую), поэтапное изменение реактивности на количество принимаемого алкоголя на фоне деградации личности¹. И. В. Стрельчук предложил классификацию алкоголизма с диагностическими критериями трех его стадий.

Первая стадия (легкая, компенсированная) характеризуется:

- 1) патологическим влечением к спиртным напиткам и утратой количественного контроля («потеря чувства меры»);
- 2) растущей толерантностью к алкоголю²;
- 3) амнезией («провалы памяти») на фоне выраженного алкогольного опьянения;
- 4) нарушениями (соматические заболевания) функционирования внутренних органов и нервной системы;
- 5) сохраняющейся или незначительно нарушающейся трудоспособностью.

Для второй стадии алкогольной зависимости (средняя, субкомпенсированная) характерны:

- 1) патологическое влечение к алкоголю и утрата количественного контроля с абстинентным синдромом;
- 2) алкогольная толерантность становится максимальной³;
- 3) эпилептиформные припадки⁴;
- 4) алкогольные психозы («белая горячка»);
- 5) алкогольная дисфория⁵ или депрессия;
- 6) соматические расстройства хронического характера, становящиеся необратимыми;
- 7) социальная дезадаптация.

На третьей стадии алкоголизма (тяжелая, декомпенсированная) проявляются следующие характерные признаки:

- 1) снижается толерантность к алкоголю с периодами интолерантности (алкогольной непереносимости);
- 2) амнезии возникают независимо от количества потребляемого алкоголя, даже незначительного;

¹ Руководство по психиатрии / под ред. Г. В. Морозова. М.: Медицина, 1988. С. 115.

² Там же. Необходимость увеличения количества употребляемого алкоголя для достижения состояния выраженного опьянения.

³ Там же. Количество потребляемого алкоголя за один прием достигает максимума по сравнению с первой и третьей стадией алкоголизма и сохраняется таковой до перехода в исходную стадию (третью), при которой состояние нарушений функций органов и систем организма обуславливает снижение количества употребляемого алкоголя при сохраняющемся выраженном опьянении.

⁴ Там же. Потеря сознания, судороги.

⁵ Там же. Злобное, брызжащее настроение, сопровождающееся вспышками агрессии.

3) патологическое влечение к алкоголю, утрата количественного контроля и абстинентный синдром проявляются максимально сильно (тяжело);

4) алкогольная деградация проявляется органическим поражением головного мозга;

5) часто возникает алкогольный психоз;

6) поражение внутренних органов и систем принимает необратимый характер (цирроз печени);

7) отмечается глубокая (полная) социальная дезадаптация;

8) утрачивается трудоспособность (инвалидизация по соматическим или неврологическим заболеваниям)¹.

Э. Джеллинек (1946) первоначально предложил выделять следующие четыре фазы развития алкоголизма: преалкогольную, продромальную, критическую и хроническую. В преалкогольную фазу злоупотребление алкогольными напитками еще не носит болезненный (навязчивый, регулярный) характер. На второй фазе формируется навязчивая тяга к употреблению алкоголя, что сопровождается потребностью в увеличении дозы, алкогольными провалами в памяти (амнезиями), потреблением алкоголя тайком от всех. Критическая фаза характеризуется утратой контроля, доведением себя до глубокого опьянения, потребностью «похмелиться» для снятия абстиненции. На завершающей, хронической, стадии алкогольные эксцессы проявляются в чередовании запоев, потреблении суррогатов и периодах неспособности принимать алкоголь, а также алкогольных психозов, моральном огрублении, психической тупости. В 1960 году Э. Джеллинек предложил классификацию разновидностей (форм) алкоголизма, обозначив их пятью первыми буквами греческого алфавита: α (альфа), β (бета), γ (гамма), δ (дельта) и ε (эпсилон). Для альфа-формы алкоголизма характерен прием алкоголя как средства расслабиться, снять эмоциональное напряжение, притупить отрицательные переживания или неприятные (болезненные) соматические ощущения². Бета-форма злоупотребления алкоголем связана с традициями (проведение выходных, отмечание праздников) социальной группы, к которой он принадлежит. Для гамма-формы алкоголизма характерны психическая и физическая зависимость от алкоголя, алкогольная толерантность, утрата «контроля» выпитого, переход от однодневных к многодневным алкогольным эксцессам. Данная форма алкоголизма, по мнению Э. Джеллинека, сопряжена с национальными традициями употребления крепких алкогольных напитков. Дельта-алкоголизм проявляется в неспособности воздерживаться от приема алкоголя. Ежедневное потребление алкогольных напитков постепенно отягощается, переходя в запойное пьянство. Это форма алкоголизма чаще формируется в

¹ Руководство по психиатрии / под ред. Г. В. Морозова. М.: Медицина, 1988. С. 116.

² Для данного типа алкоголизма в англоязычных странах используется термин – problem drinking (проблемное пьянство).

странах, где преобладает потребление виноградного вина. Эпсилон-алкоголизм характеризуется циклически повторяющимися запоями (дипсоманией)¹. Скорость развития алкогольной зависимости обусловлена личностными особенностями, возрастом начала злоупотребления алкогольными напитками, полом, перенесенными ранее или сопутствующими заболеваниями, частотой и видом потребляемого алкоголя, наследственной отягощенностью, соответствием или несоответствием «манеры» употребления алкоголя существующим семейным, национальным, культурным традициям, степенью выраженности социальных и соматических последствий злоупотребления алкоголем.

§ 3.2. Основные понятия и критерии диагностики алкоголизма у лиц, подлежащих государственной защите

Алкоголизм как хроническое прогрессирующее психическое аддитивное расстройство характеризуется болезненным влечением к алкоголю, формирующимся на основе алкогольной зависимости и систематического злоупотребления алкоголем. Термин «пристрастие к алкоголю» (alcohol addiction) означает переходную стадию развития алкоголизма между злоупотреблением алкоголем и алкогольной зависимостью². Основными признаками (диагностическими феноменами) алкогольной зависимости являются:

- алкоголь занимает одно из главных мест в системе (иерархии) ценностей индивида;
- утрата контроля дозы потребляемого алкоголя, количество употребляемого алкоголя в большинстве случаев (всегда) превышает планируемую величину, как правило, весь имеющийся в наличии алкоголь;
- употребление алкоголя осуществляется, несмотря на возникающие препятствия (проблемы) в профессиональной деятельности и социальных интересах индивида, противодействие со стороны его окружения;
- употребление алкоголя сопровождается развитием синдрома отмены (похмельный синдром).

Первые три критерия отражают психический компонент алкогольной зависимости, а последний, четвертый, признак свидетельствует о развитии физической зависимости. Для оценки наличия алкогольной зависимости могут использоваться признаки квалификационной диагностической системы DSM-IV³:

- 1) продолжение потребления алкоголя, несмотря на возникающие в результате этого проблемы;

¹ Руководство по психиатрии / под ред. Г. В. Морозова. М.: Медицина, 1988. С. 118.

² Менделевич В. Д., Сиволап Ю. П. Указ. соч. С. 77–78.

³ Классификация психических расстройств, предложенная Американской психиатрической ассоциацией, 2000 г.

2) большое (большее) количество времени тратится на приобретение алкоголя;

3) нарушаются социальная, профессиональная деятельность, отдых или развлечения сопряжены с употреблением алкоголя, без употребления алкоголя отдых, другие формы времяпрепровождения утрачивают для индивида всякий смысл;

4) употребление алкоголя в больших дозах, в количестве, достаточном для достижения сильного опьянения, с использованием всего имеющегося алкоголя;

5) постоянное желание употреблять алкоголь и неудачные попытки уменьшить количество употребляемого алкоголя;

6) синдром отмены;

7) толерантность к алкоголю, выражающаяся в постепенном увеличении употребляемого алкоголя, необходимого для достижения выраженного опьянения¹.

В Международной классификации психических расстройств DSM-5, расстройство, связанное с употреблением ПАВ (substance use disorder) считается комбинированным, включающим злоупотребление (abuse) и зависимость от ПАВ. Диагностическими критериями зависимости от ПАВ являются:

1. Употребление алкоголя (психоактивных веществ), приводящее к выраженному дистрессу или ухудшению психического, физического состояния.

2. Наличие трех и более признаков психической зависимости (симптомов): толерантность; синдром отмены; алкоголь (психоактивное вещество) употребляется чаще и в большем количестве, чем хотелось бы; постоянное желание или безуспешные попытки контролировать употребление алкоголя (ПАВ); значительная часть времени тратится на получение, употребление алкоголя (ПАВ) и восстановление после его приема; употребление алкоголя (ПАВ) несмотря на важные дела; употребление алкоголя (ПАВ) продолжается, несмотря на возникновение или увеличение проблем в личной и социальной жизни².

Психопатологические феномены алкогольной зависимости разделяют на проаддиктивные, аддиктивные и метааддиктивные. Первый признак отражает преморбидные особенности личности, предопределяющие развитие алкогольной зависимости. Под аддиктивным расстройством принято понимать патологическую мотивацию употребления алкоголя, болезненное влечение и сопряженные с этим аддиктивные формы поведения. Метааддиктивные расстройства представляют совокупность патологических изменений, возникающих на фоне злоупотребления алкоголем. В соответ-

¹ Менделевич В. Д., Сиволап Ю. П. Указ. соч. С. 79.

² URL : <http://www.psychiatry.org/dsm5>

ствии с данной классификацией алкоголизм включает аддитивные расстройства и метааддитивные нарушения органов и систем организма индивида¹.

Р. Клонингер предложил следующие два типа алкогольной зависимости, обусловленной наследственной предрасположенностью и характерологическими (преморбидными) особенностями личности. Первый тип формируется у тревожных, пассивно-зависимых лиц и характеризуется проявлением следующих особенностей: 1) повышенной утомляемостью, пессимизмом, робостью, осторожностью, низкой самооценкой, стремлением избегать неприятности; 2) склонностью к сочувствию, сопереживанию, боязнью испортить отношения с окружающими, стремлением помогать значимым для него лицам, эмоционально «привязываться» к ним; 3) повышенным вниманием к деталям, стремлением избегать любых перемен, склонностью к порядку, субординации. Основным проявлением данного типа алкогольной зависимости является утрата контроля дозы употребляемого алкоголя и чередование периодов воздержания со срывами (запойми). Начав пить, лица этого невротического психотипа продолжают пить до наступления сильного алкогольного отравления. Формирование указанной формы зависимости в равной степени детерминируется наследственными (генетическими) и социальными (средовыми) факторами и в равной степени встречается у мужчин и женщин².

Второй психопатический тип алкогольной зависимости, по мнению Р. Клонингера, чаще наблюдается у лиц с антисоциальными установками и характеризуется следующими личностными особенностями:

1) возбудимостью, импульсивностью, стремлением все постоянно менять, выбирая наиболее рискованные пути в достижении цели;

2) самоуверенностью, завышенной самооценкой, оптимизмом, беззаботностью, недооценкой последствий риска своих поступков, нежеланием считаться с общественным мнением, требованиями окружающих;

3) эгоизмом, равнодушием к окружающим, нарочитой независимостью от их мнения, склонностью противопоставлять себя социуму, настойчивостью в достижении собственных, даже антисоциальных, целей.

Главной чертой данного типа алкоголизма является неспособность к полному воздержанию от употребления алкогольных напитков. Формирование данного психотипа, как правило, начинается в юношеском возрасте и обуславливается преимущественно наследственной отягощенностью и в меньшей степени влиянием социального окружения. Данная форма алкогольной зависимости преобладает у мужчин и потенциально более опасна такими проявлениями, как депрессивные состояния и суицидальные тенденции³.

¹ Менделевич В. Д., Сиволап Ю. П. Указ. соч. С. 81.

² Там же. С. 97–98.

³ Там же. С. 99.

Очевидно, что любые попытки систематизации форм злоупотребления алкоголем основаны на одном или двух признаках, положенных в основу классификации, т. к. исследователи рассматривают их как основополагающие. Создание же типологии, охватывающей все возможные варианты течения алкоголизма, неизбежно приводит к чрезмерной громоздкости и превалированию второстепенных признаков над основными, что затрудняет возможность их практического применения. Алкогольная зависимость обуславливает высокий риск травматизма и несчастных случаев (утопление, замерзание), отравлений алкоголем и суррогатами, суицидов, сердечно-сосудистой летальности и деградации личности.

§ 3.3. Лечение лиц с алкогольной зависимостью

Существующие сведения об эффективности лечения алкоголизма и иных форм зависимостей противоречивы. Важное значение имеет наличие у лица «установки» на принятие психологической помощи (наркологической помощи, психокоррекции), а в случае алкогольной (наркотической) зависимости – установки на отказ (воздержание) от приема психоактивного вещества. При стационарном лечении в специализированном учреждении эффективность может достигать 95 %. По данным института им. В. П. Сербского, ремиссия¹ свыше 1 года составляет до 65 %. Исследования показывают, что на эффективность избавления от зависимости (алкогольной, наркотической) влияют следующие факторы: преморбидная структура личности², положительные социальные установки³, отсутствие черт алкогольной (наркотической) деградации личности, активное участие в процессе психологической коррекции близких лица с зависимостью⁴. Алкоголизм и сопутствующие ему заболевания обуславливают высокую смертность лиц с алкогольной зависимостью, она в 4 раза выше, чем у лиц в популяции, не страдающих данным расстройством. Продолжительность жизни алкоголиков на 15 лет меньше, чем у представителей их гендерной и возрастной группы. Лица, страдающие наркотической зависимостью, как правило, не доживают до 35–40 лет⁵.

Лечение алкоголизма включает следующие основные направления: коррекцию острых, угрожающих жизни состояний, вызванных злоупотреблением алкоголя; лекарственную и психологическую коррекцию алкогольной зависимости с целью достижения ремиссии или уменьшения частоты и количества потребляемого алкоголя; коррекцию (лечение) висцер-

¹ Период воздержания от ранее употребляемого психоактивного вещества.

² Наличие или отсутствие наследственной отягощенности, алкогольной предрасположенности.

³ Установки на отказ от употребления; принятие профессиональной помощи; согласие на специализированное лечение.

⁴ Руководство по психиатрии / под ред. Г. В. Морозова. М.: Медицина, 1988. С. 131.

⁵ Менделевич В. Д., Сиволап Ю. П. Указ. соч. С. 132.

ральных, соматических и неврологических последствий злоупотребления алкоголем¹.

Если же алкоголизм обусловлен личностными расстройствами, детерминирующими возникновение зависимого поведения, то психологическая превенция и коррекция являются сложной и труднореализуемой задачей. В последнее время, с появлением новых подходов, включая исследования М. Балинта об «основной недостаточности», вызванной серьезными психическими травмами в детстве², ученые считают возможным способность лиц с зависимыми психическими расстройствами, несмотря на тяжесть проявления алкоголизма, свойственный им драматический и «турбулентный» характер, хорошо функционировать, используя свои интеллектуальные способности, в зонах, свободных от конфликтов. Данный оптимизм обусловлен следующими новыми подходами к психокоррекции личностных расстройств:

- модифицированной психодинамической психотерапией А. Рокленда;
- вариантами когнитивно-бихевиоральной терапии;
- диалектической поведенческой терапией³.

Расширились возможности психофармакологии, включая применение современных антидепрессантов и нейролептиков. Концепция психодинамической психотерапии основана на эффекте переноса. Индивидуум переживает внешнюю реальность через структуру своего внутреннего мира – интернализированных диад объективных отношений. При нормальном развитии ребенок воспринимает других людей как объекты, обладающие положительными и отрицательными свойствами, т. е. как сочетание хороших и плохих черт, с преобладанием отдельных качеств в каждом конкретном случае. Это позволяет человеку справляться со сложностями и неоднозначностью окружающего мира. При пограничных личностных расстройствах подобная интеграция не наступает, а внутренний мир оказывается разделенным (расщепленным), диадические противоположности сосуществуют обособленно друг от друга, но при этом обладают большим потенциалом психической энергии положительного и отрицательного содержания. Лица с пограничными расстройствами личности склонны воспринимать психотерапевта (психолога) в роли агрессора или преследователя. При этом лица с пограничными личностными расстройствами нередко склонны провоцировать психолога, оказывающего им помощь, на агрессию по отношению к себе, доказывая правильность своих подозрений (проекций). Отношения с психотерапевтом (психологом) можно строить, воспринимая себя слабым, беззащитным ребенком, а лицо, оказывающее

¹ Менделевич В. Д., Сиволап Ю. П. Указ. соч. С. 153.

² Базальная недостаточность взрослых, вызванная отвержением и/или бросанием ребенка матерью, другими значимыми для него лицами.

³ Менделевич В. Д., Сиволап Ю. П. Указ. соч. С. 360.

помощь, как авторитет, доминирующую фигуру. Затем может произойти внезапная смена ролей, и психотерапевт воспринимается как слабый некомпетентный человек, а себя зависимая личность ощущает в роли родителя. Психотерапевтический контакт может быть затруднен в связи с пережитым отрицательным опытом, разочарованием в других людях, которые первоначально идеализировались, а затем оказались несовершенными, не заслуживающими доверия. У данной категории лиц страх предательства формирует позицию по исключению положительных отношений. Процесс психотерапии включает следующие элементы:

- выбор приоритетной для состояния лица обсуждаемой темы;
- определение времени, продолжительности, места и других моментов психотерапевтического сеанса;
- сохранение нейтралитета в течение большей части сеанса, отдельное принятие решения в каждом случае необходимого отхода от нейтральной позиции;
- установление общей основы разделенной реальности между психотерапевтом и зависимым лицом;
- анализ положительных и негативных элементов переноса во избежание «застывания» в хроническом позитивном или негативном переносе;
- наблюдение и анализ примитивных защит, когда они проявляются в переносе;
- мониторинг контрпереноса.

Психотерапия данных лиц включает анализ психических состояний, представляющих угрозу суицидальных попыток, злоупотребления психоактивными веществами. Психотерапевт (психолог) по мере развития самоконтроля все более активизируется в плане советов, одобряющих оценок, стимуляции приобретения зависимым лицом необходимых навыков. Применение психодинамической психотерапии будет эффективным при ее регулярности (два раза в неделю) и длительности (в течение года)¹.

Вопросы для самоподготовки:

1. Перечислите и раскройте основные классификации алкогольной зависимости.
2. Укажите основные признаки и характеристики лиц, с алкогольной зависимостью.

¹ Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В. Личностные расстройства. СПб: Питер, 2014. С. 359–366.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Совершенствование деятельности подразделений по обеспечению безопасности лиц, подлежащих государственной защите, повышение эффективности деятельности правоохранительных органов требуют комплексного подхода. Особое внимание следует уделять вопросам психологического обеспечения вышеуказанных лиц при осуществлении мер безопасности. Важно своевременно понимать и определять психические состояния защищаемых лиц, уметь оценивать потенциальную опасность психических состояний, правильно их диагностировать, знать основные правила оказания психологической помощи лицам, подлежащим государственной защите.

Статистика свидетельствует об увеличении количества защищаемых лиц с девиантными формами поведения, включая алкоголизм (наркоманию, токсикоманию), деструктивное и манипулятивное поведение, нуждающихся в психологическом сопровождении. По типу нарушаемой нормы отклоняющееся поведение может проявляться в преступности, пьянстве (алкоголизме), наркотизме, самоубийстве, аморальном поведении, бродяжничестве, проституции, хулиганстве, иждивенчестве, коррупции, бюрократизме, терроризме, расизме, геноциде, деструктивных культах. Девиантные формы поведения могут быть кратковременными или случайными (обмолвки, опiski); длительными или стойкими (неврозы, психозы); постоянными дефектами поведения.

Основными направлениями профилактической работы с данной категорией лиц являются: устранение факторов риска, развитие личностных ресурсов, создание поддерживающей среды. Стратегия психологического сопровождения состоит в поэтапном ослаблении или устранении деструктивных форм поведения, играющих псевдокомпенсаторную роль и препятствующих развитию личности, ее социальной адаптации. Лечение данной категории лиц может проводиться посредством модифицированной психодинамической, когнитивно-бихевиоральной и диалектической поведенческой психотерапии; психофармакологической терапии, с использованием антидепрессантов и нейрорептиков.

Критериями эффективности психологической помощи защищаемому лицу выступают: положительная динамика эмоциональной сферы, коррекция ранее имевшего место аддиктивного поведения, подтверждение адекватности психологической помощи результатами психологической диагностики лиц, ранее находившихся в кризисных психических состояниях.

ЛИТЕРАТУРА

Нормативные акты и официальные документы:

1. **Российская Федерация. Конституция (1993).** Конституция Российской Федерации: принята всенародным голосованием 12 декабря 1993 года (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к Конституции РФ от 30.12.2008 № 6-ФКЗ, от 30.12.2008 № 7-ФКЗ, от 05.02.2014 № 2-ФКЗ, от 21.07.2014 № 11-ФКЗ). – URL : [http:// www.pravo.gov.ru](http://www.pravo.gov.ru). (дата обращения: 06.11.2019). – Текст: электронный.

2. **Российская Федерация. Законы.** О государственной защите потерпевших, свидетелей и иных участников уголовного судопроизводства: федеральный закон от 20 августа 2004 г. № 11-ФЗ / Российская Федерация. Законы. – Текст: непосредственный // Собрание законодательства РФ. – 2004. – № 34. – Ст. 3534.

3. **Российская Федерация. Законы.** О государственной защите судей, должностных лиц правоохранительных и контролирующих органов : федеральный закон от 20 апреля 1995 г. № 45 – ФЗ / Российская Федерация. Законы. – Доступ из СПС КонсультантПлюс (дата обращения: 06.11.2018). – Текст : электронный.

4. **Российская Федерация. Постановление.** Государственная программа «Обеспечение безопасности потерпевших, свидетелей и иных участников уголовного судопроизводства на 2014-2018 годы» (с изменениями на 29 июня 2017 года) от 13 июля 2013 года № 586 / Российская Федерация. Постановление // Официальный сайт Правительства Российской Федерации. – URL: <http://www.government.ru> (дата обращения: 06.11.2019). – Текст : электронный.

Специальная литература:

5. **Берн, Э.** Игры, в которые играют люди. Психология человеческих взаимоотношений; Люди, которые играют в игры. Психология человеческой судьбы / Э. Берн. – Москва : Прогресс, 1988. – ISBN 978-5-699-27307-2. – Текст : непосредственный.

6. **Бузина, Т. С.** Психологическая профилактика наркотической зависимости : монография / Т. С. Бузина. – Москва: Когито-Центр, 2015. – 312 с. – URL : <http://www.iprbookshop.ru/51942.html> (дата обращения: 06.11.2018). – ЭБС «IPRbooks». – ISBN 978-5-89353-472-6. – Текст : электронный.

7. **Вредные привычки и их профилактика** : учебное пособие. – Омск: Сибирский государственный университет физической культуры и спорта, 2010. – 212 с. – URL : <http://www.iprbookshop.ru/64947.html>. – ЭБС «IPRbooks». – ISSN: 2227-8397. – Текст : электронный.

8. **Григорьев, Н. Б.** Психологическое консультирование, психокоррекция и профилактика зависимости : учебное пособие / Н. Б. Григорьев. – Санкт-Петербург: Санкт-Петербургский государственный институт психо-

логии и социальной работы, 2012. – 304 с. – URL : <http://www.iprbookshop.ru/22989.html>. – ЭБС «IPRbooks». – ISBN: 978-5-98238-026-5. – Текст : электронный.

9. **Змановская, Е. В.** Девиантное поведение личности и группы / Е.В. Змановская. – Москва : Знания, 2013. – ISBN: 978-5-4461-0835-0 – Текст: непосредственный.

10. **Короленко, Ц. П.** Личностные расстройства / Ц. П. Короленко, Н. В. Дмитриева. – Санкт-Петербург : Питер, 2014. – 400 с. – ISBN: 978-5-49807-156-5. – Текст : непосредственный.

11. **Либина, А. В.** Совладающий интеллект: человек в сложной жизненной ситуации / А. В. Либина. – Москва : Эксмо, 2008. – ISBN: 978-5-699-25069-1. – Текст : непосредственный.

12. **Линевич, В. Л.** Психологические аспекты диагностико-коррекционной работы по профилактике суицидов среди сотрудников ОВД : монография / В.Л. Линевич // Министерство внутренних дел Российской Федерации, Уфимский юридический институт. – Уфа : Уфимский ЮИ МВД России, 2004. – 169 с. – ISBN 978-5-7247-0506-0. – Текст : непосредственный.

13. **Лютова-Робертс, Е. К.** Техники психологического консультирования в повседневной жизни / Е.К. Лютова-Робертс. – Санкт-Петербург : Речь, 2010. – 176 с. – ISBN 978-5-9268-0964-7. – Текст : непосредственный.

14. **Медицинские, социальные и экономические последствия наркомании и алкоголизма** : монография / Е. А. Кошкина [и др.]. – Москва : Пер Сэ, 2008. – 287 с. – Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/7467.html> (дата обращения: 06.11.2018). – ЭБС «IPRbooks». – ISBN 978-5-9292-0174-5. – Текст : электронный.

15. **Менделевич, В. Д.** Наркология: учебник / В. Д. Менделевич, Ю. П. Сиволап. – Ростов на Дону : Феникс, 2017. – 346 с. – ISBN 978-5-222-27194-0. – Текст : непосредственный.

16. **Мусина, В. П.** Психология личности с никотиновой зависимостью. Методы изучения и помощи : монография / В. П. Мусина. – Саратов : Вузовское образование, 2014. – 91 с. – URL : <http://www.iprbookshop.ru/26248.html>. – ЭБС «IPRbooks». – ISSN 2227-8397. – Текст : электронный.

17. **Организация психологической реабилитации сотрудников органов внутренних дел**: методическое пособие / под общ. ред. докт. псих. наук М. И. Марьина. – Москва : ГУК МВД России, 2002. – 265 с. – ISBN 5-94798-485-7. – Текст : непосредственный.

18. **Пезешкиан, Н.** Психотерапия повседневной жизни. Тренинг в воспитании партнерства и самопомощи / Н. Пезешкиан. – Москва : Медицина, 1995. – 336 с. – ISBN 5-225-00545-4. – Текст : непосредственный.

19. **Психология экстремальных ситуаций для спасателей и пожарных** / под общей ред. Ю. С. Шойгу. – Москва : Смысл, 2007. – 319 с. – ISBN 978-5-89357-253-7. – Текст: непосредственный.

20. **Психологические, социальные и правовые аспекты обеспечения лиц, подлежащих государственной защите**: монография / В. Л. Линевиц [и др.]. – Уфа : Уфимский ЮИ МВД России, 2018. – 137 с. – ISBN: 978-5-7247-0986-6. – Текст: непосредственный.

21. **Руководство по психиатрии** / под ред. Г. В. Морозова. – Москва : Медицина, 1988. – ISBN 5-225-00236-6. – Текст : непосредственный.

22. **Спринц, А. М.** Химические нехимические зависимости: учебное пособие / А. М. Спринц, О. Ф. Ерышев. – Санкт-Петербург : СпецЛит, 2012. – 126 с. – URL : <http://www.iprbookshop.ru/47853.html>. – ЭБС «IPRbooks». – ISBN: 978-5-299-00510-3. – Текст : электронный.

23. **Старшенбаум, Г. В.** Аддиктология: психология и психотерапия зависимостей: учебное пособие / Г. В. Старшенбаум. – Москва : Когито-Центр, 2019. – 368 с. – URL : <http://www.iprbookshop.ru/88315.html>. – ЭБС «IPRbooks». – ISBN 5-89353-157-4. – Текст : электронный.

24. **Фоминова, А. Н.** Жизнестойкость личности : монография / А. Н. Фоминова. – Москва : Прометей, 2012. – 152 с. – URL : <http://www.iprbookshop.ru/18567.html>. – ЭБС «IPRbooks». ISBN 978-5-4263-0110-8. – Текст : электронный.

25. **Хьелл, Л.** Теории личности / Л. Хьелл, Д. Зиглер. – Санкт-Петербург : Питер Пресс, 1997. – 608 с. – ISBN 978-5-88782-412-3. – Текст : непосредственный.

26. **Шнейдер, Л. Б.** Девиантное поведение детей и подростков / Л. Б. Шнейдер. – Москва : Академический проспект, 2005. – 336 с. – ISBN 5-8291-0578-0. – Текст : непосредственный.

Цитренбаум, Чарльз. Гипнотерапия вредных привычек / Чарльз Цитренбаум, Марк Кинг, Уильям Коэн; пер. с англ. Л. В. Ерашовой. – Москва : Независимая фирма «Класс», 1999. – 188 с. – ISBN 5-86375-096-0. – Текст : непосредственный.

Учебное издание

**Линевич Владимир Леонтьевич
Исхаков Эдуард Робертович
Мансурова Зилия Рахимлановна**

**ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ
ЗАЩИЩАЕМЫХ ЛИЦ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ**

Учебное пособие

Редактор Л. Т. Курбанова

Подписано в печать 05.03.2020

Гарнитура Times

Уч.- изд. л. 3,7

Тираж 100 экз.

Заказ № 3

Формат 60×84 1/16

Усл. печ. л. 3,9

*Редакционно-издательский отдел
Уфимского юридического института МВД России
450103, г. Уфа, ул. Муксинова, 2*

*Отпечатано в группе полиграфической и оперативной печати
Уфимского юридического института МВД России
450103, г. Уфа, ул. Муксинова, 2*