

**Дополнительная профессиональная программа  
(профессиональная переподготовка)**

***КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ: ТЕОРИЯ И МЕТОДИКА  
ПРЕПОДАВАНИЯ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ***

**МОДУЛЬ 3  
Специальный  
МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ  
ДИСЦИПЛИНЫ 8**

**«Профилактика наркомании и алкоголизма»**

## ОГЛАВЛЕНИЕ

|  |   |
|--|---|
| Рабочая программа дисциплины: «Профилактика наркомании и алкоголизма».....   | 3 |
| Тема 1. Феноменология зависимости от алкоголя, наркотиков и других психоактивных веществ. Содержание раздела.....  | 4 |
| Тема 2. Клинико-психологические аспекты формирования зависимости от наркотиков, алкоголя и других психоактивных веществ. Содержание раздела.....   | 4 |
| Тема 3. Концептуальные модели профилактики, психотерапии и реабилитации зависимости от алкоголя, наркотиков и других психоактивных веществ. Содержание раздела.....                            | 4 |
| Тема 4. Организационные основы и практические технологии профилактики, психотерапии и реабилитации зависимости от алкоголя, наркотиков и других психоактивных веществ. Содержание раздела..... | 4 |
| ЗАДАНИЯ:.....  | 4 |
| Теоретические.....   | 4 |
| Практические.....  | 4 |
| Список литературы для дополнительного изучения.....  | 4 |
| Формы аттестации и оценочные материалы по дисциплине.....  | 4 |

## **Рабочая программа дисциплины: «Профилактика наркомании и алкоголизма»**

Целью освоения учебной дисциплины «Профилактика наркомании и алкоголизма» формирование общих представлений о концептуальных научно-теоретических прикладных практических основах профилактики, психотерапии и реабилитации зависимости.

### **Задачи дисциплины:**

- Обеспечить усвоение студентами теоретических знаний и практических навыков по следующим аспектам:
  - Основные теоретические положения психологии зависимости, теоретические основы профилактики, психотерапии и реабилитации зависимости от наркотиков, алкоголя и других психоактивных веществ.
  - Современные теории этиологии и патогенеза зависимости от алкоголя и наркотиков, а также концептуальных моделях профилактики.
  - Характеристика симптомов и синдромов зависимости от психоактивных веществ.
  - Знакомство с клинической картиной и клинико-психологической динамикой ее формирования при злоупотреблении алкоголем, стимуляторами, гашишем и галлюциногенами.
  - Основные стратегически организационные и практические программы профилактики зависимости от психоактивных веществ.

По окончании изучения дисциплины, обучающиеся должны:

### **Знать:**

- принципы построения профилактических программ;
- концептуальные модели психотерапии поведения риска и зависимости от психоактивных веществ.

### **Уметь:**

- медико-психологические, психотерапевтические, социальные и педагогические технологии реабилитации.

### **Владеть:**

- профилактики зависимостей от психоактивных веществ.
- практического применения подходов и технологий профилактики рецидивов.
- психологического тестирования и интервьюирования зависимых от психоактивных веществ.
- изложения в форме устного или письменного сообщения или доклада основных положений, содержащихся в учебно-методической или специальной научной литературе, а также интерпретации результатов, представленных в сообщении или докладе.

## **Тема 1. Феноменология зависимости от алкоголя, наркотиков и других психоактивных веществ**

### **Содержание раздела**

В течение, по меньшей мере, 1 месяца (или, если менее месяца, то повторно в течение последнего года) в клинической картине должны быть совместно представлены три или более из приведенных ниже критериев:

- 1) компульсивная потребность приема вещества;
- 2) снижение контроля за приемом вещества (начало, окончание, доза), характеризующееся увеличением общей дозы и/или длительности приема и безуспешными попытками или сохраняющимся желанием уменьшить потребление;
- 3) соматический синдром отмены при снижении дозы или прекращении приема, смягчающийся при возобновлении приема;
- 4) повышение толерантности, снижение эффекта при приеме прежних доз, вызывающие необходимость повышения дозы для достижения прежнего эффекта;
- 5) увеличение времени, затрачиваемого на добавление психоактивного вещества, прием и перенесение последствий, сопровождаемое суждением здоровой социальной активности и интересов личности;
- 6) продолжение приема, несмотря на наличие вредных последствий и знание пациента об этом вреде.

Необходимо различать такие феномены (понятия), как «зависимость от психоактивных веществ» и злоупотребление психоактивными веществами», которое, в свою очередь, следует отличить от «употребления с вредными последствиями». К злоупотреблению относят начальные случаи патологического использования психоактивных веществ, в которых еще не представлены в развернутой форме все признаки зависимости. Критерии злоупотребления психоактивными веществами:

- 1) дезадаптивный стереотип употребления вещества, ведущий к одному и более варианту нарушений поведения, отмечаемых в последние 12 месяцев:
  - повторный прием вещества вызывает очевидное снижение адаптации в важных сферах социальной активности (прогулы и снижение производительности труда/успеваемости в учебе, пренебрежение воспитанием детей и домашним хозяйством);
  - повторный прием в ситуациях физической опасности для жизни (управление транспортом, станком в состоянии интоксикации);
  - повторные конфликты с законом в связи с обусловленными приемом веществ отклонениями поведения и противоправными актами;
  - продолжающийся прием, несмотря на вызываемые или усиливаемые им постоянные межличностные проблемы (конфликты с супругом относительно последствий интоксикации и т.д.);
- 2) состояние никогда не соответствовало критериям зависимости по данному классу вещества.

## **Тема 2. Клинико-психологические аспекты формирования зависимости от наркотиков, алкоголя и других психоактивных веществ**

### **Содержание раздела**

Патологическое влечение является стержневым синдромом болезней зависимости и в определениях отечественных авторов занимает место симптомов «первого ранга», патогномоничного признака. Многие другие признаки и клинические проявления являются производными от этого основного расстройства.

Основные модели влечения к психоактивным веществам можно разделить на три категории:

- 1) феноменологические модели, которые базируются на клинических наблюдениях и описаниях;
- 2) условно–рефлекторные модели, которые базируются на одноименной теории, чаще всего они применяются в моделях лечения с использованием напоминающих стимулов;
- 3) когнитивные модели, в основе которых лежит теория когнитивно–социального научения, эти модели чаще всего используются при разработке когнитивной терапии. В зарубежной литературе предпочтение отдается условно–рефлекторным и когнитивным моделям, в то время как в России предпочтительным является феноменологический подход.

Кроме вышеперечисленных, существуют также и такие теории, которые не считают обязательным в рецидиве присутствия влечения. Одна из них – теория реактивности на стимулы, напоминающие о выпивке. Еще одна «модель когнитивного процессинга влечения» предполагает, что употребление вещества может идти независимо от влечения. С этой точки зрения влечение не является ни центральным, ни иррелевантным в употреблении алкоголя больными с зависимостью. Оно, скорее, служит когнитивным маркером процесса, который только в некоторых случаях может быть ассоциирован с поиском и употреблением алкоголя.

Учитывая феноменологию синдрома патологического влечения, не следует забывать о существовании биологического субстрата. Существует точка зрения, что ведущую роль в формировании патологического влечения к психоактивным веществам играют m–опиоидные рецепторы. В настоящее время уже установлено, что в процессе ремиссии у больных со сформированной физической зависимостью наблюдаются типичные колебания уровня дофамина: в начальном ее периоде он несколько повышен, затем, как правило, опускается ниже нормы. Очевидно, дефицит дофамина в подкрепляющих структурах мозга является основой сохраняющегося патологического влечения к наркотикам и высокой вероятности рецидива заболевания именно в этот период.

Феноменологическая модель патологического влечения к психоактивным веществам. Как феномен патологический, влечение характеризуется периодичностью протекания и постоянством проявлений. Во

время актуализации влечения, связанные с ним потребности становятся доминирующими, а другие потребности тормозятся. Если рассматривать нейрофизиологический подход, то болезненное влечение к психоактивному веществу (алкоголю) действует в соответствии с законом патологической доминанты. Это многокомпонентная система, среди свойств которой выделяют способность «ликвидировать другие напряжения», «стягивать к себе всю их энергию», тормозить всякую другую адекватную активность, устойчивость, тенденцию к хроническому функционированию в связи с ситуационными и биологическими факторами. Эта доминанта является материальной основой внутреннего единства первичного и вторичного психоактивного вещества или психической и физической зависимости. Соответственно, удовлетворение влечений сопровождается разрядкой нервно–психического напряжения и создает предпосылки для актуализации других потребностей и возможностей для их удовлетворения.

Одна из точек зрения психологов состоит в том, что влечение – это динамический процесс, затрагивающий мотивационную сферу. При формировании патологического влечения происходит формирование доминирующей мотивации на основе систематического применения какого–либо биологического агента (алкоголя, наркотиков и др.). Патологическое влечение к психоактивному веществу относится к психопатологическим «новообразованиям» в мотивационной сфере, то есть это влечение, которое не имеет аналогов в норме.

Наиболее глубокий анализ феномена патологического влечения к психоактивным веществам принадлежит В.Б. Альтшулеру. Автор, занимаясь проблемами патологического влечения к алкоголю, трактует его, как психическую патологию «продуктивного» характера. Автор ввел критерий степени охваченности влечением и выделил две основные его формы – генерализованную и парциальную. По психопатологическому содержанию генерализованная форма влечения близка к сверхценным или паранойальным расстройствам. Психопатологическим выражением парциального влечения служит симптоматика, близкая к навязчивостям. То есть автор с классических позиций психиатрии рассматривает патологическое влечение, как единый динамичный симптомокомплекс, имеющий одну патогенетическую основу, но различное клиническое проявление.

### **Тема 3. Концептуальные модели профилактики, психотерапии и реабилитации зависимости от алкоголя, наркотиков и других психоактивных веществ**

#### **Содержание раздела**

Постоянные и непрекращающиеся перемены, происходящие в любом обществе, развитие знания и науки делают невозможным создание универсальной концептуальной модели профилактики наркоманий и токсикомании. Требуется непрерывное обновление и усовершенствование профилактических подходов. Тем не менее, существует ряд общепризнанных концептуальных моделей, позволяющий ориентироваться в

методологической базе различных профилактических программ. Трансакциональная модель превенции А. Дж. Самероффа Данная модель предполагает, что поведение человека детерминируется характеристиками индивида и среды, в которой индивид функционирует. Автор модели полагает, что индивидуальные характеристики человека проявляются только при действии специфических состояний среды. На жизненное личностное пространство, психологический, поведенческий статус влияют контекстуальные факторы, которые сами по себе подвластны влиянию индивида. Результаты взаимодействия между личностью и средой описываются в терминах "транзакций". Цель модели - показать, что возможность понять и предвидеть результаты поведения человека зависит от идентификации, анализа и понимания таких транзакций. Это понимание важно для возможности предупредить и контролировать причины наркотизации, детских и подростковых психосоциальных расстройств. Трансакциональная модель показывает, что риск расстройств может быть вызван тремя причинами:

- а) характеристиками индивида, имеющего те или иные предрасположенности расстройств,
- б) характеристиками среды, воздействующей на индивида,
- в) специфическими комбинациями индивидуальных и средовых характеристик.

Вместе эти элементы способствуют последовательности событий, которые включаются в функциональное или дисфункциональное поведение. Такие последствия рассматриваются как "этиологические изменения", определяющие эмоциональные и поведенческие исходы, которые превентивные усилия позволяют избежать. Модель рассматривает развитие ребенка как продукт динамических интеракционных состояний и опыта, который он получает в процессе функционирования в семейной и социальной среде. Наиболее важным положением этой теории является то, что ребенок и среда не анализируются независимо в отрыве друг от друга. Они являются взаимозависимыми элементами одной системы, а поведение ребенка строго детерминировано накопленным опытом (Сирота Н.А., 1994). Трансакциональная модель предполагает, что уровень риска психосоциальных расстройств различен во времени, поскольку индивид и среда не всегда находятся в равновесии. Когда в какой-то определенной точке равновесие между средой и индивидом нарушается, поведение и эмоциональная сфера личности дестабилизируются, уровень риска возникновения психосоциальных расстройств повышается. Р. Белл считает, что индивидуальные, семейные или средовые обстоятельства в ряде случаев, позволяют защитить личность от возникновения психосоциальных расстройств и помогают уменьшить влияние факторов риска наркотизации (Сирота Н.А., 1994 - Ялтонский В.М., 1995). Модель антисоциального поведения Г. Паттерсона Модель базируется на трансакциональной концепции и исходит из того, что в процессе развития детей существуют

периоды "несогласованной" активности. В том случае, когда взрослые неуместно стремятся дисциплинировать детей, они создают контекст, в котором ребенок усиленно обучается принудительному поведению. Родители, постоянно чрезмерно следящие за детьми, контролирующие их действия, требующие выполнения строгих дисциплинарных установок, снижают позитивные усилия ребенка, уменьшают для себя вероятность вовлеченности в общение с ребенком. В ответ на действия родителей у ребенка развивается протестное поведение, выражающееся в плаче, криках, стремлении передразнивать воспитывающих лиц, воплях, визге. Такое поведение вызывает у родителей негативный ответ, который усиливает поведенческие нарушения, переходящие в открытую агрессию, включая физическую. Когда протестное поведение проявляется часто и интенсивно, а дисциплинарные требования чрезмерны и неуместны, ребенок усваивает ригидные поведенческие стереотипы, которые будут использоваться им в общении со сверстниками и в школе. Одновременно процесс обучения лабильным, более гибким, подвижным поведенческим стратегиям затормаживается. Когда протестное поведение используется при общении со сверстниками и в школе, на него неизбежен агрессивный или избегающий ответ. Результатами этого являются снижение самооценки и плохая успеваемость, формируются негативные транзакции, следствием которых оказывается антисоциальное поведение (Сирота Н.А., 1994). Модель "Превентивных буферов" 3. Модель "Превентивных буферов" Н. Гемези и М. Роттера Гемези и Роттер (цит. по Сирота Н.А., Ялтонский В.М., 1996) выдвинули гипотезу о "превентивных буферах" или позитивных факторах, которые способствуют снижению чувствительности к стрессу и развитию адаптивного поведения. В качестве примера превентивного буфера часто приводят социальную поддержку (Ялтонский В.М., 1995).

#### **Тема 4. Организационные основы и практические технологии профилактики, психотерапии и реабилитации зависимости от алкоголя, наркотиков и других психоактивных веществ**

##### **Содержание раздела**

Описанные зарубежные превентивные модели широко используются на практике. Однако существующие культурные, этнические и социально-психологические различия между странами создают определенные трудности при решении задачи их успешной адаптации в России. Необходима разработка отечественной методологии профилактики. Основой для создания предлагаемой концептуальной модели профилактики наркоманий и токсикомании послужили исследования различных групп детей, подростков и взрослых: условно здоровых - без выраженных факторов риска психосоциальной дезадаптации- с аддиктивными формами поведения- лиц, зависимых от алкоголя и наркотиков (Сирота Н. А, Ялтонский В.М., 1994-1995- 1996- 2001). В этой связи определяются задачи, технологии и методы профилактической деятельности.

Задачи профилактической деятельности:



1. Формирование мотивации на эффективное социально-психологическое и физическое развитие. Исследователями установлено, что формирование у человека позитивного отношения к окружающему миру, желания вести здоровый образ жизни более эффективно, чем запугивание последствиями злоупотребления психоактивными веществами.

2. Формирование мотивации на социально-поддерживающее поведение. У каждого человека должна быть возможность поделиться своими бедами, печалью или радостями, ощутить поддержку "значимого другого". Такая возможность есть не у всех. Поэтому важно научить людей социально-поддерживающему поведению, мотивировать их на оказание помощи родным и близким, активизировать их ресурсы для поиска поддержки в случае необходимости. Люди, у которых сформирована сеть социальной поддержки (семья, друзья, значимые другие), легче справляются с проблемами, могут более эффективно преодолевать стрессы без употребления наркотиков.

3. Развитие протективных факторов здорового и социально-эффективного поведения, личностно-средовых ресурсов и поведенческих стратегий у всех категорий населения. Люди, эффективно использующие поведенческие стратегии, имеющие развитые физические, психические, личностные ресурсы и социально-поддерживающее окружение, оказываются более защищенными перед лицом стрессовых факторов. У них уменьшается вероятность формирования зависимости от наркотиков.

4. Формирование знаний и навыков в области противодействия употреблению наркотиков у детей школьного и дошкольного возраста, родителей и учителей, в организованных и неорганизованных группах населения. Информирование людей о действиях и последствиях злоупотребления психоактивными веществами, о способах избегания ситуаций соприкосновения с наркотиками и отказа от их применения, о вариантах поисков помощи в случаях возникновения проблем, связанных с ними, в сочетании с развитием ресурсов, стратегий и навыков адаптивного поведения помогают формированию жизненного стиля, ведущего к здоровью.

5. Формирование мотивации на изменение дезадаптивных форм поведения. Подобная работа проводится с представителями групп риска или лицами с уже сформированной зависимостью, а также с членами их семей. Для того чтобы люди захотели изменить свое поведение, необходимо сформировать у них активное желание, решимость и готовность - то есть мотивацию на изменение. Решать эту задачу помогают краткосрочные и длительные профилактические мотивационные акции.

6. Изменение дезадаптивных форм поведения на адаптивные. Эта задача предполагает работу с лицами, употребляющими наркотики. Прежде чем стать на путь выздоровления, человек, зависимый от наркотиков, алкоголя или других психоактивных веществ, проходит длинный, тернистый путь: от осознания своих подлинных чувств, преодоления психологических

защит, осмысления деструктивности своего поведения до желания изменения дезадаптивных форм поведения на более адаптивные.

7. Формирование и развитие социально-поддерживающих сетей сверстников и взрослых. Любой человек должен иметь возможность получить помощь социально-поддерживающего окружения. Поэтому, если он одинок и у него нет естественного социально-поддерживающего окружения, необходимо создание структур, которые могут оказывать поддержку. Для этого необходима подготовка субспециалистов, волонтеров - сверстников и взрослых, имеющих навыки социально-поддерживающего и адаптивного поведения.

8. Поощрение стремления к прекращению употребления психоактивных веществ и минимизация вреда от такого употребления. Это - работа с теми, кто уже употребляет наркотики. В данном случае усилия направляются на формирование желания уменьшить и прекратить их употребление.

9. Формирование мотивации на изменение поведения у труднодоступных для контактов подростков и взрослых, употребляющих наркотики и другие психоактивные вещества. Решение этой задачи требует разработки различных технологий. Однако главные из них - социальные: развитие безопасной и доступной системы помощи зависимым лицам, многоуровневой системы их социальной поддержки и ресоциализации.

### **ЗАДАНИЯ для самоконтроля:**

(Выполняются в свободной форме, самостоятельно, не высылаются для проверки на сайт)

#### **Задание 1. Ответьте на вопросы:**

1. Какие критерии алкогольной зависимости вы знаете?
2. Критерии злоупотребления психоактивными веществами?
3. Назовите модели влечения к психоактивным веществам
4. Какие методы профилактики вам известны?

**Задание 2.** Сделать презентацию или нарисовать коллаж: «Мы за здоровый образ жизни».

#### ***Литература:***

1. Клиническая психология /Под ред. Холмогоровой А.Б. Учебник. 1т. М.: Издательский центр Академия, 2010. -464с.
2. Водопьянова Н.Е. Психодиагностика стресса: практикум. –Спб.: Питер, 2009, - 329с
3. Психиатрия и наркология /под общей редакцией А.А. Кирпиченко, Минск, «Вышэйшая школа», 2005 – 578 с.

### **Формы аттестации и оценочные материалы по дисциплине**

Аттестация по дисциплине проходит в форме дифференцированного зачета.  
Зачет ставится при успешном выполнении теста по дисциплине.  
По инструкции необходимо выбрать из предложенных один правильный ответ.

**Критерии оценки теста:**

**30%-60% правильных ответов – «удовлетворительно»;**

**60%-90% правильных ответов – «хорошо»;**

**От 90% правильных ответов – «отлично»**