

Е.В. Мельник

**ПСИХОЛОГИЯ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ
(УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ)**

УДК 159(021)

ББК 88.5я73

М 48

Рецензент: кандидат психологических наук, доцент В.К. Шаяхметова,
г. Челябинск

Мельник Е.В. Психология девиантного поведения: учебное пособие.
– Челябинск : Издательство «Активист», 2023. – 216 с.

В учебном пособии представлена рабочая программа дисциплины «Психология девиантного поведения» в подготовке бакалавра по направлению «Психолого-педагогическое образование». Рабочая программа дисциплины включает тематику и план лекционных и практических занятий, список основной и дополнительной литературы, терминологический минимум, вопросы к зачету, тестовые задания и другие учебно-методические материалы. Далее представлен краткий курс лекций.

Адресуется всем субъектам психолого-педагогического образования, а также специалистам, занимающимся практической психологией.

© Мельник Е.В., 2023

ОГЛАВЛЕНИЕ

1. ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА.....	3
2. СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ.....	4
3. СОДЕРЖАНИЕ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ.....	12
4. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ.....	16
5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ.....	20
6. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ.....	58
7. ПЕРЕЧЕНЬ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ.....	58
8. ОПИСАНИЕ МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЙ БАЗЫ.....	59
9. КРАТКИЙ КУРС ЛЕКЦИЙ.....	60
Тема 1. Девиантное поведение человека как психологический феномен..	60
Тема 2. Агрессия и аутоагрессия как клинические формы девиантного поведения.....	83
Тема 3. Злоупотребление веществами, вызывающими состояние измененной психической деятельности.....	103
Тема 4. Нарушения пищевого поведения.....	143
Тема 5. Основные нарушения сексуального поведения.....	161
Тема 6. Сверхценные психологические увлечения.....	177
Тема 7. Коммуникативные девиации.....	198

1. ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Указание места дисциплины в структуре образовательной программы (базовая, вариативная часть), трудоемкость дисциплины в зачетных единицах.

Дисциплина «Психология девиантного поведения» представлена в содержании вариативной части образовательной программы по направлению: 44.03.02 Психолого-педагогическое образование, профиль подготовки: Психологическое консультирование.

Трудоемкость дисциплины «Психология девиантного поведения» составляет 2 зачетные единицы - 72 часа, в том числе:

для очной формы обучения - лекций 14 ч., практических занятий – 14 ч., лабораторных занятий – 4 ч., самостоятельная работа студентов – 40 ч.

для заочной формы обучения - лекций 6 ч., практических занятий – 6 ч., лабораторных занятий – 2 ч., самостоятельная работа студентов – 54 ч., подготовка к зачету - 4 ч. .

Дисциплина изучается студентами очной формы обучения на 4-ом курсе в 7-ом семестре, заочной формы обучения на 4-ом курсе в 8-ом учебном семестре.

Форма отчетности – зачет.

Необходимые для дисциплин знания, умения и навыки, сформированные в общеобразовательной школе либо в других дисциплинах образовательной программы.

Для изучения дисциплины необходимы умения и навыки работы с научной литературой, Интернет-источниками, а также знания дисциплин: «Психология развития», «Социальная педагогика», «Специальная педагогика», «Клиническая психология детей и подростков».

Необходимость изучения дисциплины как основы для последующего изучения другой дисциплины.

Дисциплина «Психология девиантного поведения» является основой для последующего изучения таких дисциплин, как «Психологическое консультирование», «Основы психотерапии», «Тренинг разрешения конфликтов».

Целью освоения учебной дисциплины является формирование у студентов представлений о факторах и механизмах возникновения девиантного поведения; его клинических формах; о методах диагностики, профилактики и коррекции девиантного поведения.

2. СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Раздел 1. Актуальные вопросы психологии девиантного поведения человека		
План лекций	План лабораторных работ	План семинарских занятий
Тема 1. Девиантное поведение человека как психологический феномен 1. Понятия девиантного и девиантного поведения в психологической науке. 2. Концепции девиантного (девиантного) поведения. 3. Типы девиантного поведения (по В.Д. Менделевичу): делинквентный, аддиктивный, патохарактерологический, психопатологический, на базе гиперспособностей.	Не предусмотрены	

<p>4. Клинические формы девиантного поведения.</p> <p>5. Психологический портрет личности, склонной к девиантному поведению.</p> <p>6. Профилактика девиантного поведения у детей и подростков.</p> <p>7. Методы и методики психологической диагностики девиантного поведения.</p> <p>8. Основные принципы психологической коррекции девиантного поведения.</p>		
<p>Тема 2. Агрессия и аутоагрессия как клинические формы девиантного поведения</p>		
<p>1. Понятия агрессии и агрессивности в психологии.</p> <p>2. Концепции агрессивности.</p> <p>3. Виды агрессивных действий по А. Бассу и А. Дарки.</p> <p>4. Понятие аутоагрессии в психологии. Концепции аутоагрессивности.</p> <p>5. Суицид как крайняя степень аутоагрессии. Типы суицидального поведения.</p> <p>6. Парасуицидальное поведение: понятие, виды, мотивация.</p>		

<p>Тема 3. Злоупотребление веществами, вызывающими состояние измененной психической деятельности</p> <p>1. Общая характеристика аддиктивного поведения.</p> <p>2. Мотивация употребления алкоголя и наркотических веществ.</p> <p>3. Общая характеристика алкоголизма: стадии, клинические симптомы, действие на организм человека.</p> <p>4. Общая характеристика наркомании: стадии, клинические симптомы, действие на организм человека.</p> <p>5. Механизмы формирования наркотической зависимости.</p>		
<p>Тема 4. Нарушения пищевого поведения</p> <p>1. Понятие пищевого поведения. Характеристика нормального пищевого поведения.</p> <p>2. Нервная анорексия: понятие, причины, стадии, методы лечения.</p> <p>3. Нервная булимия: понятие, причины, симптомы, методы лечения.</p>		

<p>4. Употребление в пищу несъедобных предметов: причины, профилактика.</p> <p>5. Неэстетичность в еде: понятие, примеры, профилактика.</p> <p>6. Психологическая диагностика нарушений пищевого поведения.</p> <p>7. Возможности психологической коррекции нарушений пищевого поведения.</p>		
Самостоятельная работа		
Инвариантная часть	Вариативная часть	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Конспект вопроса практического занятия 2. Ведение словаря основных понятий 3. Подготовка к тестированию по разделу 4. Подготовка к терминологическому диктанту 5. Составление копилки психодиагностических методик для исследования девиантного поведения 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Подготовить презентацию по содержанию модуля. 2. Защита презентации. 3. Выступление на практическом занятии. 	
Раздел 2. Клинические формы, диагностика и коррекция девиантного поведения		
План лекций	План лабораторных работ	План семинарских занятий
Не предусмотрены	Тема 1. Агрессия и аутоагрессия как клинические формы девиантного поведения	Тема 1. Агрессия и аутоагрессия как клинические формы девиантного поведения

	<p>1. Психодиагностические методики для изучения агрессивности и агрессивного поведения:</p> <ul style="list-style-type: none"> - опросник А. Басса-А. Дарки - опросник А. Ассингера - тест «Руки» - методика «Кактус» - методика «Несуществующее животное» <p>2. Психокоррекционные и психотерапевтические методы для коррекции агрессивности:</p> <ul style="list-style-type: none"> - аутогенная тренировка; - рациональная психотерапия; - арттерапия; - гештальттерапия; - трансактный анализ. <p>Тема 2. Злоупотребление веществами, вызывающими состояние измененной психической деятельности</p> <p>1. Общая характеристика опиатов: виды, признаки опьянения, действие на организм.</p> <p>2. Препараты конопли: виды, признаки опьянения, действие на организм.</p> <p>3. Амфетамины: виды, признаки опьянения, действие</p>	<p>1. Понятия агрессии и агрессивности в психологии.</p> <p>2. Концепции агрессивности.</p> <p>3. Виды агрессивных действий по А. Бассу и А. Дарки.</p> <p>4. Физическая агрессия как форма агрессивного поведения и частая составляющая криминального поведения.</p> <p>5. Вербальная агрессия как форма агрессивного поведения.</p> <p>6. Классификация форм агрессии по Э. Фромму.</p> <p>7. Профилактика агрессивного поведения в семье.</p> <p>8. Кризисная психотерапия как метод профилактики и лечения аутоагрессивного поведения.</p> <p>9. Психологическая диагностика агрессивности и агрессивного поведения.</p> <p>10. Возможности психологической коррекции агрессивного поведения.</p> <p>Тема 2. Злоупотребление веществами, вызывающими состояние измененной психической деятельности</p> <p>1. Общая характеристика аддиктивного поведения.</p> <p>2. Мотивация употребления</p>
--	---	---

	<p>на организм.</p> <p>4. Препараты кокаина: виды, признаки опьянения, действие на организм.</p> <p>5. Галлюциногены: виды, признаки опьянения, действие на организм.</p> <p>6. Синтетические стимуляторы: экстази. Признаки опьянения, действие на организм.</p> <p>7. Ингалянты: виды, признаки опьянения, действие на организм.</p>	<p>алкоголя и наркотических веществ.</p> <p>3. Профилактика алкоголизма и наркомании в семье и образовательных учреждениях.</p> <p>4. Современные методы лечения алкоголизма и наркомании.</p> <p>5. Психологическая диагностика склонности к аддиктивному поведению.</p> <p>Тема 3. Нарушения пищевого поведения</p> <p>1. Понятие пищевого поведения. Характеристика нормального пищевого поведения.</p> <p>2. Нервная анорексия: понятие, причины, стадии, методы лечения.</p> <p>3. Нервная булимия: понятие, причины, симптомы, методы лечения.</p> <p>4. Употребление в пищу несъедобных предметов: причины, профилактика.</p> <p>5. Неэстетичность в еде: понятие, примеры, профилактика.</p> <p>6. Психологическая диагностика нарушений пищевого поведения.</p>
--	--	---

		<p>7. Возможности психологической коррекции нарушений пищевого поведения.</p> <p>Тема 4. Основные нарушения сексуального поведения</p> <p>1. Понятия сексуальной нормы и сексуальной девиации.</p> <p>2. Гиперсексуальность и асексуальность: определение понятий, причины.</p> <p>3. Общая характеристика нарушений сексуального поведения.</p> <p>4. Психологическая профилактика нарушений сексуального поведения.</p> <p>5. Возможности психологической коррекции нарушений сексуального поведения.</p> <p>Тема 5. Сверхценные психологические увлечения</p> <p>1. Общая характеристика сверхценных психологических увлечений.</p> <p>2. Трудоголизм: понятие, признаки, причины, методы коррекции.</p> <p>3. Гемблинг: понятие,</p>
--	--	--

		<p>признаки, причины, методы коррекции.</p> <p>4. Общая характеристика фанатизма.</p> <p>5. Религиозный фанатизм: понятие, признаки, причины и последствия.</p> <p>6. Музыкальный фанатизм: понятие, признаки, причины и последствия.</p> <p>7. Спортивный фанатизм: понятие, признаки, причины и последствия.</p> <p>8. Психологическая диагностика сверхценных психологических увлечений.</p> <p>9. Возможности психологической коррекции сверхценных психологических увлечений.</p> <p>Тема 6. Коммуникативные девиации</p> <p>1. Аутизация: понятие, признаки, причины, методы коррекции.</p> <p>2. Гиперобщительность: понятие, признаки, причины.</p> <p>3. Конформизм: понятие, признаки, причины, методы коррекции.</p> <p>4. Социальные фобии: понятие, виды, признаки, причины,</p>
--	--	--

		методы коррекции. 5. Нарциссическое поведение: понятие, признаки, причины, методы коррекции. 6. Психологическая диагностика коммуникативных девиаций.
Самостоятельная работа		
Инвариантная часть		Вариативная часть
1. Конспект вопроса практического занятия 2. Ведение словаря основных понятий 3. Тестирование по разделу 4. Подготовка к терминологическому диктанту 5. Составление копилки психодиагностических методик для исследования девиантного поведения		1. Подготовить презентацию по содержанию модуля. 2. Защита презентации. 3. Выступление на практическом занятии.

3. СОДЕРЖАНИЕ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

Раздел	Тема для самостоятельного изучения	Задание для самостоятельного выполнения студентом	Методическое обеспечение	Форма отчетности
1. Актуальные вопросы психологии девиантного поведения человека	Девиантное поведение человека как психологический феномен	Подготовка к семинарскому занятию; Ведение словаря основных понятий курса; Составление презентации (по	1,2,3,7,8,14,15	Конспект Словарь Терминологический диктант Презентация

		выбору студента).		
	Агрессия и аутоагрессия как клинические формы девиантного поведения	Доклад к семинарскому занятию; Ведение словаря основных понятий курса; Составление презентации (по выбору студента). Составление копилки методик	1,2,3,7,8,14,15	Конспект Словарь Терминологический диктант Презентация Копилка методик
	Злоупотребление веществами, вызывающими состояние измененной психической деятельности	Доклад к семинарскому занятию; Ведение словаря основных понятий курса; Составление презентации (по выбору студента) Составление копилки методик	1,2,3,7,8,14,15	Конспект Словарь Терминологический диктант Презентация Копилка методик
	Нарушения пищевого поведения	Подготовка к семинарскому занятию; Ведение словаря основных понятий курса; Составление	1,2,3,7,8,14,15	Конспект Словарь Терминологический диктант Презентация

		презентации (по выбору студента). Составление копилки методик		Копилка методик
2. Клинические формы, диагностика и коррекция девиантного поведения	Агрессия и аутоагрессия как клинические формы девиантного поведения	Подготовка к семинарскому занятию; Ведение словаря основных понятий курса; Составление презентации (по выбору студента). Составление копилки методик Выполнение контрольной работы	1,2,3,6,14,15,16	Конспект Словарь Терминологический диктант Презентация Копилка методик Контрольная работа
	Злоупотребление веществами, вызывающими состояние измененной психической деятельности	Подготовка к семинарскому занятию; Ведение словаря основных понятий курса; Составление презентации (по выбору студента). Составление копилки методик	1,2,3,7,8,14,15	Конспект Словарь Терминологический диктант Презентация Копилка методик
	Нарушения	Подготовка к	1,2,3,14,15,16	Конспект

	пищевого поведения	семинарскому занятию; Ведение словаря основных понятий курса; Составление презентации (по выбору студента). Составление копилки методик		Словарь Терминологический диктант Презентация Копилка методик
	Основные нарушения сексуального поведения	Подготовка к семинарскому занятию; Ведение словаря основных понятий курса; Составление презентации (по выбору студента). Составление копилки методик	1,2,3,14,15,16	Конспект Словарь Терминологический диктант Презентация Копилка методик
	Сверхценные психологические увлечения	Подготовка к семинарскому занятию; Ведение словаря основных понятий курса; Составление презентации (по выбору студента). Составление копилки методик	1,2,3,14,15,16	Конспект Словарь Терминологический диктант Презентация Копилка методик
	Коммуникативные	Подготовка к	3,4,5,6,7,8,9,10	Конспект

	девиации	семинарскому занятию; Ведение словаря основных понятий курса; Составление презентации (по выбору студента). Составление копилки методик Выполнение контрольной работы	11,12,13	Словарь Терминологический диктант Презентация Копилка методик Контрольная работа
--	----------	---	----------	--

4. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Основная литература

1. Буйневич Т.В. Психопрофилактическая и психокоррекционная работа с учащимися девиантного поведения [Электронный ресурс] : методическое пособие / Т.В. Буйневич, Э.Л. Ратникова. — Электрон. текстовые данные. — Минск: Республиканский институт профессионального образования (РИПО), 2014. — 88 с. — 978-985-503-411-8. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/67605.html>
2. Гилева Н.С. Психология девиантного поведения [Электронный ресурс] : учебно-методическое пособие / Н.С. Гилева. — Электрон. текстовые данные. — Омск: Сибирский государственный университет физической культуры и спорта, 2012. — 128 с. — 2227-8397. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/65063.html>

3. Девиантное поведение детей и подростков в современных социокультурных условиях [Электронный ресурс] : учебное пособие / В.В. Семикин [и др.]. — Электрон. текстовые данные. — СПб. : Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена, 2013. — 183 с. — 978-5-8064-1938-6. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/21445.html>
4. Змановская Е.В., Рыбников В.Ю. Девиантное поведение личности и группы: Учебное пособие. - СПб.: Питер, 2010. - 352 с.
5. Клейберг Ю.А. Психология девиантного поведения: Учебное пособие для вузов. — М.: ТЦ Сфера, при участии «Юрайт-М», 2001. — 160 с.
6. Краев О.Ю. Психология девиантного поведения [Электронный ресурс] : учебное пособие / О.Ю. Краев. — Электрон. текстовые данные. — М. : Московский городской педагогический университет, 2010. — 124 с. — 2227-8397. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/26578.html>
7. Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения. Учебное пособие. — СПб.: Речь, 2005. - 445 с.
8. Рождественская Н.А. Девиантное поведение и основы его профилактики у подростков [Электронный ресурс] : учебное пособие / Н.А. Рождественская. — Электрон. текстовые данные. — М. : Генезис, 2015. — 216 с. — 978-5-98563-338-2. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/54341.html>

Дополнительная литература

9. Батюта В.Д. Психология девиантного поведения. Учебное пособие. — СПб.: Речь, 2008. — 445 с.
10. Баркова Н.П. Зависимое поведение: клинико-психологические аспекты профилактики и коррекции : учебно-методическое пособие / Н. П.

Баркова, И. В. Ярославцева ; М-во образования и науки Российской Федерации, Федеральное гос. бюджетное образовательное учреждение высш. проф. образования "Иркутский гос. ун-т", Фак. психологии. - Иркутск : Изд-во ИГУ, 2014. - 249 с.

11. Дроздов А.А., Дроздова М.В. Нарушение влечений к пище // Полный справочник психотерапевта. — Москва : Эксмо, 2010. - 702 с.

12. Змановская Е.В. Девиантология: (психология отклоняющегося поведения): учеб. пособие для вузов / Е.В. Змановская. — М.: Академия, 2008

13. Кисляков П.А. Социальная безопасность образовательной среды [Электронный ресурс] : учебное пособие / П.А. Кисляков. — Электрон. текстовые данные. — Саратов: Ай Пи Ар Букс, 2015. — 142 с. — 978-5-906-17273-0. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/33860.html>

14. Кулганов В.А. Превентология: профилактика социальных отклонений: учебное пособие для вузов/В.Кулганов, В. Белов, Ю. Парфенов.-Санкт-Петербург и др.: Питер, 2014

15. Малин Д.И., Медведев В.М. Клиническая наркология в схемах, таблицах и рисунках: учеб. пособие. — 4-е изд. — М.: Вузовская книга, 2013.

16. Михайлова, А.П. Вопросы квалификации и психологической диагностики пищевого поведения в норме и при его нарушениях / А.П. Михайлова, Д.А. Иванова, А.В. Штрахова // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». - 2019. - Т. 12, № 1. - С. 97-117.

17. Фромм Э. Анатомия человеческой деструктивности / Э. Фромм. — Москва: АСТ, 1998.

18. Ясперс К. Общая психопатология / Карл Ясперс ; пер. с нем. Л. О. Акопяна. - Москва : Практикум, 1997. - 1053 с.

Учебно-методическое обеспечение для самостоятельной работы

19. Нестерова А.А. Профилактика девиантного поведения мигрантов [Электронный ресурс] : учебно-методическое пособие / А.А. Нестерова, Т.Ф. Сулова. — Электрон. текстовые данные. — М. : Дашков и К, 2015. — 110 с. — 978-5-394-02622-5. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/60255.html>
20. Петрова А.Б. Психологическая коррекция и профилактика агрессивных форм поведения несовершеннолетних с девиантным поведением [Текст] : практическое руководство : учебное пособие / А. Б. Петрова ; Российская акад. образования, НОУ ВПО "Московский психолого-социальный ин-т". - 2-е изд. - Москва : Флинта : МПСИ, 2011. - 148 с.
21. Сахаров А. В., Говорин Н. В. Наркомании и токсикомании / учебное пособие. — Чита: ИИЦ ЧГМА, 2011.
22. Социология современного образования [Электронный ресурс] : учебник / Г.Ф. Шафранов-Куцев [и др.]. — Электрон. текстовые данные. — М. : Логос, 2016. — 432 с. — 978-5-98704-842-9. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/48345.html>
23. Шведчикова Ю.С. Словарь терминов по психологии девиантного поведения [Электронный ресурс] : учебное пособие / Ю.С. Шведчикова. — Электрон. текстовые данные. — Пермь: Пермский государственный гуманитарно-педагогический университет, 2015. — 40 с. — 2227-8397. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/70653.html>

Ресурсы информационно-телекоммуникационной сети Интернет

24. <http://elibrary.ru/defaultx.asp>
25. <http://elib.cspu.ru/xmlui/>

5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Тестовые задания

Задание 1

Время на выполнение задания 1 мин.

Система поступков или отдельные поступки, противоречащих принятым в обществе нормам и проявляющихся в неадаптивности, нарушении процесса самоактуализации или в виде уклонения от нравственного и эстетического контроля за собственным поведением называется:

- а) криминальным поведением
- б) аддиктивным поведением
- в) делинквентным поведением
- г) патохарактерологическим поведением
- д) девиантным поведением

Задание 2

Время на выполнение задания 1 мин.

Выделяют все нижеследующие виды нарушения взаимодействия индивида с реальностью за исключением:

- а) приспособление
- б) противостояние
- в) болезненное противостояние
- г) уход
- д) игнорирование

Задание 3

Время на выполнение задания 1 мин.

У людей с гиперспособностями, как правило, встречается следующий тип нарушения взаимодействия с реальностью:

- а) приспособление
- б) противостояние
- в) болезненное противостояние
- г) уход
- д) игнорирование

Задание 4

Время на выполнение задания 1 мин.

Основой для диагностики делинквентного поведения являются:

- а) агравация
- б) перверсии
- в) девиации
- г) проступки
- д) преступления

Задание 5

Время на выполнение задания 1 мин.

Один из видов девиантного поведения с формированием стремления к уходу от реальности путем искусственного изменения своего психического состояния называется:

- а) криминальным
- б) делинквентным
- в) аддиктивным
- г) патохарактерологическим
- д) психопатологическим

Задание 6

Время на выполнение задания 1 мин.

Сниженная переносимость трудностей повседневной жизни, наряду с хорошей переносимостью кризисных ситуаций является признаком:

- а) криминального поведения
- б) делинквентного поведения
- в) аддиктивного поведения
- г) патохарактерологического поведения
- д) психопатологического поведения

Задание 7

Время на выполнение задания 1 мин.

Психологическим антиподом аддиктивной личности выступает:

- а) гармоничный человек
- б) обыватель
- в) человек с гиперспособностями
- г) преступник
- д) психически больной

Задание 8

Время на выполнение задания 1 мин.

Феномен «жажды острых ощущений» является типичным для:

- а) криминального поведения
- б) аддиктивного поведения
- в) делинквентного поведения
- г) патохарактерологического поведения
- д) психопатологического поведения

Задание 9

Время на выполнение задания 1 мин.

Основой девиантного поведения при патохарактерологическом типе являются:

- а) психопатологические симптомы
- б) психопатологические синдромы
- в) девиации характера (акцентуации и психопатии)
- г) патология характера, связанная с психическим заболеванием
- д) патология личности, связанная с психическим заболеванием

Задание 10

Время на выполнение задания 1 мин.

Наиболее часто агрессивность значительной степени выраженности, неподдающаяся волевой коррекции, входит в структуру:

- а) астенического синдрома
- б) эксплозивного синдрома
- в) психастенического синдрома
- г) депрессивного синдрома
- д) синдрома Ж. Туретта

Задание 11

Время на выполнение задания 1 мин.

Суицидальное поведение, связанное с кризисными ситуациями в жизни и личными трагедиями, называется:

- а) психогенным
- б) эгоистическим
- в) альтруистическим
- г) дистимическим
- д) аномическим

Задание 12

Время на выполнение задания 1 мин.

К эстетической категории суицидального поведения относится:

- а) место суицида
- б) время суицида
- в) способ суицида
- г) длительность суицида
- д) значимость суицида

Задание 13

Время на выполнение задания 1 мин.

Аддиктивные парасуицидальные попытки совершаются с целью:

- а) привлечения внимания к собственной персоне
- б) вывести себя из состояния безразличия и скуки
- в) безболезненно уйти из жизни
- г) уйти из жизни при тайных обстоятельствах
- д) уйти из жизни ради блага человечества

Задание 14

Время на выполнение задания 1 мин.

Лица с истерическими расстройствами личности чаще выбирают:

- а) групповые способы суицидального поведения
- б) недемонстративные способы суицидального поведения
- в) недемонстративные способы парасуицидального поведения
- г) демонстративные способы суицидального поведения
- д) демонстративные способы парасуицидального поведения

Задание 15

Время на выполнение задания 1 мин.

Стремление применения опьяняющих веществ с целью смягчения или устранения явлений эмоционального дискомфорта называется:

- а) гедонистической мотивацией
- б) атарактической мотивацией
- в) псевдокультурной мотивацией
- г) субмиссивной мотивацией
- д) мотивацией с гиперактивацией поведения

Задание 16

Время на выполнение задания 1 мин.

При атарактической мотивации при применении опьяняющих веществ происходит:

- а) выравнивание настроения
- б) повышение настроения
- в) понижение настроения
- г) инверсия настроения
- д) появление патологического аффекта

Задание 17

Время на выполнение задания 1 мин.

К наркотическим веществам, обладающим эйфоризирующим эффектом и способствующим быстрому и резкому повышению настроения, появлению смешливости, благодушия, радости, относятся все нижеперечисленные за исключением:

- а) ЛСД
- б) опия
- в) морфина
- г) транквилизаторов
- д) марихуаны

Задание 18

Время на выполнение задания 1 мин.

Неспособность человека отказаться от предлагаемого окружающими приема алкоголя или наркотических веществ отражает:

- а) гедонистическую мотивацию
- б) атарактическую мотивацию
- в) псевдокультурную мотивацию
- г) субмиссивную мотивацию
- д) мотивацию с гиперактивацией поведения

Задание 19

Время на выполнение задания 1 мин.

Сексуальное влечение взрослого человека к подросткам называется:

- а) педофилией
- б) эфебофилией
- в) ювенилофилией
- г) геронтофилией
- д) промискуитетом

Задание 20

Время на выполнение задания 1 мин.

Вуайеризм — это:

- а) сексуальное влечение к кровным родственникам
- б) сексуальное влечение и удовлетворение от подглядывания за обнажением других
- в) сексуальное влечение к лицам старческого возраста
- г) сексуальное влечение к лицам иной расы

Задание 21

Время на выполнение задания 1 мин.

Нарушение сексуальной идентификации происходит при:

- а) гомосексуализме
- б) транссексуализме
- в) фетишизме
- г) эксгибиционизме
- д) вуайеризме

Задание 22

Время на выполнение задания 1 мин.

Увлеченность азартными играми называется:

- а) трудоголизмом
- б) фетишизмом
- в) картингом
- г) серфингом
- д) гемблингом

Задание 23

Время на выполнение задания 1 мин.

«Паранойя здоровья» — это:

- а) сверхценное увлечение сыроедением
- б) сверхценное увлечение голоданием
- в) сверхценное увлечение оздоровительными процедурами
- г) сверхценное увлечение спортом
- д) все ответы верны

Задание 24

Время на выполнение задания 1 мин.

Человек с повышенным чувством справедливости, желающий добиться правды даже в мелочах, однако не соизмеряющий реально негативные факты и способ борьбы с ними называется:

- а) параноиком
- б) кверулянтом
- в) дипсоманом
- г) ипохондриком
- д) псевдологом

Задание 25

Время на выполнение задания 1 мин.

Патологическое непреодолимое влечение к бродяжничеству называется:

- а) дипсоманией
- б) дромоманией
- в) клептоманией
- г) пироманией
- д) булимией

Задания открытого типа

Задание 26

Время на выполнение задания 3 мин.

Какие общественные нормы могут нарушаться при девиантном поведении?

Задание 27

Время на выполнение задания 5 мин.

Назовите особенности лиц с аддиктивным поведением.

Задание 28

Время на выполнение задания 5 мин.

Какие типы личности преступников выделил К.К. Платонов?

Задание 29

Время на выполнение задания 5 мин.

В чем заключается суть проступка?

Задание 30

Время на выполнение задания 5 мин.

Укажите основные характеристики аддиктивного поведения.

Задание 31

Время на выполнение задания 5 мин.

Назовите основные характеристики лиц с истерическим расстройством личности (истерической психопатией).

Задание 32

Время на выполнение задания 5 мин.

Приведите примеры психопатологического типа девиантного поведения.

Задание 33

Время на выполнение задания 3 мин.

Приведите примеры аутодеструктивного поведения.

Задание 34

Время на выполнение задания 5 мин.

В чем может проявляться девиантное поведение у лиц с гиперспособностями?

Задание 35

Время на выполнение задания 5 мин.

Назовите клинические формы девиантного поведения по В.Д. Менделевичу.

Задание 36

Время на выполнение задания 5 мин.

Назовите виды агрессивных действий по классификации А. Басса и А. Дарки.

Задание 37

Время на выполнение задания 5 мин.

Какие формы конструктивной агрессии выделил Э. Фромм?

Задание 38

Время на выполнение задания 5 мин.

Какие типы суицидального поведения выделил Э. Дюркгейм?

Задание 39

Время на выполнение задания 5 мин.

Какие виды мотивации употребления алкоголя и наркотических веществ выделили Ц.П. Короленко и Т.А. Донских?

Задание 40

Время на выполнение задания 5 мин.

Назовите признаки нервной анорексии.

Задание 41

Время на выполнение задания 5 мин.

Назовите признаки нервной булимии.

Задание 42

Время на выполнение задания 5 мин.

Назовите признаки сверхценных психологических увлечений.

Задание 43

Время на выполнение задания 5 мин.

Назовите признаки, характерные для гемблинга как разновидности аддиктивного типа девиантного поведения.

Задание 44

Время на выполнение задания 3 мин.

Назовите основные виды фанатизма.

Задание 45

Время на выполнение задания 5 мин.

Приведите примеры бреда как предпосылки психопатологического типа девиантного поведения.

Задание 46

Время на выполнение задания 5 мин.

Приведите примеры компульсивного поведения.

Задание 47

Время на выполнение задания 5 мин.

Приведите примеры коммуникативных девиаций.

Задание 48

Время на выполнение задания 5 мин.

Какие типы акцентуаций характера выделяет А.Е. Личко?

Задание 49

Время на выполнение задания 5 мин.

Мужчина 38 лет боится прикосновений к нему посторонних лиц и попадания грязи на свою одежду. Неделями он не выходит из дома, охваченный страхом, что к нему кто-нибудь случайно прикоснется. Никого не подпускает к себе, часами стряхивая мнимую пыль со своей одежды и постели. Из-за страха заражения и сложных процедур умывания, стряхивания одежды, защиты от прикосновения его жизнь и жизнь его близких превратилась в пытку. Какое расстройство у данного пациента? Дайте рекомендации.

Задание 50

Время на выполнение задания 5 мин.

Женщина 26 лет, техник, обладает художественным дарованием. По характеру упрямая, эксцентричная, склонная к грезам, фантазиям и театральности, легко утомляемая, повышено эмотивная. Обратилась с жалобами на судорожные припадки, выражающиеся в появлении чувства комка в горле, судорогах, сопровождающихся рыданиями, стонами и экспрессивными движениями в течение 15 мин. Происходящее во время припадка помнит смутно. Прикусы языка и непроизвольное мочеиспускание отсутствуют. Наступают припадки только при волнении в присутствии мужа, во время семейных сцен. Какое расстройство у данного клиента? Дайте рекомендации.

Критерии оценивания

Код	Содержание компетенции		
	Основные признаки	Пятибалльная	%
Уровни освоения			

компетенции	выделения уровня (критерии оценки)	шкала (академическая) оценка	освоения
Высокий (продвинутый)	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> – теоретические основы, закономерности и принципы проектирования и реализации программ психолого-педагогического сопровождения личностного и (или) профессионального развития и социализации, в том числе лиц с ОВЗ; – виды и клинические формы девиантного поведения; – психологическую характеристику различных видов и клинических форм девиантного поведения. <p>Свободно демонстрирует умение:</p> <ul style="list-style-type: none"> – проектировать и реализовывать программы сопровождения развития и социализации субъектов образовательных отношений, в том числе лиц с ОВЗ; – осуществлять профилактическую работу в области предупреждения девиантного поведения у 	Отлично	86-100

	<p>детей и подростков;</p> <ul style="list-style-type: none"> – проводить психологическую диагностику и психологическую коррекцию клинических форм девиантного поведения. <p>Свободно владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - технологиями организации психолого-педагогического сопровождения личностного и (или) профессионального развития и социализации субъектов образовательных отношений, в том числе лиц с ОВЗ; – методами и методиками психологической диагностики и психологической коррекции клинических форм девиантного поведения; – технологиями профилактической работы в области предупреждения девиантного поведения у детей и подростков. 		
Средний (оптимальный)	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> – теоретические основы проектирования и реализации программ психолого-педагогического 	Хорошо	61-85

	<p>сопровождения личностного и (или) профессионального развития и социализации;</p> <ul style="list-style-type: none"> – виды и клинические формы девиантного поведения; – психологическую характеристику различных видов и клинических форм девиантного поведения. <p><i>И допускает незначительные ошибки.</i></p> <p>Демонстрирует умение:</p> <ul style="list-style-type: none"> – проектировать программы сопровождения развития и социализации субъектов образовательных отношений, в том числе лиц с ОВЗ; – планировать профилактическую работу в области предупреждения девиантного поведения у детей и подростков; – подбирать методы психологической диагностики и психологической коррекции клинических форм девиантного поведения. <p>Уверенно владеет:</p>		
--	--	--	--

	<p>технологиями организации психолого-педагогического сопровождения личностного и (или) профессионального развития и социализации субъектов образовательных отношений, в том числе лиц с ОВЗ;</p> <ul style="list-style-type: none"> – методами и методиками психологической диагностики и психологической коррекции клинических форм девиантного поведения; – технологиями профилактической работы в области предупреждения девиантного поведения у детей и подростков. <p><i>Но допускает незначительные ошибки</i></p>		
Пороговый	<p><i>не демонстрирует глубокого понимания материала.</i></p> <p><i>В основном демонстрирует умение:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – планировать профилактическую работу в области предупреждения девиантного поведения у детей и подростков; – подбирать методы психологической диагностики и 	Удовлетворительно	41-60

	<p>психологической коррекции клинических форм девиантного поведения.</p> <p><i>Владеет:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – методами психологической диагностики и психологической коррекции клинических форм девиантного поведения; – технологиями профилактической работы в области предупреждения девиантного поведения у детей и подростков. <p><i>И допускает ошибки.</i></p>		
Недостаточный	Отсутствие признаков удовлетворительного уровня	Неудовлетворительно	40 и менее

Ключи правильных ответов

№ задания	Правильный ответ/шаблон ответа
1	д
2	а
3	д
4	г
5	в
6	в
7	б
8	б

9	в
10	б
11	д
12	в
13	б
14	д
15	б
16	а
17	г
18	г
19	б
20	б
21	б
22	д
23	д
24	б
25	б

Ответы для заданий открытого типа

Задание 26

Время на выполнение задания 3 мин.

Какие общественные нормы могут нарушаться при девиантном поведении?

Ключ

Содержание верного ответа и указания по оцениванию (допускаются иные формулировки ответа, не искажающие его смысла)	Баллы
Правильный ответ должен содержать аргументы: 1) правовые; 2) нравственные (этические); 3) эстетические.	
Приведены 3 аргумента	3
Приведены 2 аргумента	2
Приведен 1 аргумент	1

Аргумент(ы) не сформулирован(ы) ИЛИ Ответ неправильный	0
--	---

Задание 27

Время на выполнение задания 5 мин.

Назовите особенности лиц с аддиктивным поведением.

Ключ

Содержание верного ответа и указания по оцениванию (допускаются иные формулировки ответа, не искажающие его смысла)	Баллы
<p>Правильный ответ должен содержать аргументы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Сниженная переносимость трудностей повседневной наряду с хорошей переносимостью кризисных ситуаций 2) Скрытый комплекс неполноценности, сочетающийся с внешне проявляемым превосходством. 3) Внешняя социабельность, сочетающаяся со страхом перед стойкими эмоциональными контактами. 4) Стремление говорить неправду. 5) Стремление обвинять других, зная, что они невиновны. 6) Стремление уходить от ответственности в принятии решений. 7) Стереотипность, повторяемость поведения. 	
Приведены 5-7 аргументов	3
Приведены 3-4 аргумента	2
Аргумент(ы) не сформулирован(ы); приведено не менее двух фактов, возможность использования которых для аргументации очевидна	1
<p>Аргумент(ы) не сформулирован(ы); приведён один факт, который может быть использован для аргументации.</p> <p>ИЛИ Приведены рассуждения общего характера, не соответствующие требованию задания.</p> <p>ИЛИ Ответ неправильный</p>	0

Задание 28

Время на выполнение задания 5 мин.

Какие типы личности преступников выделил К.К. Платонов?

Ключ

Содержание верного ответа и указания по оцениванию (допускаются иные формулировки ответа, не искажающие его смысла)	Баллы
<p>Правильный ответ должен содержать аргументы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) определяется соответствующими взглядами и привычками, внутренней тягой к повторным преступлениям; 2) определяется неустойчивостью внутреннего мира, личность совершает преступление под влиянием сложившихся обстоятельств или окружающих лиц; 3) определяется высоким уровнем правосознания, но пассивным отношением к другим нарушителям правовых норм; 4) определяется не только высоким уровнем правосознания, но и активным противодействием или попытками противодействия при нарушении правовых норм; 5) определяется возможностью только случайного преступления. 	
Приведены 4-5 аргументов	3
Приведены 2-3 аргумента	2
Аргумент(ы) не сформулирован(ы); приведено не менее двух фактов, возможность использования которых для аргументации очевидна	1
<p>Аргумент(ы) не сформулирован(ы); приведён один факт, который может быть использован для аргументации.</p> <p>ИЛИ Приведены рассуждения общего характера, не соответствующие требованию задания.</p> <p>ИЛИ Ответ неправильный</p>	0

Задание 29

Время на выполнение задания 5 мин.

В чем заключается суть проступка?

Ключ

Содержание верного ответа и указания по оцениванию (допускаются иные формулировки ответа, не искажающие его смысла)	Баллы
Правильный ответ должен содержать аргументы:	

1) не представляет существенной общественной опасности; 2) отличается от преступления мотивами совершения противоправного действия; 3) нарушается или блокируется процесс предвосхищения будущего результата проступка.	
Приведены 3 аргумента	3
Приведены 2 аргумента	2
Приведен 1 аргумент	1
Аргумент(ы) не сформулирован(ы); приведён один факт, который может быть использован для аргументации. ИЛИ Приведены рассуждения общего характера, не соответствующие требованию задания. ИЛИ Ответ неправильный	0

Задание 30

Время на выполнение задания 5 мин.

Укажите основные характеристики аддиктивного поведения

Ключ

Содержание верного ответа и указания по оцениванию	Баллы
Правильный ответ должен содержать аргументы: 1) стремление к уходу от реальности; 2) искусственное изменение своего психического состояния посредством приема некоторых веществ или постоянной фиксацией на определенных видах деятельности; 3) стремление поддерживать у себя интенсивные эмоции.	
Приведены 3 аргумента	3
Приведены 2 аргумента	2
Приведен 1 аргумент	1
Аргумент(ы) не сформулирован(ы); приведён один факт, который может быть	0

использован для аргументации. ИЛИ Приведены рассуждения общего характера, не соответствующие требованию задания. ИЛИ Ответ неправильный	
---	--

Задание 31

Время на выполнение задания 5 мин.

Назовите основные характеристики лиц с истерическим расстройством личности (истерической психопатией).

Ключ

Содержание верного ответа и указания по оцениванию	Баллы
Правильный ответ должен содержать аргументы: 1) эгоцентризм; 2) жажда признания; 3) завышенная самооценка; 4) стремление к манипулированию окружающими и контролю над ними.	
Приведены 3-4 аргумента	3
Приведены 2 аргумента	2
Приведен 1 аргумент	1
Аргумент(ы) не сформулирован(ы); приведён один факт, который может быть использован для аргументации. ИЛИ Приведены рассуждения общего характера, не соответствующие требованию задания. ИЛИ Ответ неправильный	0

Задание 32

Время на выполнение задания 5 мин.

Приведите примеры психопатологического типа девиантного поведения.

Ключ

Содержание верного ответа и указания по оцениванию	Баллы
Правильный ответ должен содержать аргументы: 1) нарушения восприятия: зрительные и (или) слуховые галлюцинации;	

2) нарушения мышления (навязчивые идеи, бредовое истолкование действительности); 3) стереотипные вычурные движения, например, яктации; 4) "застывание" в однообразной позе; 5) полное бездействие.	
Приведены 4-5 аргументов	3
Приведены 2-3 аргумента	2
Приведен 1 аргумент	1
Аргумент(ы) не сформулирован(ы); приведён один факт, который может быть использован для аргументации. ИЛИ Приведены рассуждения общего характера, не соответствующие требованию задания. ИЛИ Ответ неправильный	0

Задание 33

Время на выполнение задания 3 мин.

Приведите примеры аутодеструктивного поведения.

Ключ

Содержание верного ответа и указания по оцениванию	Баллы
Правильный ответ должен содержать аргументы: 1) самопорезы; 2) самоожоги; 3) выдираание волос; 4) расцарапывание кожных покровов до крови; 5) удары кулаком (ладонью) по голове или удары головой о стену; 6) алкоголизация; 7) наркотизация; 8) суицид.	
Приведены 6-8 аргументов	3
Приведены 4-5 аргументов	2
Приведены 2-3 аргумента	1
Аргумент(ы) не сформулирован(ы); приведён один факт, который может быть использован для аргументации.	0

ИЛИ Приведены рассуждения общего характера, не соответствующие требованию задания. ИЛИ Ответ неправильный	
--	--

Задание 34

Время на выполнение задания 5 мин.

В чем может проявляться девиантное поведение у лиц с гиперспособностями?

Ключ

Содержание верного ответа и указания по оцениванию	Баллы
Правильный ответ должен содержать аргументы: 1) трудности в общении с окружающими; 2) трудности в быту; 3) некоторая отрешенность от реального мира; 4) наивность; 5) зависимость от других.	
Приведены 4-5 аргументов	3
Приведены 2-3 аргумента	2
Приведен 1 аргумент	1
Аргумент(ы) не сформулирован(ы); приведён один факт, который может быть использован для аргументации. ИЛИ Приведены рассуждения общего характера, не соответствующие требованию задания. ИЛИ Ответ неправильный	0

Задание 35

Время на выполнение задания 5 мин.

Назовите клинические формы девиантного поведения по В.Д. Менделевичу.

Ключ

Содержание верного ответа и указания по оцениванию	Баллы
Правильный ответ должен содержать аргументы: 1) агрессия; 2) аутоагрессия;	

3) злоупотребление веществами, вызывающими состояния измененной психической деятельности (алкоголизация, наркотизация и др.); 4) нарушения пищевого поведения; 5) аномалии сексуального поведения; 6) сверхценные психологические увлечения («трудоголизм», гемблинг, фанатизм и пр.); 7) сверхценные психопатологические увлечения (кверулянство, kleptomания, дромомания и др.); 8) характерологические и патохарактерологические реакции (эмансипации, группирования, оппозиции и др.); 9) коммуникативные девиации (аутизация, гиперобщительность, конформизм и др.); 10) безнравственное и аморальное поведение; 11) неэстетичное поведение.	
Приведены 9-11 аргументов	3
Приведены 6-8 аргументов	2
Приведены 3-5 аргументов	1
Приведены 1-2 аргумента ИЛИ Приведены рассуждения общего характера, не соответствующиетребованию задания. ИЛИ Ответ неправильный	0

Задание 36

Время на выполнение задания 5 мин.

Назовите виды агрессивных действий по классификации А. Басса и А. Дарки.

Ключ

Содержание верного ответа и указания по оцениванию	Баллы
Правильный ответ должен содержать аргументы: 1) физическая агрессия; 2) косвенная агрессия; 3) раздражение; 4) негативизм; 5) обида; 6) подозрительность;	

7) вербальная агрессия.	
Приведены 5-7 аргументов	3
Приведены 3-4 аргумента	2
Аргумент(ы) не сформулирован(ы); приведено не менее двух фактов, возможность использования которых для аргументации очевидна	1
Аргумент(ы) не сформулирован(ы); приведён один факт, который может быть использован для аргументации. ИЛИ Приведены рассуждения общего характера, не соответствующие требованию задания. ИЛИ Ответ неправильный	0

Задание 37

Время на выполнение задания 5 мин.

Какие формы конструктивной агрессии выделил Э. Фромм?

Ключ

Содержание верного ответа и указания по оцениванию	Баллы
Правильный ответ должен содержать аргументы: 1) непреднамеренная; 2) игровая; 3) оборонительная; 4) инструментальная; 5) агрессия как самоутверждение.	
Приведены 4-5 аргументов	3
Приведены 2-3 аргумента	2
Приведен 1 аргумент	1
Аргумент(ы) не сформулирован(ы); приведён один факт, который может быть использован для аргументации. ИЛИ Приведены рассуждения общего характера, не соответствующие требованию задания. ИЛИ Ответ неправильный	0

Задание 38

Время на выполнение задания 5 мин.

Какие типы суицидального поведения выделил Э. Дюркгейм?

Ключ

Содержание верного ответа и указания по оцениванию	Баллы
1) аномическое; 2) альтруистическое; 3) эгоистическое.	
Приведены 3 аргумента	3
Приведены 2 аргумента	2
Приведен 1 аргумент	1
Аргумент(ы) не сформулирован(ы); ИЛИ Приведены рассуждения общего характера, не соответствующие требованию задания. ИЛИ Ответ неправильный	0

Задание 39

Время на выполнение задания 5 мин.

Какие виды мотивации употребления алкоголя и наркотических веществ выделили Ц.П.

Короленко и Т.А. Донских?

Ключ

Содержание верного ответа и указания по оцениванию	Баллы
Правильный ответ должен содержать аргументы: 1) атактическая; 2) гедонистическая; 3) мотивация с гиперактивацией поведения; 4) субмиссивная; 5) псевдокультурная.	
Приведены 4-5 аргументов	3
Приведены 2-3 аргумента	2
Приведен 1 аргумент	1
Аргумент(ы) не сформулирован(ы); приведён один факт, который может быть использован для аргументации. ИЛИ Приведены рассуждения общего характера, не соответствующие требованию задания. ИЛИ Ответ неправильный	0

Задание 40

Время на выполнение задания 5 мин.

Назовите признаки нервной анорексии.

Ключ

Содержание верного ответа и указания по оцениванию	Баллы
Правильный ответ должен содержать аргументы: 1) недовольство своей внешностью; 2) желание похудеть; 3) соблюдение строгой диеты; 4) использование физических упражнений; 5) применение слабительных и мочегонных препаратов; 6) применение препаратов для снижения аппетита; 7) искажение образа своего тела.	
Приведены 5-7 аргументов	3
Приведены 3-4 аргумента	2
Аргумент(ы) не сформулирован(ы); приведено не менее двух фактов, возможность использования которых для аргументации очевидна	1
Аргумент(ы) не сформулирован(ы); приведён один факт, который может быть использован для аргументации. ИЛИ Приведены рассуждения общего характера, не соответствующие требованию задания. ИЛИ Ответ неправильный	0

Задание 41

Время на выполнение задания 5 мин.

Назовите признаки нервной булимии.

Ключ

Содержание верного ответа и указания по оцениванию	Баллы
Правильный ответ должен содержать аргументы: 1) постоянная озабоченность едой; 2) навязчивый страх ожирения; 3) внутриличностный конфликт с чувством вины;	

в) вызывание рвоты; 5) применение слабительных и мочегонных препаратов; 6) применение препаратов для снижения аппетита.	
Приведены 5-6 аргументов	3
Приведены 3-4 аргумента	2
Аргумент(ы) не сформулирован(ы); приведено не менее двух фактов, возможность использования которых для аргументации очевидна	1
Аргумент(ы) не сформулирован(ы); приведён один факт, который может быть использован для аргументации. ИЛИ Приведены рассуждения общего характера, не соответствующие требованию задания. ИЛИ Ответ неправильный	0

Задание 42

Время на выполнение задания 5 мин.

Назовите признаки сверхценных психологических увлечений.

Ключ

Содержание верного ответа и указания по оцениванию	Баллы
Правильный ответ должен содержать аргументы: 1) глубокая и длительная сосредоточенность на объекте увлечения; 2) пристрастное, эмоционально насыщенное отношение к объекту увлечения; 3) утрата чувства контроля за временем, затрачиваемым на увлечение; 4) игнорирование любой иной деятельности или увлечения.	
Приведены 3-4 аргумента	3
Приведены 2 аргумента	2
Приведен 1 аргумент	1
Аргумент(ы) не сформулирован(ы); ИЛИ Приведены рассуждения общего характера, не соответствующие требованию задания. ИЛИ Ответ неправильный	0

Задание 43

Время на выполнение задания 5 мин.

Назовите признаки, характерные для гемблинга, как разновидности аддиктивного типа девиантного поведения.

Ключ

Содержание верного ответа и указания по оцениванию	Баллы
Правильный ответ должен содержать аргументы: 1) постоянные мысли об игре; 2) увеличение времени, проводимого в ситуации игры; 3) изменение круга интересов; 4) вытеснение прежних мотиваций игровой деятельности; 5) преобладание в воображении ситуаций, связанных с игровыми комбинациями; 6) неспособность прекратить игру как после большого выигрыша, так и после проигрыша; 7) появление состояний психологического дискомфорта, раздражительности, беспокойства в случае длительного отсутствия игры; 8) стремление ко все более высокому риску; 9) нарастание снижения способности сопротивляться соблазну возобновить игру.	
Приведены 7-9 аргументов	3
Приведены 4-6 аргументов	2
Приведены 1-3 аргумента	1
Аргумент(ы) не сформулирован(ы); ИЛИ Приведены рассуждения общего характера, не соответствующие требованию задания. ИЛИ Ответ неправильный	0

Задание 44

Время на выполнение задания 3 мин.

Назовите основные виды фанатизма.

Ключ

Содержание верного ответа и указания по оцениванию	Баллы
Правильный ответ должен содержать аргументы:	

1) спортивный; 2) музыкальный; 3) религиозный.	
Приведены 3 аргумента	3
Приведены 2 аргумента	2
Приведен 1 аргумент	1
Аргумент(ы) не сформулирован(ы); ИЛИ Приведены рассуждения общего характера, не соответствующие требованию задания. ИЛИ Ответ неправильный	0

Задание 45

Время на выполнение задания 5 мин.

Приведите примеры бреда как предпосылки психопатологического типа девиантного поведения.

Ключ

Содержание верного ответа и указания по оцениванию	Баллы
Правильный ответ должен содержать аргументы: 1) бред величия; 2) бред преследования; 3) бред изобретательства; 4) бред бессмертия; 5) эротический бред; 6) бред высокого происхождения; 7) ипохондрический бред; 8) бред ревности; 9) бред самообвинения; 10) бред сутяжничества.	
Приведены 7-10 аргументов	3
Приведены 4-6 аргументов	2
Приведены 1-3 аргумента	1
Аргумент(ы) не сформулирован(ы); ИЛИ Приведены рассуждения общего характера, не соответствующие требованию задания.	0

ИЛИ Ответ неправильный	
------------------------	--

Задание 46

Время на выполнение задания 5 мин.

Приведите примеры компульсивного поведения.

Ключ

Содержание верного ответа и указания по оцениванию	Баллы
Правильный ответ должен содержать аргументы: 1) постоянное мытьё рук; 2) многократная проверка электроприборов; 3) многократная проверка закрытия двери; 4) многократная проверка отключения газа; 5) навязчивый счет; 6) дезинфицирование посуды; 7) многократное сплёвывание слюны.	
Приведены 5-7 аргументов	3
Приведены 3-4 аргумента	2
Приведены 1-2 аргумента	1
Аргумент(ы) не сформулирован(ы); приведён один факт, который может быть использован для аргументации. ИЛИ Приведены рассуждения общего характера, не соответствующие требованию задания. ИЛИ Ответ неправильный	0

Задание 47

Время на выполнение задания 5 мин.

Приведите примеры коммуникативных девиаций.

Ключ

Содержание верного ответа и указания по оцениванию	Баллы
Правильный ответ должен содержать аргументы: 1) аутистическое поведение; 2) гипербобщительность;	

3) конформистское поведение; 4) псевдология; 5) елейность поведения.	
Приведены 4-5 аргументов	3
Приведены 2-3 аргумента	2
Приведен 1 аргумент	1
Аргумент(ы) не сформулирован(ы); приведён один факт, который может быть использован для аргументации. ИЛИ Приведены рассуждения общего характера, не соответствующие требованию задания. ИЛИ Ответ неправильный	0

Задание 48

Время на выполнение задания 5 мин.

Какие типы акцентуаций характера выделяет А.Е. Личко?

Ключ

Содержание верного ответа и указания по оцениванию	Баллы
Правильный ответ должен содержать аргументы: 1) гипертимный; 2) циклоидный 3) сенситивный 4) шизоидный 5) истероидный 6) конморфный 7) психастенический 8) паранойяльный 9) неустойчивый 10) эмоционально-лабильный 11) эпилептоидный.	
Приведены 7-11 аргументов	3
Приведены 4-6 аргументов	2
Приведены 1-3 аргумента	1

Аргумент(ы) не сформулирован(ы); ИЛИ Приведены рассуждения общего характера, не соответствующие требованию задания. ИЛИ Ответ неправильный	0
--	---

Задание 49

Время на выполнение задания 5 мин.

Мужчина 38 лет боится прикосновений к нему посторонних лиц и попадания грязи на свою одежду. Неделями он не выходит из дома, охваченный страхом, что к нему кто-нибудь случайно прикоснется. Никого не подпускает к себе, часами стряхивая мнимую пыль со своей одежды и постели. Из-за страха заражения и сложных процедур умывания, стряхивания одежды, защиты от прикосновения его жизнь и жизнь его близких превратилась в пытку. Какое расстройство у данного клиента? Дайте рекомендации.

Содержание верного ответа и указания по оцениванию	Баллы
Правильный ответ должен содержать аргументы: Обсессивно-компульсивное расстройство (невроз навязчивых состояний). Поскольку у клиента тяжелая форма ОКР, его необходимо направить к психиатру для назначения медикаментозной терапии. При улучшении состояния клиенту рекомендована когнитивно-поведенческая психотерапия.	
Правильно определено расстройство и даны правильные рекомендации	3
Правильно определено расстройство, но дана лишь одна правильная рекомендация	2
Правильно определено расстройство, но рекомендации не даны	1
Приведены рассуждения общего характера, не соответствующие требованию задания. ИЛИ Ответ неправильный	0

Задание 50

Время на выполнение задания 5 мин.

Женщина 26 лет, техник, обладает художественным дарованием. По характеру упрямая, эксцентричная, склонная к грезам, фантазиям и театральности, легко утомляемая, повышено эмотивная. Обратилась с жалобами на судорожные припадки,

выражающиеся в появлении чувства комка в горле, судорогах, сопровождающихся рыданиями, стонами и экспрессивными движениями в течение 15 мин. Происходящее во время припадка помнит смутно. Прикусы языка и непроизвольное мочеиспускание отсутствуют. Наступают припадки только при волнении в присутствии мужа, во время семейных сцен. Какое расстройство у данного клиента? Дайте рекомендации.

Ключ

Содержание верного ответа и указания по оцениванию	Баллы
Правильный ответ должен содержать аргументы: Истерический невроз. Клиенту показана психотерапия, предпочтительны такие методы, как психоанализ и поведенческая психотерапия.	
Правильно определено расстройство и даны правильные рекомендации	3
Правильно определено расстройство, но дана лишь одна правильная рекомендация	2
Правильно определено расстройство, но рекомендации не даны	1
Приведены рассуждения общего характера, не соответствующие требованию задания. ИЛИ Ответ неправильный	0

Вопросы к зачету

1. Краткий анализ различных форм отклоняющегося поведения.
2. Представления о поведенческой норме в обществе,
3. История развития взглядов на психическую индивидуальность.
4. Акцентуации характера и «акцентуированные личности».
5. Особенности поведения при различных типах воспитания и возможные девиации.
6. Проблема создания единой классификации отклоняющегося поведения.
7. Факторы, вызывающие девиантное поведение (внешние условия, социальные влияния, биологические предпосылки).

8. Характеристики агрессии – направленность, формы проявления, интенсивность.
9. Агрессивное поведение на различных возрастных этапах развития.
10. Источники формирования агрессивного поведения .
11. Задачи экспериментально-психологического исследования лиц с девиантным поведением.
12. Профилактика отклоняющегося поведения.
13. Психологическая интервенция в зависимости от формы девиации.
14. Патология поведения по П.Б. Ганнушкину.
15. Характерологические, патохарактерологические реакции и психопатологические проявления.
16. Развитие учения о диагностике в психиатрии.
17. Свойства организма, темперамент, характер, личность и отклоняющееся поведение.
18. Основные подходы к классификации девиантного поведения: социально-правовой, клинический и психологический.
19. МКБ-10. Расстройства личности и поведения.
20. Оценка социально-психологической адаптированности личности.

Терминологический минимум

1. Агрессия
2. Аддиктивное поведение
3. Алкоголизм
4. Асексуальность
5. Аутизация
6. Аутоагрессивное поведение
7. Вербальная агрессия
8. Гемблинг

9. Гиперобщительность
10. Гиперсексуальность
11. Девиантное поведение
12. Девиация сексуальная
13. Делинквентное поведение
14. Конформизм
15. Косвенная агрессия
16. Кризисная психотерапия
17. Наркомания
18. Нарциссическое поведение
19. Негативизм
20. Нервная анорексия
21. Нервная булимия
22. Неэстетичное поведение
23. Норма сексуальная
24. Парасуицидальное поведение
25. Пищевое поведение
26. Сверхценные психологические увлечения
27. Сексуальное поведение
28. Созависимое поведение
29. Социальные фобии
30. Суицид
31. Трудоголизм
32. Фанатизм
33. Физическая агрессия

6. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ

Вид учебных занятий	Организация деятельности студента
Лекция	Написание конспекта лекций: кратко, схематично, последовательно фиксировать основные положения, выводы, формулировки, обобщения; пометать важные мысли, выделять ключевые слова, термины. Проверка терминов, понятий с помощью энциклопедий, словарей, справочников с выписыванием толкований в тетрадь. Обозначить вопросы, термины, материал, который вызывает трудности, пометить и попытаться найти ответ в рекомендуемой литературе. Если самостоятельно не удастся разобраться в материале, необходимо сформулировать вопрос и задать преподавателю на консультации, на практическом занятии. Уделить внимание следующим понятиям (п.5.2) и др.
Практические занятия	Проработка рабочей программы, уделяя особое внимание целям и задачам структуре и содержанию дисциплины. Конспектирование источников. Работа с конспектом лекций, подготовка ответов к контрольным вопросам, просмотр рекомендуемой литературы, работа с текстом. Прослушивание аудио- и видеозаписей по заданной теме, решение расчетно-графических заданий, решение задач по алгоритму и др.
Подготовка к экзамену (тесту)	При подготовке к экзамену (зачету) необходимо ориентироваться на конспекты лекций, рекомендуемую литературу и др.

7. ПЕРЕЧЕНЬ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Технологии проблемного обучения: проблемная лекция, практическое занятие в форме практикума.

Интерактивные образовательные технологии: лекция-дискуссия, семинар-дискуссия.

Инновационные образовательные технологии: использование электронных библиотек, модульно-рейтинговая система проверки знаний студентов.

8. ОПИСАНИЕ МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЙ БАЗЫ

Учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа, оснащенные мультимедиа.

Учебные аудитории для проведения занятий семинарского типа.

Лицензионное программное обеспечение:

Microsoft Windows 10 64-x

Microsoft Windows 10 32-x

Microsoft Office Professional Plus (Word, Excel, PowerPoint, OneNote, Outlook, Publisher, Access)

7-zip

Adobe Acrobat Reader DC

Kaspersky Endpoint Security для бизнеса –

Стандартный Russian Edition

K-Lite Codec Pack

9. КРАТКИЙ КУРС ЛЕКЦИЙ

ТЕМА 1. ДЕВИАНТНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ЧЕЛОВЕКА КАК ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ФЕНОМЕН

Понятие девиантного поведения в психологической науке

В зарубежной науке психология девиантного (отклоняющегося) поведения сложилась как самостоятельная научная и учебная дисциплина. В России эта наука не имеет такого теоретического и эмпирического опыта: она на пути становления и развития. Тем не менее ни у зарубежных, ни у отечественных авторов нет единой точки зрения на термин «отклоняющееся поведение». Одни исследователи считают, что речь должна идти о любых отклонениях от одобряемых обществом социальных норм, другие предлагают включить в это понятие только нарушения правовых норм, третьи — различные виды социальной патологии (убийство, наркотизм, алкоголизм и т.п.), четвертые — социальное творчество.

Дело в том, что девиантное поведение всегда связано с каким-либо несоответствием человеческих поступков, действий, видов деятельности, распространенным в обществе или группах нормам, правилам поведения, идеям, стереотипам, ожиданиям, установкам, ценностям.

Так, например, по мнению А. Коэна, отклоняющееся поведение — это «такое поведение, которое идет вразрез с институционализированными ожиданиями, то есть с ожиданиями, разделяемыми и признаваемыми законными внутри социальной системы».

Девиантным называют поведение, которое не соответствует нормам и ролям. При этом одни ученые предпочитают в качестве точки отсчета («нормы») использовать ожидания соответствующего поведения, а другие

— аттитюды (эталоны, образцы) поведения. Некоторые полагают, что девиантными могут быть не только действия, но и идеи (взгляды). Девиантное поведение нередко связывают с реакцией общества на него и тогда определяют как «отклонение от групповой нормы, которое влечет за собой изоляцию, лечение, тюремное заключение или другие наказания нарушителя» (Б.А. Урванцев, 1991).

Ученые давно обратили внимание на то, что словами «девиантное поведение» называют и конкретные действия конкретного человека, и относительно массовое и устойчивое социальное явление.

Поскольку девиантным признается поведение, не соответствующее социальным нормам и ожиданиям, а нормы и ожидания различны не только в разных обществах и в разное время, но и у различных групп в одном и том же обществе в одно и то же время (правовые нормы и «воровской закон», нормы взрослых и молодежные, нормы, правила поведения «истеблишмента» и «богема» и т.п.), постольку понятие «общепринятая норма» весьма относительно, а следовательно, относительно (релятивно) и девиантное поведение. Исходя из этих первых, самых общих представлений девиантного поведения, определим его как: 1) поступок, действия человека и 2) социальное явление.

Концепции девиантного поведения

В современной науке существуют биологические, психологические, социологические и другие концепции, объясняющие девиантное поведение человека.

Биологическая трактовка природы и причин девиантного поведения имеет давнюю историю, однако классические научные труды этого направления появились лишь в прошлом веке. Прежде всего, это работы итальянского врача-психиатра Ч. Ломброзо, в которых он обосновывал

связь между анатомическим строением человека и преступным поведением. Он ввел понятие «врожденный преступник», которого можно определить по ряду физических, анатомо-антропологических признаков, включающих, в частности, массивную, выдвинутую вперед нижнюю челюсть, сплюснутый нос, редкую бороду, приросшие мочки уха, низкий лоб и т.п. Наиболее радикальная теоретическая критика учения Ломброзо была осуществлена французским социальным психологом Г. Тардом в конце XIX в.

В XX в. также предпринимались попытки объяснять девиантное поведение биологическими факторами. В частности, У. Шелдон обосновывал связь между типами физического строения человека и формами поведения.

У. Пирс в результате генетических исследований в середине 60-х годов пришел к выводу, что наличие лишней игрек-хромосомы у мужчин обуславливает предрасположенность к криминальному насилию. Х. Айзенк (1970), изучая заключенных, пришел к выводу, что экстраверты более склонны к совершению преступлений, чем интроверты, а это, в свою очередь, детерминировано на генетическом уровне.

Однако в целом биологические концепции девиантного поведения мало популярны в современном научном мире.

Большинство специалистов разделяют социологический подход к объяснению природы и детерминации девиантного поведения.

Социологический подход. Исследования социологов конца XIX — начала XX в. Ж. Кетле, Э. Дюркгейма, Д. Дьюи, П. Дюпати, М. Вебера, Л. Леви-Брюля и др. выявили связь отклоняющегося поведения с социальными условиями существования людей. Солидный статистический анализ различных аномальных проявлений (преступности, самоубийств, проституции), проведенный, в частности, Жаном Кетле, Эмилем Дюркгеймом за определенный исторический отрезок времени, показал, что

число аномалий в поведении людей всякий раз неизбежно возрастало в периоды войн, экономических кризисов, социальных потрясений, что опровергало теорию «врожденного» преступника, указывая на социальные корни этого явления.

Вместе с тем социологи того времени, выявив связь между социально-экономическими условиями существования общества и девиантным поведением, не смогли до конца дифференцировать и объяснить природу этих отклонений.

Э. Дюркгейм, в частности, считал, что некий оптимальный уровень девиаций неизбежно присущ человеческому обществу, как температура человеческому телу. И необходимо заботиться не столько об ее искоренении, сколько о поддержании этого некоего оптимального уровня, предупреждая лишь «всплески», рост различных форм девиантного поведения.

Впервые социологическое объяснение девиации было предложено в теории аномии Э. Дюркгеймом. Он использовал эту теорию в своем классическом исследовании сущности самоубийства (1897).

В рамках социологического подхода можно выделить интеракционистское направление и структурный анализ. Первого придерживаются Ф. Танненбаум, И. Гоффман, Э. Лемерт, Г. Беккер. Основным положением здесь является тезис, согласно которому девиантность не свойство, внутренне присущее какому-либо социальному поведению, а следствие социальной оценки (стигмации, «клеймения») определенного поведения как девиантного. Девиация обусловлена способностью влиятельных групп общества навязывать другим слоям (стратам) определенные стандарты. Анализ причин девиантного поведения направлен в данном случае на изучение процессов, явлений и факторов, определяющих или влияющих на приписывание статуса девиантности

поведения и статуса девианта индивидам, т.е. исследованием того, каким образом формируется отношение к людям как к девиантам.

Психологический подход. Если вслед за В. Скоттом попытаться разобраться в критериях нормы психического развития, употребляемых американскими и западноевропейскими исследователями, то в качестве наиболее популярного, основного и в то же время общего критерия выступает способность субъекта к адаптации. Для западной психологии и психотерапии критерий адаптивности является наиболее универсальным и в то же время высшим. Отечественная психология рассматривает адаптацию как один из аспектов психического развития, порой теряющего для человека свое ведущее значение.

По-видимому, это понимание предполагает включение в круг критериев нормы не только успешное приспособление к социальной среде, но и прогрессивное, хотя и неравномерное развитие творческих способностей, прежде всего, связанных с процессом формирования личности. Естественно, что при таком подходе в этом процессе должны выделяться качественные новообразования.

К этому выводу приходят и некоторые зарубежные психологи. «Оценка нормы и аномалии в контексте развития требует знакомства с общими принципами развития при особенном отношении к личности» (М. Герберт, 1974).

В качестве организующего «ядра» личности признается «Я-концепция», определенное качество которой рассматривается как ключ к нормальной адаптации. Эта концепция включает как «хорошую» интеграцию личности (в духе Г. Оллпорта) — гармоничную «Я-концепцию» (при минимуме внутренних противоречий и едином взгляде на жизнь), так и относительную автономию (в смысле способности к независимому, самостоятельному поведению). Автономия связывается с формированием коммуникативных способностей и уверенностью в себе

(положительной самооценкой) на их основе. В свою очередь, неуверенность в себе и низкая самооценка рассматриваются как источники нарушения адаптации и аномалий развития (М. Герберт, 1974).

Такое представление, сформировавшееся в русле гуманистической психологии, кажется выходящим за рамки традиционного понимания адаптивного критерия и согласуется с целым рядом представлений отечественной психологии о важной роли отношения к себе и самосознания в целом в процессе формирования личности.

Основным источником отклонений в психоанализе обычно считается постоянный конфликт между бессознательными влечениями, образующими в своей подавленной и вытесненной форме структуру «Оно», и социальными ограничениями естественной активности ребенка, образующими в интернализованной форме структуру «Я» и «сверх-Я». Нормальное развитие личности предполагает наличие оптимальных защитных механизмов, которые уравнивают сферы сознательного и бессознательного. В противном случае, в частности в случае так называемой невротической защиты, формирование личности принимает аномальный характер. Правда, наиболее видные неопрейдисты отказались от представлений о сексуальной этиологии конфликтов.

В качестве важного фактора формирования личности А. Адлер выделяет структуру семьи. Различное положение ребенка в этой структуре и соответствующий тип воспитания оказывают значительное, а часто и решающее влияние на возникновение девиантного поведения. Например, гиперопека, по Адлеру, ведет, к развитию мнительности, инфантильности и комплекса неполноценности.

Психодинамический подход. По мнению З. Фрейда, люди по существу антисоциальны. В силу своей биологии они наделены эгоцентрическим влечением к поиску удовольствия, к разрушению. Эти влечения вступают в конфликт с требованиями социальной среды. Чтобы

обеспечить выживание в обществе, люди сами должны контролировать или перенаправлять в другое русло свои влечения.

В психодинамических теориях девиантное (криминальное) поведение объясняется преимущественно недостаточным формированием или функционированием Суперэго на той или иной стадии психосексуального развития. Например, конфликты на «анальной» стадии могут привести к формированию оппозиционных и садистских наклонностей в ситуациях подчинения.

По А. Адлеру, жизненная цель – основной фактор, определяющий развитие индивидуальности. В содержание жизненной цели А. Адлер вкладывал ряд понятий: стремление к власти, богатству, силе, известности, образованности и др. В норме существует гармония между направленностью на достижение цели с направленностью на сотрудничество с другими людьми. При нарушении этой гармонии в человеке возникает внутренний конфликт (чувство неполноценности).

Люди используют различные пути для компенсации чувства неполноценности. Одни прибегают к адекватным способам – успеху, власти, объединению в группы. Другие пытаются подавлять других или используют насилие. В итоге формируются устойчивые негативные черты личности: нетерпимость, зависть, самомнение, подозрительность, которые и определяют поведение личности и ее жизненный путь в целом.

Экзистенциально-гуманистический подход. В понимании австрийского психолога и психиатра В. Франкла, специфическими человеческими характеристиками являются, прежде всего, духовность, свобода и ответственность. Проблемы поведения так или иначе связаны с дефицитом указанных качеств.

Фундаментальной мотивацией, по мнению В. Франкла, служит стремление к смыслу. Тогда, когда стремление к смыслу чем-либо блокировано (фрустрировано), возникает состояние экзистенциальной

фрустрации. Она характеризуется апатией и скукой. В случае, если человек не рассматривает себя ответственным за самоопределение в ценностях, активным участником собственной жизни, он позволяет различным факторам (социальным, биологическим, психологическим) определять свой жизненный путь. Человек в данном случае страдает от ощущения бессмысленности, опустошенности. Состояние этой внутренней пустоты В. Франкл назвал экзистенциальным вакуумом. Экзистенциальная фрустрация и экзистенциальный вакуум становятся причиной агрессивности человека. В соответствии с воззрениями В. Франкла, отклоняющееся поведение возникает потому, что люди подавляют свою духовность, «уходят от ответственности за поиск смысла».

Поведенческие теории. Бихевиоризм – это теория, описывающая на основе экспериментов законы или принципы человеческого поведения. Основоположниками данного направления считаются Дж. Уотсон, Б. Скиннер, Э. Торндайк. В соответствии с теорией Дж. Уотсона, и человек, и животное приспособляются к окружающей среде посредством использования наследственных задатков и привычек. Стимул или предмет, который вызывает реакцию, исходит от объектов, находящихся во внешней или внутренней среде. Посредством обусловливания диапазон стимулов, на которые реагируют люди, все более расширяется.

Наблюдение за детьми показывает, что все, обычно называемое инстинктом, в значительной степени является результатом научения или обусловливания.

Б. Скиннер внес особый вклад в развитие поведенческой психологии, так как обнаружил, что на поведение существенно влияют его же последствия (механизм оперантного обусловливания). В результате проб и ошибок может достигаться успех, который приводит к удовольствию или устраняет неприятности (конкретная форма поведения

самоподкрепляется). Аналогичным образом может подкрепляться и отклоняющаяся форма поведения.

В соответствии с теорией социального научения А. Бандуры, врожденными являются только элементарные рефлексy и границы возможностей человека. Любое поведение человека социально обусловлено, так как за ним стоят сложнейшие навыки, требующие специального научения. По теории социального научения, основными механизмами формирования поведения, в том числе девиантного, являются научение через наблюдение (викарное научение); научение в действии (научение через опыт, влияние поведения на последствия).

Теория криминальности Г. Айзенка. Данная теория появилась в 1964г. Главный акцент в теории сделан на «активно асоциальном, психопатическом преступнике», который являет собой пример крайней степени несоциализированности.

В теории предпринята попытка объяснить, почему некоторые люди не могут подчиняться социальным нормам и правилам. Г. Айзенк установил связь вариаций темперамента с тремя независимыми измерениями – нейротизмом, психотизмом и экстраверсией/интроверсией и представил доказательства влияния на них генетических факторов (реактивность лимбической и автономной систем, уровень кортикального возбуждения, порог возбуждения, уровень циркуляции андрогенов).

Кроме того, подобно З. Фрейду, Г. Айзенк считал людей по природе гедонистическими существами, социализация которых состоит в приобретении ограничений в форме «совести» или «Суперэго». Так как экстраверты менее подвержены страху наказания, медленнее формируют условные реакции, можно предположить, что при прочих равных условиях они будут труднее поддаваться социализации, чем интроверты и, следовательно, они более склонны к формированию девиантных форм поведения.

Типы девиантного поведения (по В.Д. Менделевичу)

В.Д. Менделевич описал 5 типов девиантного поведения.

1. Делинквентное. Разновидность преступного (криминального) поведения человека представляет собой делинквентное поведение — отклоняющееся поведение, в крайних своих проявлениях представляющее уголовно наказуемое деяние.

Отличия делинквентного от криминального поведения коренятся в тяжести правонарушений, выраженности антиобщественного их характера. Правонарушения делятся на преступления и проступки. Суть проступка заключается не только в том, что он не представляет существенной общественной опасности, но и в том, что отличается от преступления мотивами совершения противоправного действия.

К. К. Платонов выделил несколько типов личности преступников, которые характеризуются рядом параметров: 1) соответствующими взглядами и привычками, внутренней тягой к повторным преступлениям; 2) неустойчивостью внутреннего мира, склонностью совершать преступление под влиянием сложившихся обстоятельств или окружающих лиц; 3) высоким уровнем правосознания, но пассивным отношением к другим нарушителям правовых норм; 4) не только высоким уровнем правосознания, но и активным противодействием или попытками противодействия при нарушении правовых норм; 5) возможностью только случайного преступления. К группе лиц с делинквентным поведением относят представителей второй, третьей и пятой групп.

У них в рамках волевого сознательного действия в силу индивидуально-психологических особенностей нарушается или блокируется процесс предвосхищения будущего результата деликта (проступка). Такие индивиды легкомысленно, часто под влиянием внешней провокации, совершают противоправное деяние, не представляя его

последствий. Сила побудительного мотива к определенному действию тормозит анализ отрицательных (в том числе и для самого человека) его последствий. Нередко делинквентные действия опосредуются ситуационно-импульсными или аффектогенными мотивами.

В основе ситуационно-импульсных преступных действий лежит тенденция к разрешению внутреннего конфликта, под которым понимается наличие неудовлетворенной потребности (С. А. Арсентьев). Реализуются ситуационно-импульсные мотивы, как правило, без этапа предварительного планирования и выбора адекватных объектов, целей, способов и программы действия для удовлетворения актуальной потребности.

Делинквентное поведение может проявляться, например, в озорстве и желании развлечься. Подросток из любопытства и «за компанию» может бросать с балкона тяжелые предметы (или еду) в прохожих, получая удовлетворение от точности попадания в «жертву». Из озорства человек может позвонить в диспетчерскую аэропорта и предупредить о якобы заложенной в самолете бомбе. С целью привлечения внимания к собственной персоне («на спор») молодой человек может попытаться залезть на телевизионную башню или украсть у учителя из сумки записную книжку.

Различие делинквентного и криминального поведения коренится не в возрасте, с которого наступает уголовная ответственность (деликты могут совершать и взрослые, и даже пожилые люди), а в степени осознания индивидом своих противоправных поступков и действий, их социальной значимости и вредоносных последствий для окружающих. Используя образное выражение Е. Анчел, к делинквентному поведению можно отнести «преступные действия, намерения которых были невинными». Основой делинквентного поведения взрослого и пожилого человека является психический инфантилизм с комплексом характерных признаков: неумением разводить идеальные и реальные цели, не соответствующей

возрасту наивностью и прямотушiem, детской восторженностью, эгоцентризмом, формально-обязательным выполнением долга и подчиняемостью, нежеланием и неумением прогнозировать возможные будущие нежелательные события (антиципационной несостоятельностью), повышенной обидчивостью, потребностью в утешении и опеке, склонностью к резким колебаниям настроения и выраженным аффективным реакциям.

2. Аддиктивное поведение — это один из типов девиантного (отклоняющегося) поведения с формированием стремления к уходу от реальности путем искусственного изменения своего психического состояния посредством приема некоторых веществ или постоянной фиксации внимания на определенных видах деятельности с целью развития и поддержания интенсивных эмоций (Ц. П. Короленко, Т. А. Донских).

Основным мотивом личностей, склонных к аддиктивным формам поведения, является активное изменение не удовлетворяющего их психического состояния, которое рассматривается ими чаще всего как «серое», «скучное», «монотонное», «апатичное». Такому человеку не удается обнаружить в реальности какие-либо сферы деятельности, способные надолго привлечь его внимание, обрадовать или вызвать иную выраженную эмоциональную реакцию.

Жизнь видится ему неинтересной в силу ее обыденности и однообразности. Он не приемлет того, что считается в обществе нормальным: необходимости что-либо делать, заниматься какой-нибудь деятельностью, соблюдать какие-то принятые в семье или обществе традиции и нормы. Можно говорить о том, что у индивида с аддиктивной нацеленностью поведения значительно снижена активность в обыденной жизни, наполненной требованиями и ожиданиями. При этом аддиктивная активность имеет избирательный характер — в тех областях жизни,

которые пусть временно, но приносят человеку удовлетворение и вырывают его из мира эмоциональной стагнации (бесчувственности), он может проявлять недюжинную активность для достижения цели.

Выделяются следующие психологические особенности лиц с аддиктивными формами поведения (Б. Сегал):

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

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

Базисной характеристикой аддиктивной личности является зависимость.

3. Патохарактерологическое поведение. Под этим типом понимается поведение, обусловленное патологическими изменениями характера,

сформировавшимися в процессе воспитания. К ним относятся т. н. расстройства личности (психопатии) и явные или выраженные акцентуации характера. Дисгармоничность черт характера приводит к тому, что изменяется вся структура психической деятельности человека. В выборе своих поступков он часто руководствуется не реалистичными и адекватно обусловленными мотивами, а существенно измененными «мотивами психопатической самоактуализации».

Сущность данных мотивов — ликвидация личностного диссонанса, в частности рассогласования идеального «Я» и самооценки. По данным Л.М. Балабановой, при эмоционально-неустойчивом расстройстве личности (возбудимой психопатии) наиболее частым мотивом поведения оказывается стремление к реализации неадекватно завышенного уровня притязаний, тенденция к доминированию и властвованию, упрямство, обидчивость, нетерпимость к противодействию, склонность к самовзвинчиванию и поискам поводов для разрядки аффективного напряжения. У лиц с истерическим расстройством личности (истерической психопатией) мотивами девиантного поведения выступают, как правило, такие качества, как эгоцентризм, жажда признания, завышенная самооценка. Переоценка своих реальных возможностей ведет к тому, что ставятся задачи, соответствующие иллюзорной самооценке, совпадающей с идеальным «Я», но превышающие возможности личности. Важнейшим мотивационным механизмом является стремление к манипулированию окружающими и контролю над ними. Окружение рассматривается лишь как орудие, которое должно служить удовлетворению потребностей данного человека. У индивидов с ананкастными и тревожными (уклоняющимися) личностными расстройствами (психастенической психопатией) патологическая самоактуализация выражается в сохранении ими привычного стереотипа действий, в уходе от перенапряжений и

стрессов, нежелательных контактов, в сохранении личностной независимости.

При столкновении таких людей с окружающими, с непосильными задачами в силу ранимости, мягкости, низкой толерантности к стрессу они не получают положительного подкрепления, чувствуют себя обиженными, преследуемыми.

К патохарактерологическим девиациям относят также невротические расстройства и развития личности — патологические формы поведения и реагирования, сформированные в процессе неврозогенеза на базе невротических симптомов и синдромов. В большей степени они представлены навязчивыми симптомами в рамках навязчивого развития (по Н. Д. Лакосиной). Девиации реализуются в виде невротических навязчивостей и ритуалов, которые пронизывают всю жизнедеятельность человека. В зависимости от их клинических проявлений человек может выбирать способы болезненного противостояния реальности. Например, человек с навязчивыми ритуалами может подолгу и в ущерб своим планам совершать стереотипные действия (открывать и закрывать двери, определенное количество раз пропускать подходящий к остановке троллейбус), цель которых — снятие состояния эмоционального напряжения и тревоги.

К сходному параблезному патохарактерологическому состоянию относят поведение, основанное на символизме и суеверных ритуалах. В подобных случаях поступки человека зависят от его мифологического и мистического восприятия действительности. Выбор действий строится на основе символического истолкования внешних событий. Человек, например, может отказаться от совершения какой-либо поступка (жениться, сдать экзамен и даже выйти на улицу) в связи с «неподходящим расположением небесных светил» или иными псевдонаучными трактовками действительности и суевериями.

4. Психопатологический тип девиантного поведения основывается на психопатологических симптомах и синдромах — проявлениях тех или иных психических расстройств и заболеваний. Как правило, мотивы поведения психически больного остаются непонятными до тех пор, пока не будут обнаружены основные признаки психических расстройств. Отклоняющееся поведение может иметь место в силу нарушений восприятия — галлюцинаций или иллюзий (например, пациент затыкает уши или к чему-то прислушивается, ищет несуществующий объект, разговаривает сам с собой), нарушений мышления (высказывает, отстаивает и пытается добиваться поставленных целей на основе бредового истолкования действительности, активно ограничивает сферы общения с окружающим миром в силу навязчивых идей и страхов), нарушений волевой активности (совершает нелепые и понятные поступки или месяцами бездействует, делает стереотипные вычурные движения или надолго застывает в однообразной позе).

Разновидность патохарактерологического, психопатологического и аддиктивного типов девиантного поведения — саморазрушающее (аутодеструктивное) поведение. Суть его заключается в том, что система поступков человека направлена не на развитие и личностный рост и не на гармоничное взаимодействие с реальностью, а на деструкцию личности. Агрессия направляется на себя (аутоагрессия), внутрь самого человека, тогда как действительность рассматривается как что-то оппозиционное, не дающее возможности полноценной жизни и удовлетворения насущных потребностей. Аутодеструкция проявляется в виде суицидального поведения, наркотизации и алкоголизации и некоторых других разновидностей девиаций. Мотивами к саморазрушающему поведению становятся аддикции и неспособность справляться с обыденной жизнью, патологические изменения характера, а также психопатологические симптомы и синдромы.

5. Девиантное поведение на основе гиперспособностей. Особым типом отклоняющегося поведения считают девиации, обусловленные гиперспособностями человека (К. К. Платонов). Как выходящие за рамки обычного, нормального рассматривают способности, которые значительно превышают среднестатистические. В подобных случаях говорят о проявлениях одаренности, таланта, гениальности в какой-либо из сфер деятельности. Отклонение в сторону одаренности в одной области часто сопровождается девиациями в обыденной жизни. Такой человек оказывается нередко неприспособленным к «бытовой, приземленной» жизни. Он не способен правильно понимать и оценивать поступки и поведение других людей, оказывается наивным, зависимым и неподготовленным к трудностям повседневной жизни.

Если при делинквентном поведении наблюдается противоборство с реальностью, при аддиктивном — уход от реальности, при патохарактерологическом и психопатологическом — болезненное противостояние, то при поведении, связанном с гиперспособностями, — игнорирование реальности. Человек существует в реальности («здесь и теперь») и одновременно как бы живет в собственной реальности, не размышляя о необходимости «объективной реальности», в которой действуют окружающие люди. Он расценивает обычный мир как что-то малозначимое, несущественное и поэтому не принимает никакого участия во взаимодействии с ним, не вырабатывает стиля эмоционального отношения к поступкам и поведению окружающих, принимает любое происходящее событие отрешенно. Вынужденные контакты воспринимаются человеком с гиперспособностями как необязательные, временные и не воспринимаются как значимые для его личностного развития. Внешне в обыденной жизни поступки такого человека могут иметь оттенок чужаковатости.

Например, он может не знать, как пользуются бытовыми приборами, как совершаются обыденные действия. Весь интерес сосредоточен у него на деятельности, связанной с его неординарными способностями (музыкальными, математическими, художественными и иными).

Клинические формы девиантного поведения

Девиантное (отклоняющееся) поведение имеет следующие клинические формы (по В.Д. Менделевичу):

- агрессия;
- аутоагрессия (суицидальное поведение);
- злоупотребление веществами, вызывающими состояния измененной психической деятельности (алкоголизация, наркотизация, табакокурение и др.);
- нарушения пищевого поведения (переедание, голодание);
- аномалии сексуального поведения (девиации, перверсии, отклонения психосексуального развития);
- сверхценные психологические увлечения (трудоголизм, гемблинг, коллекционирование, «паранойя здоровья», фанатизм — религиозный, спортивный, музыкальный и пр.);
- сверхценные психопатологические увлечения («философическая интоксикация», сутяжничество и кверулянство, разновидности маний — клептомания, дромомания и др.);
- характерологические и патохарактерологические реакции (эмансипации, группирования, оппозиции и др.);
- коммуникативные девиации (аутизация, гиперобщительность, конформизм, псевдология, ревность, фобическое и нарциссическое поведение, нигилизм, крусадерство, «вегетативность» и др.);
- безнравственное и аморальное поведение;

- неэстетичное поведение, или девиации стиля поведения.

Каждая из клинических форм может быть обусловлена любым типом девиантного поведения, а иногда мотивом выбора той или иной формы служит несколько разновидностей отклоняющегося поведения одновременно. Так, например, алкоголизация может быть связана с аддикциями (уходом от реальности); с патологией характера, при которой употребление и злоупотребление спиртными напитками выступает в роли своеобразной терапевтической компенсации и снятия внутриличностного конфликта; с психопатологическими проявлениями (маниакальным синдромом) или с сознательным доведением себя до определенного психического состояния с целью совершения делинквентных поступков.

Профилактика девиантного поведения у детей и подростков

В целом, профилактика отклоняющегося поведения предполагает систему общих и специальных мероприятий на различных уровнях социальной организации: общегосударственном, правовом, общественном, экономическом, медико-санитарном, педагогическом, социально-психологическом.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) предлагает выделять первичную, вторичную и третичную профилактику. *Первичная профилактика* направлена на устранение неблагоприятных факторов, вызывающих определенное явление, а также на повышение устойчивости личности к влиянию этих факторов. Применительно к девиантному поведению первичную профилактику можно обозначить как массовую и универсальную превенцию действий, отклоняющихся от социальных норм. Первичная профилактика ориентирована, главным образом, на детско-подростковый возраст.

Задача *вторичной профилактики* - раннее выявление и коррекция неблагоприятных индивидуальных и социальных факторов, с большой вероятностью вызывающих девиантное поведение. Это работа с группой риска - прежде всего детьми и подростками, проживающими в неблагоприятных или "агрессивных" социальных условиях. В связи с этим вторичную профилактику можно назвать также селективной интервенцией. Она направлена на выявление групп высокого риска и определение методов работы с ними. Такая работа охватывает менее широкие слои населения, чем универсальная превенция.

Третичная профилактика решает специальные задачи, например предупреждение рецидивов, а также вредных последствий уже сформированного девиантного поведения для личности и общества. По сути, это модификационная интервенция, или активное воздействие на еще более узкий круг лиц с устойчивыми или высоковероятными поведенческими девиациями.

Исследователи выделяют различные виды, уровни и направления профилактики, характеризующиеся специфическими целями, задачами, методами, контингентом воздействия.

Выделяют следующие направления профилактической работы.

1. Профилактика, основанная на работе с группами риска в медицинских и медико-социальных учреждениях. Создание так называемой сети социально-поддерживающих учреждений.

2. Профилактика, основанная на работе в школах, создание сети "здоровых школ", включение профилактических занятий в учебные программы всех школ.

3. Профилактика, основанная на работе с семьями.

4. Профилактика в организованных общественных группах молодежи и на рабочих местах.

5. Профилактика с помощью средств массовой информации.

6. Профилактика, направленная на группу риска в неорганизованных коллективах - на территориях, улицах, с безнадзорными, беспризорными детьми.

7. Систематическая подготовка специалистов в области профилактики.

8. Массовая мотивационная профилактическая активность.

Методы изучения девиантного поведения

Диагностика девиантности и девиантного поведения личности является вспомогательной формой психологической деятельности. Ее используют для решения следующих задач:

- 1) проведение научного исследования;
- 2) проведение судебно-психологической экспертизы;
- 3) уточнение медицинского диагноза и определение стратегии лечения;
- 4) определение индивидуального подхода к личности с девиантным поведением;
- 5) выявление психологических факторов, повышающих риск девиантного поведения;
- 6) профессиональный отбор.

В связи с этим, методы изучения девиантности и девиантного поведения можно разделить на три основные группы:

- исследовательские;
- психодиагностические;
- клинические.

Исследовательские методы направлены на выявление общих закономерностей и механизмов девиантного поведения в целях научного познания данного феномена. К ним относятся такие общепсихологические

способы получения информации, как включенное наблюдение, констатирующий эксперимент, лонгитюд, формирующий эксперимент, контент-анализ.

Клинические методы нацелены на изучение истории и особенностей девиантного поведения. К этим методам относятся: анамнестическая беседа; включенное наблюдение; клиническое наблюдение; стандартизированное интервью и др.

Для изучения истории и особенностей девиантного поведения личности разработан специальный вариант поведенческого интервью (Змановская Е. В., 2003).

Поведенческое интервью (поведенческий анализ) — это один из ведущих методов работы с отклоняющимся поведением, неотъемлемая часть поведенческого консультирования. Целью поведенческого анализа является усиление понимания личностью своего поведения и его причин.

Методика комплексной диагностики девиантности и девиантного поведения личности на основе структурно-динамического подхода. Психологическая диагностика девиантности и девиантного поведения сопряжена с рядом субъективных и объективных затруднений. К субъективным барьерам можно отнести то, что люди стремятся произвести хорошее впечатление, - они отрицают наличие у себя девиации или скрывают ее от окружающих людей.

Главная объективная проблема связана с явным дефицитом специальных методик, ориентированных на оценку степени сформированности девиантности, а также диагностику особенностей определенной формы девиантного поведения конкретной личности. Так, например, имеются опросники и тесты для изучения агрессивного поведения (тест А. Басса – А. Дарки, Hand-тест и др.), но практически отсутствуют общепринятые методики, целенаправленно изучающие

суицидальное поведение, делинквентность или личность с игровой зависимостью.

На практике специалисты обычно используют набор общепсихологических тестов и опросников, созданных для иных целей и не являющихся достаточно валидными для девиаций, например, Миннесотский личностный многопрофильный опросник, тест А.Е. Личко для оценки акцентуаций характера и др.

Данные, полученные в результате использования личностных опросников, не являются достаточно информативными для работы с девиациями.

Диагностика девиантности и девиантного поведения должна основываться на следующих принципах: 1) комплексность; 2) специфичность; 3) валидность; 4) надежность; 5) объективность.

Для реализации данных принципов была разработана и апробирована методика комплексной диагностики девиантного поведения личности на основе структурно-динамической концепции (3), включающая:

- 1) поведенческое интервью (модификация Е. В. Змановской);
- 2) опросник склонности к отклоняющемуся поведению;
- 3) шкала социально-психологической адаптированности (К. Роджерс и Р. Даймонд);
- 4) методика оценки социальной фрустрации (в модификации В.В. Бойко);
- 5) опросник ориентации на выполнение нравственно-правовых норм (разработанный В.М. Мельниковым и Л.Т. Ямпольским на основе зарубежных методик ММРІ и 16-факторного опросника Р. Кеттелла);
- 6) тест стиля межличностных отношений Т. Лири;
- 7) тест психологических защит Келлермана- Плутчика- Конте;

8) методика субъективной оценки значимых отношений личности, созданная на основе семантического дифференциала (модификация Е.В. Змановской).

ТЕМА 2. АГРЕССИЯ И АУТОАГРЕССИЯ КАК КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Понятия агрессии и агрессивности в психологии

В широком психологическом смысле под агрессией понимают тенденцию (стремление), проявляющуюся в реальном поведении или фантазировании, имеющую целью подчинить себе других либо доминировать над ними. Данная тенденция носит универсальный характер и сам термин «агрессия» в целом имеет нейтральное значение. В норме агрессия носит оборонительный характер и служит выживанию. Она также выступает источником активности индивида. В широком значении агрессия, не подкрепленная насильственными или разрушительными действиями, не регулируется правовыми нормами, хотя может не одобряться с точки зрения религиозных и морально-нравственных норм.

В переводе с латинского языка «агрессия» (*aggressio*) означает нападение. Это негативное значение получило широкое распространение.

В настоящее время агрессию чаще всего отождествляют с негативными эмоциями (например, гневом), негативными мотивами (стремлением навредить), с негативными установками (например, расовыми предубеждениями), и, наконец, с разрушительными действиями.

В научной литературе термин "агрессия" используется разными авторами в различных смыслах, например:

- любые действия (или бездействие), причиняющие вред другому человеку, объекту или обществу (Р. Бэрн, Д. Ричардсон, Х. Дельгадо);
- инстинктивно обусловленный, видовой паттерн поведения (Ч. Дарвин, К. Лоренц);
- проявление влечения к смерти (З. Фрейд);
- реакции, в результате которых другой организм получает болевые стимулы (А. Басс);
- реакция на фрустрацию (Д. Доллард, с. Берковец);
- реакция на стресс и способ разрядки (Р. Лазарус);
- стремление к доминированию и самоутверждению (А. Адлер);
- внутренняя сила противостояния внешним силам (Ф. Аллан, Р. Мэй).

Таким образом, агрессия как стремление доминировать — это универсальная побудительная тенденция. Агрессия может быть как позитивной, служащей жизненным интересам и выживанию, так и негативной, ориентированной на удовлетворение агрессивного влечения самого по себе. Агрессивность, напротив, это готовность отдельных людей (групп) проявлять агрессию в форме действий, причиняющих ущерб окружающим людям, не желающим подобного обращения.

Концепции агрессивности

К числу наиболее разработанных теорий агрессии относятся: теория влечений, этологический подход, фрустрационная теория, теория социального научения и когнитивная теория.

В *этологическом подходе* К. Лоренца агрессия признается таким же инстинктом, как и все другие, и в естественных условиях служит сохранению жизни. Агрессия в одинаковой мере присуща как людям, так и животным. Но в результате влияния многих факторов (например, действие

внутривидового отбора в нежелательном направлении) нарушилось естественное течение биологического и психического созревания человека, что привело к замедлению развития тормозных механизмов агрессии (Фурманов, 1996).

Э. Фромм (1994) в своей попытке объединить несколько подходов к этой проблеме выделяет два вида агрессии: оборонительную и деструктивную. Оборонительная агрессия имеет биологические корни и принципиально важна для выживания человека, защиты его витальных интересов. Этот вид агрессии свойствен как людям, так и животным. Деструктивная агрессия характерна только для человека, она определяется различными социальными и психическими факторами. Дифференцирующий критерий в данном случае - принцип «необходимо (полезно) - не нужно (вредно)».

Родоначальником *теории влечений* является немецкий психиатр З. Фрейд. Детерминирующим фактором всех аспектов жизни он считал бессознательные врожденные инстинкты и иррациональные влечения человеческой психики. В своих ранних работах он утверждал, что поведение человека обусловлено существованием инстинкта жизни (эрос), энергия которого направлена на сохранение жизни и воспроизведение потомства. При этом агрессия рассматривалась как реакция на блокирование или разрушение импульсов либидо. З. Фрейд рассматривает агрессию как составную часть «ид» или Я-влечения. Позднее, в работе «По ту сторону принципа удовольствия», З. Фрейд предполагает существование второго такого же мощного инстинкта - влечения к смерти (танатос), цель которого - восстановить состояние, нарушенное возникновением жизни. Все поведение человека является результатом сложного взаимодействия танатоса и эроса, между которыми существует постоянное напряжение, что является основой для внутреннего конфликта между «ид» и «супер-эго». В результате этого взаимодействия и при помощи других механизмов, таких

как смещение, энергия танатоса направляется вовне, от "Я". Внешнее проявление эмоций, сопровождающих агрессию, может вызвать разрядку разрушительной энергии и уменьшить опасность поведения на основе этого инстинкта. Подобное явление «очищения» И. Брейер назвал катарсисом (Фрейд З., 1989).

В теории А. Адлера, одного из последователей З. Фрейда, агрессия и агрессивность признаются неотъемлемыми качествами сознания, организующими его деятельность. Агрессия понимается как напряжение противостоящих начал (таких как смерть - жизнь, субъект - объект, тезис - антитезис и др.) (Хьелл Л., Зиглер Д., 2005).

В *концепции фрустрации* агрессия рассматривается как ситуативный процесс, причиной агрессии является «неинстинктивная мотивационная сила, являющаяся результатом лишения организма каких-либо существенных вещей или условий и возрастающая по мере усиления такого рода депривации» (Бэрн Р., Ричардсон Д., 1997). Основоположником этой теории считается Дж. Доллард. Суть этой концепции может быть сведена к двум главным положениям:

1. Фрустрация всегда приводит к агрессии в какой-либо форме.
2. Агрессия всегда является результатом фрустрации.

Теория социального научения предполагает, что агрессия является усвоенным поведением в процессе социализации через наблюдение соответствующего способа действий и социального подкрепления. В теории социального научения, предложенной А. Bandura, агрессия рассматривается как некое специфическое социальное поведение, которое усваивается и поддерживается в основном точно так же, как и многие другие формы социального поведения. Научение агрессивному поведению происходит благодаря, с одной стороны, наличию нейропсихологических механизмов, обеспечивающих возможность такого вида поведения, с другой - наблюдению и непосредственному. Агрессия провоцируется как

воздействием шаблонов (например, возбуждение, внимание), побудительными мотивами (например, материальная заинтересованность), так и неприемлемым обращением, что подразумевает и фрустрацию. Регуляция непосредственного проявления агрессии происходит при помощи внешних поощрений и наказаний, викарного подкрепления (наблюдения за тем, как поощряют и наказывают других) и механизмов саморегуляции (Бандура А., 1996).

В настоящее время широко разрабатывается *когнитивная теория агрессии*. В обосновании этого направления принимали участие А. Бандура, Л. Берковиц и др.

Способ, которым человек воспринимает и интерпретирует события окружающего мира, определяет, отвечает ли человек на эти события агрессивно либо использует другую модель поведения. Агрессивное поведение определяется большим количеством факторов, как биологических (например, наследственность, особенности эндокринной системы), переменными влияниями общества (например, насилие в масс-медиа), социальным контекстом (влияние сверстников, семьи, школы) и условиями окружающей среды (например, длительное пребывание в стрессовой среде). Но ни один из этих факторов по отдельности не может объяснить разнообразие агрессивного поведения. Такого рода поведение может быть приобретено путем научения и включено в индивидуальный репертуар реакций, вызвано какой-то внешней ситуацией.

Классификация форм агрессии по Э. Фромму

Огромную методологическую ценность имеет дифференциация Э. Фроммом исследуемого феномена агрессии на «доброкачественную» и «злокачественную». Первая отчасти восходит к миру человеческих инстинктов, вторая коренится в человеческом характере, в человеческих

страстях, за которыми стоят побуждения отнюдь не природного, но экзистенциального свойства.

Доброкачественная агрессия. Под этим термином Э. Фромм понимал три различные категории поведения. Первая — защитное поведение. Вторая — псевдоагрессия. Третья — поведение, которое подразумевает нанесение вреда другому, но изначально не мотивировано этим. Рассматривая категорию защитной агрессии, Э. Фромм считает, что все виды должны иметь филогенетическую программу ответа на угрозу. Существует два ответа: гнев (ярость и атака); страх и бегство. Э. Фромм, опираясь на данные современной ему физиологии, считал, что особая часть головного мозга мобилизуется, когда животному или личности что-то угрожает.

Оба ответа биологически адаптивны и необходимо реактивны. Э. Фромм не верит во внутренний драйв в агрессии. Потенциальные возможности для сражения или бегства возникают только перед лицом непосредственной угрозы. Когда это случается в живом существе рождается беспокойство — обеспокоенность за свои жизненные интересы.

Это агрессивное поведение не мотивировано разрушением ради разрушения. Основной мотив защитить себя. По Э. Фромму, «защитная агрессия» встроена в животный и человеческий мозг и служит функцией защиты наших жизненных интересов.

Сознание разделяет человека и животного, отсюда разные механизмы защитной агрессии. У человека — более значительный сознательный и эмоциональный уровень. Животные воспринимают только чистую настоящую опасность, человек наделен даром предвиденья, может осознать надвигающуюся опасность. Человек иногда реагирует и сопротивляется навязываемым идеям, пропаганде. И наконец, человек имеет более высокий уровень жизненных интересов, чем другие виды, которые распространяются от необходимости в пище и крове до

необходимости защиты своих ценностей и идеалов. Вот почему Э. Фромм относит защитное агрессивное поведение к «доброкачественной агрессивности». В отдельные категории «доброкачественной агрессивности» Э. Фромм выделяет «псевдоагрессию» (непреднамеренную агрессию, игровую агрессию, агрессию как самоутверждение), конформистскую агрессию, инструментальную агрессию.

Злокачественная агрессия. Принципиальное положение концепции Э. Фромма — «биологически адаптивная агрессия служит делу жизни». Это инстинкт, который свойственен как человеку, так и любому живому существу. Биологами, физиологами это положение воспринимается как аксиома (хотя и нуждается в дополнительном изучении). Но только человек подвержен влечению мучить и убивать, при этом испытывая удовольствие. «Это единственное живое существо, способное уничтожить себе подобных без всякой для себя пользы и выгоды».

Э. Фромм считает, что злокачественная агрессия свойственна исключительно человеку и не порождается животными инстинктами, являясь важной составной частью его психики. Суть гипотезы Э. Фромма — деструктивность (злокачественная агрессия) как результат взаимодействия различных социальных условий и экзистенциальных потребностей человека. Основные формы деструктивности — садизм (и мазохизм) и некрофилия. В концепции Э. Фромма они носят не сексуальный, а онтологический характер.

Виды агрессивных действий по А. Бассу и А. Дарки

Существуют следующие виды агрессивных действий (А. Басс, А. Дарки):

- 1) физическая агрессия (нападение);
- 2) косвенная агрессия (злые сплетни, шутки, взрывы ярости, проявляющиеся в крике, топании ногами и т.д.);

3) склонность к раздражению (готовность к появлению негативных чувств при малейшем возбуждении);

4) негативизм (оппозиционная манера поведения от пассивного сопротивления до активной борьбы);

5) обида (зависть и ненависть к окружающим за действительные и вымышленные сведения);

6) подозрительность в диапазоне от недоверия и осторожности до убеждения, что все другие люди приносят вред или планируют его;

7) вербальная агрессия (выражение негативных чувств как через форму — ссора, крик, визг, так и через содержание словесных ответов — угроза, проклятия, ругань).

Аутоагрессивное поведение

Аутоагрессивное поведение, в отличие от агрессивного, направлено на причинение вреда самому человеку, а не его окружению (хотя существует инфантильная разновидность аутоагрессии, сочетающейся с желанием подобным нетрадиционным образом оказать вредоносное воздействие на близкое окружение). Доминирующий вид аутоагрессии — физическая агрессия, хотя можно условно говорить и об аутоагрессии, например, в виде вербального самоуничижающего и самообвиняющего поведения, проявляющегося в преподнесении себя окружающим в невыгодном свете, самооскорблении и обзывании себя бранными словами, сравнении себя с «низменным, ничтожным, никчемным» существом.

Аутоагрессивное поведение проявляется в двух формах: *самоубийстве* (суицидальном поведении) и *самоповреждении* (парасуицидальном поведении). Их различия заключены в конечной цели (смерти или членовредительстве) и вероятности ее достижения.

Структуралистский подход гласит, что аутодеструктивное поведение может расцениваться в качестве медицинского симптома определенного расстройства или части синдрома. Медицинская точка зрения на феномен аутоагрессии проявляется в понимании его как патологической формы поведения, которое непосредственно является опасным для жизни индивида. Существует понятие синдрома преднамеренного самоповреждения, который включает в себя следующие психологические индикаторы: сильное импульсивное желание навредить себе без возможности противостоять ему, ощущение невыносимости ситуации и общей безнадежности, возрастающая тревожность и агрессия, депрессивные состояния и другие.

С точки зрения функционалистского подхода аутодеструкции выступают в роли выражения дистресса или способа совладания с ним. Проявления аутоагрессии выполняют коммуникативную функцию и являются специфической копинг-стратегией соответственно. В данном случае «исправление»- не является первостепенной задачей, первостепенным является понимание того, что лежит в основе желания доставить самому себе боль и неприятные ощущения. Приверженцы такого подхода задаются вопросом «Какую функцию выполняет аутоагрессия для индивида?». Функциональный аспект аутодеструктивного поведения раскрывает *модель избегания опыта*. Данная концепция предполагает, что основное назначение самоповреждающих паттернов поведения – это избегание нежелательных состояний эмоционального возбуждения. Растущее число исследований обеспечивает теоретическую и эмпирическую поддержку описанной модели. Более того, начинают определяться потенциальные механизмы, с помощью которых акты селфхарма могут обеспечить избавление от эмоционального переизбытка, предполагая, что это может привести к высвобождению эндогенных опиоидов, отвлечь человека от нежелательного эмоционального

возбуждения или выполнять функцию самонаказания, которая уменьшает возбуждение.

Эволюционно-биологическая и *адаптационная* концепции аутоагрессии предполагают формирование аутоагрессивных паттернов поведения как адаптивного способа взаимодействия с экстремальными ситуациями. То есть аутоагрессивная активность является защитно-приспособительным феноменом, позволяющий формировать подходящие защитные реакции. Суть данной модели заключается в том, что аутоагрессия – одна из форм взаимодействия с миром (приспособление себя под сложившуюся реальность). Необходимость поддержания психофизиологического гомеостаза вызывает преобразования механизмов в патогенные, которые и включают в себя аутодеструктивную активность. С точки зрения психоанализа аутоагрессия, также называемая как «поворот против себя», понимается как конфликт между «Я» и «Сверх-Я», ввиду чего возникают противоречия. Бихевиористская теория научения гласит, что аутодеструктивное поведение – результат приобретения, закрепления и сохранения ошибочных паттернов поведения.

Генетика тоже пока не может однозначно ответить на вопрос о природе аутоагрессии. Итальянский психиатр Ч. Ломброзо пытался выявить закономерности между генетическим материалом и девиантным поведением; в настоящее время также проводят исследования генетической природы агрессии, и даже получают некоторые эмпирические подтверждения предрасположенности некоторых индивидов к антисоциальному поведению. Существуют убедительные доказательства того, что суицидальное поведение может передаваться внутри семейной системы. Поскольку суицидальное поведение часто бывает импульсивным, было высказано предположение, что генетическая предрасположенность может быть связана с неспособностью контролировать реакции. Наиболее

вероятным биологическим базисом принято считать нарушенную, уменьшенную активность серотониновых систем.

Суицидальное поведение

Суицидальное поведение представляет собой одну из самых серьезных общественных проблем. По данным Всемирной организации здравоохранения, в мире ежегодно около 400-500 тысяч человек кончают жизнь самоубийством, а число попыток - в десятки раз больше. Количество самоубийств в европейских странах примерно в три раза превышает число убийств. Суицидальное поведение личности в настоящее время не регулируется законодательством, в то же время предусматривается уголовная ответственность за "доведение до самоубийства».

Термин «суицидальное поведение» происходит от латинского «suicædo» - «себя убивать». В настоящее время под суицидальным поведением понимают осознанные действия, направляемые представлениями о лишении себя жизни. Ситуации, когда смерть причиняется лицом, которое не может отдавать себе отчета в своих действиях или руководить ими, а также в результате неосторожности субъекта относят не к самоубийствам, а к несчастным случаям.

В наши дни суицидальное поведение не рассматривается как однозначно патологическое. В большинстве случаев это поведение психически нормального человека. В то же время, распространено мнение, что суицид представляет собой крайнюю точку в ряду взаимно переходящих форм аутодеструктивного поведения.

В структуре суицидального поведения выделяются: собственно суицидальные действия и суицидальные проявления (мысли, намерения, чувства, высказывания, намеки). Таким образом, суицидальное поведение реализуется одновременно во внутреннем и внешнем планах.

Суицидальные действия включают суицидальную попытку и завершённый суицид. Суицидальная попытка — это целенаправленное оперирование средствами лишения себя жизни, не закончившееся смертью. Попытка может быть обратимой и необратимой, направленной на лишение себя жизни или на другие цели. Завершённый суицид - действия, завершённые летальным исходом.

Суицидальные проявления содержат (по степени возрастания суицидального риска): 1) пассивные суицидальные мысли, представления, переживания; 2) суицидальный план; 3) суицидальные намерения.

Пассивные суицидальные мысли характеризуются представлениями, фантазиями на тему своей смерти (но не на тему лишения себя жизни как самопроизвольного действия), например, "хорошо бы умереть", "заснуть и не проснуться". Тенденция к самоубийству нарастает в форме разработки плана: продумываются способы, время и место самоубийства. Суицидальные намерения появляются тогда, когда к замыслу присоединяется волевой компонент - решение, готовность к непосредственному переходу во внешнее поведение.

Период от возникновения суицидальных мыслей до попыток их реализации называется пресуицидом. Длительность его может исчисляться минутами (острый пресуицид) или месяцами, годами (хронический пресуицид). В случаях продолжительного пресуицида процесс развития внутренних форм суицидального поведения отчетливо проходит описанные выше этапы. При острых пресуицидах последовательность не обнаруживается и можно наблюдать появление суицидальных замыслов и намерений сразу же.

Существуют различные классификации видов суицидального поведения. В соответствии с основной дихотомией различают групповые (массовые) и индивидуальные суициды. Данные феномены имеют различные причины и механизмы. Массовые суициды провоцируются

группой и в группе реализуются. К ведущим факторам, вызывающим групповые самоубийства, относятся: традиции; тоталитарная организация группы; религиозный и идеологический фанатизм; негативное влияние харизматического лидера; изоляция группы. К традиционным самоубийствам относятся широко распространенные в прошлом акты самосожжения индийских вдов или самонаказания японских самураев. Вариантами самоубийств на почве идеологического и религиозного фанатизма являются террористические самоубийства шахидок, а также случаи группового самоуничтожения людей в религиозных сектах (например, массовые самосожжения раскольников).

Отдельные факты массовых суицидов потрясают своей деструктивностью. Так, печально известна история секты "Народный храм", основанной Д. Джойсом в джунглях Гайаны. Восемнадцатого ноября 1978 года 914 членов секты свели счеты с жизнью (добровольно и принудительно), приняв сильнодействующий яд. Маленькие дети были умерщвлены взрослыми. Сам Джонс был найден с простреленной головой. Большинство исследователей объясняют эту беспрецедентную трагедию феноменом религиозного фанатизма и массового психоза.

Индивидуальные суициды связаны с развитием и поведением конкретной личности. Данные феномены делятся на три основные группы: истинные, демонстративные и скрытые. Истинный суицид направляется желанием умереть, не бывает спонтанным, хотя иногда и выглядит довольно неожиданным. Такому суициду предшествуют угнетенное настроение, депрессивное состояние или просто мысли об уходе из жизни, причем окружающие такого состояния человека могут не замечать. Другой особенностью истинного суицида являются размышления и переживания по поводу смысла жизни.

Демонстративный суицид не связан с желанием умереть, а является способом обратить внимание на свои проблемы, позвать на помощь, вести

диалог. Это может быть и попытка своеобразного шантажа. Смертельный исход в данном случае является следствием роковой случайности.

Скрытый суицид (косвенное самоубийство) - вид суицидального поведения, не отвечающий его признакам в строгом смысле, но имеющий ту же направленность и результат. Это действия, сопровождающиеся высокой вероятностью летального исхода. В большей степени это поведение нацелено на риск, на игру со смертью, чем на уход из жизни. Такие люди выбирают не открытый уход из жизни "по собственному желанию", а так называемое суицидально обусловленное поведение, это и рискованная езда на автомобиле, и занятия экстремальными видами спорта или опасным бизнесом, и добровольные поездки в горячие точки, употребление сильных наркотиков, самоизоляция.

В связи с этим, танатолог Э. Шнейдман (2000) различает две характеристики личности: суицидальность и летальность. Суицидальность означает индивидуальный риск самоубийства. Летальность связана со степенью опасности человека для себя самого, его самодеструктивностью.

Различия в классификациях видов суицидального поведения отражают многообразие форм рассматриваемой реальности. А.Г. Амбрумова выделяет: самоубийства (истинные суициды), а также попытки самоубийства (незавершенные суициды). По мнению А. Е. Личко, суицидальное поведение у подростков бывает демонстративным, аффективным и истинным. Е. Шир различает: преднамеренное суицидальное поведение, неодолимое, амбивалентное, импульсивное и демонстративное.

Э. Дюркгейм делил самоубийства на виды в зависимости от особенностей социальных связей индивида. Аномическое самоубийство происходит в результате тяжелых разногласий между личностью и окружающей ее средой. Фаталистическое самоубийство имеет место в случае личных трагедий, например смерти близких, потери

работоспособности, несчастной любви. Альтруистическое самоубийство совершают ради других людей или во имя высокой цели. Наконец, эгоистическое самоубийство является уходом от неблагоприятных ситуаций - конфликтов, неприемлемых требований.

В. А. Тихоненко, принимая во внимание степень желаемости смерти, дополнил суицидальную попытку несколькими связанными с ней видами поведения. Во-первых, он выделяет демонстративно-шантажное суицидальное поведение, имеющее своей целью демонстрацию намерения умереть. Во-вторых, автор говорит о самоповреждении или членовредительстве, которые вообще не направляются представлениями о смерти и ограничиваются лишь повреждением того или иного органа. В-третьих, подобное поведение может быть просто результатом несчастного случая.

Диагностика суицидального поведения должна основываться на точной оценке степени желаемости смерти. Например, самопорезы бритвой в области предплечья могут быть отнесены:

- а) к числу истинных суицидальных попыток, если конечной целью была смерть от кровопотери;
- б) к разряду демонстративно-шантажных покушений, если целью было продемонстрировать окружающим намерение умереть;
- в) к самоповреждениям, если цель ограничивалась желанием испытать физическую боль или усилить состояние наркотического опьянения путем кровопотери;
- г) к несчастным случаям, если, к примеру, по бредовым соображениям человек хотел "выпустить из крови бесов".

Несмотря на очевидную уникальность каждого случая, самоубийства имеют ряд общих характеристик. Суицидальное поведение, как правило, сопровождается стрессогенным характером жизненной ситуации и фрустрацией ведущих потребностей. Для суицидента характерны:

невыносимость страданий, поиск выхода из ситуации, переживание безнадежности ситуации и собственной беспомощности, аутоагрессия, амбивалентное отношение личности к суициду, искажение воспринимаемой реальности - заикленность на проблеме, "туннельное зрение". Все это приводит к сужению выбора до бегства в суицид. При этом суицидальное поведение, как правило, соответствует общему стилю жизни и личностным установкам.

Парасуицидальное поведение

В 1977 году появился термин «парасуицид» (Kreitman, 1977) обозначающий:

поведение, связанное с нанесением намеренных, не смертельных увечий, в результате чего возникают травмы, болезни или риск смерти;

любое применение медикаментозных или других химических средств, которые не предписаны для употребления или употребляются в повышенных дозах с выраженным намерением членовредительства или самоубийства.

Эмоциональная картина людей с парасуицидальными чертами характеризуется хронической эмоциональной нестабильностью и негативным отношением к себе. Их поведение отличается враждебностью и раздражительностью, от этого не редки случаи депрессии с завершённым суицидом. В отношениях с окружающими такие люди часто требовательны и конфликтны, от этого чувствуют себя ещё более одинокими, так как поддержки не находят. Практически каждый такой человек скажет, что основная его проблема - это трудности в общении с людьми. Часто их мышление носит черно-белый характер, поэтому любые трудности приобретают негативный и трагический оттенок. Такие люди не умеют

управлять своим эмоциональным состоянием и регулируют его с помощью порезов, повреждений или употребления химических веществ.

Какова причина подобного поведения? Исследователи полагают (Thomas and Chess 1977, 1986), что ключевым источником является инвалидизирующее окружение в детстве. Это такое окружение, в котором чувства маленького человека не признаются, игнорируются или воспринимаются остро негативно со стороны близких, часто за этим следует наказание. Тогда ребенок все свои эмоции и поведение воспринимает «неправильными».

При этом есть две существенные особенности, которые формируют аутоагрессию: ребенку дают понять, что он ошибается в описании, причинах и анализе своих собственных переживаний («Нет, ты разгневана, просто не хочешь в этом признаваться», «Тебе действительно должно быть стыдно за то, что ты обижаешься на маму (братика, сестричку)»). Во-вторых, все бурные эмоциональные реакции ребенка расцениваются как «плохое» поведение. Родители в таких семьях не умеют ни утешать, ни поддерживать, ни успокаивать ребенка. Такая позиция напоминает ситуацию, когда утопающий должен сам себя вытащить за волосы — нужно только постараться, и он все сможет. Не смог — значит не старался. При этом высоко ценятся индивидуальное мастерство и личные достижения. Неспособность соответствовать этим ожиданиям ведёт к порицанию, критике и попыткам изменить «неадекватное» поведение ребенка.

Последствия развития ребенка в инвалидизирующем окружении проявляются в следующем.

Не признавая и игнорируя чувства ребенка, окружение не учит относиться к своим переживаниям, как к естественному процессу, свойственному всем людям. Поскольку проблемы эмоционально уязвимого

ребенка не признаются, взрослые не предпринимают попыток помочь ему справиться с ними;

Преуменьшая жизненные проблемы, взрослые не учат переносить сложности и ставить реалистичные цели и ожидания;

В семье зачастую необходимы крайние эмоциональные переживания и проявления для того, чтобы вызвать желаемую реакцию. Ребенок постоянно колеблется на грани сдерживания эмоций и проявления чрезвычайно ярких эмоциональных состояний, для привлечения внимания.

Ребенка не учат доверять своим чувствам, он всегда ищет ориентиры, которые подскажут, как следует мыслить, чувствовать и действовать.

Для того, чтобы помочь человеку с парасуицидальным поведением нужно одновременно развивать несколько сфер. В первую очередь помочь приобрести навык вхождения в контакт со своими чувствами, а также развить умение ими управлять. Активное внимание уделяется развитию межличностной эффективности, самоконтролю и навыкам перенесения дистресса.

Коррекция аутоагрессивного поведения

Аутоагрессивное поведение в виде суицидальных тенденций часто базируется на неспособности личности разрешить какую-либо жизненную ситуацию, внутриличностный конфликт и протекает, как правило, на депрессивном фоне настроения. Вследствие этого коррекция и терапия суицидального поведения должна быть комплексной и включать в себя как психологическое воздействие, так и психофармакологическую поддержку. Наиболее эффективный фон для проведения психологического воздействия создается с помощью антидепрессантов. Некоторые ученые считают, что более правильным для купирования депрессивной симптоматики у человека с суицидальными намерениями является использование не

антидепрессантов, а транквилизаторов, обладающих нормализующим настроением эффектом.

Из приоритетных, обоснованных и наиболее эффективных способов психологической помощи лицам с суицидальным поведением можно считать психологическое консультирование, подразумевающее воздействие на личностную базу индивида с целью разрешения его экзистенциальных проблем. Подобный подход диктуется тем фактом, что, как правило, сердцевинной суицидального поведения является экзистенциальный кризис в виде кризиса бессмысленности. Следовательно, основной метод терапии и коррекции суицидального отклоняющегося поведения — экзистенциальная психотерапия, включающая и логотерапию.

Основной целью экзистенциальной психотерапии считается обретение человеком утраченного смысла жизни в процессе консультирования. Процедура консультирования включает в себя совместные размышления психолога (психотерапевта) и суицидента на тему смысла жизни с целью нахождения чего-то, что могло бы заполнить «экзистенциальный вакуум». Делается попытка доказать и убедить клиента в том, что «никакого смысла, никакого великого замысла Вселенной, никаких направляющих жизненных ориентиров жизни не существует, за исключением тех, которые создает сам индивид» (И. Ялом) и даже «страдание может иметь смысл, если оно меняет человека к лучшему» (В. Франкл). Главным психотерапевтическим ответом на бессмысленность существования, в частности в условиях суицидального поведения индивида, по мнению И. Ялома, является параметр вовлеченности.

Возможности психологической коррекции агрессивного поведения

Одним из приоритетных и эффективных способов психокоррекции агрессивного поведения считается тренинг социальных умений. К нему прибегают в случае добровольного желания клиента избавиться от агрессивных паттернов поведения, обучиться сдержанности. По данным Р. Бэрона и Д. Ричардсона, тренинг социальных умений при агрессивном поведении заключается в следующих процедурах:

- 1) моделирование, предполагающее демонстрацию лицам, не имеющим базовых социальных умений, примеров адекватного поведения;
- 2) ролевые игры, предлагающие представить себя в ситуации, когда требуется реализация базовых умений, что дает возможность на практике проверить модели поведения, которым испытуемые обучились в процессе моделирования;
- 3) установление обратной связи — поощрения позитивного поведения («позитивное подкрепление»);
- 4) перенесение навыков из учебной ситуации в реальную жизненную обстановку.

Методы психологического консультирования или психотерапии при агрессивном поведении являются значительно менее эффективными по сравнению с психокоррекционными мероприятиями.

Психопатологический тип девиантного поведения с преобладанием агрессивных по форме тенденций диктует необходимость применения нейрорептиков и транквилизаторов. Психотерапия с использованием нейрорептиков показана при агрессивном поведении лишь в случаях обнаружения психотического уровня психических расстройств. Транквилизаторы также могут использоваться, но чаще при непсихотическом уровне агрессивного поведения в виде

раздражительности, гневливости, несдержанности и пр. в рамках психопатологической симптоматики.

Считается, что до определенной степени эффективным в коррекции агрессивности человека может оказаться тактика запретов и наказаний. Она показана лишь при диагностике делинквентного и криминального типа поведенческой девиации, и ее применение при иных типах научно не обосновано и бессмысленно. Страх наказания не способен изменить аддиктивное, патохарактерологическое или психопатологическое агрессивное поведение.

Таким образом, при обнаружении и диагностике различных по структуре разновидностей агрессивного девиантного поведения предлагается использование разных способов и методов коррекции и терапии.

ТЕМА 3. ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕ ВЕЩЕСТВАМИ, ВЫЗЫВАЮЩИМИ СОСТОЯНИЕ ИЗМЕНЕННОЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Общая характеристика аддиктивного поведения

Аддиктивное (зависимое) поведение, связанное с чрезмерной вовлеченностью в различные формы активности, представляет собой серьезную социальную проблему, поскольку в выраженных своих формах приводит к таким негативным последствиям, как утрата работоспособности, конфликты с окружающими, совершение преступлений. Кроме того, в настоящее время зависимости составляют группу самых распространенных девиаций.

В отличие от делинквентного поведения, зависимости регулируются преимущественно морально-нравственными и медицинскими нормами, и только в самых опасных своих проявлениях - правовыми.

В широком смысле, под зависимостью понимают стремление полагаться на кого-то или что-то в целях получения удовлетворения или адаптации. Условно можно говорить о нормальной и чрезмерной зависимости. Все люди имеют врожденную склонность к формированию зависимости от ряда жизненно важных физических объектов, например воздуха, воды, пищи. Одновременно с этим сразу после рождения у младенца проявляется готовность к зависимым отношениям с матерью и другими членами его семьи. Большинство людей в течение всей жизни испытывают устойчивую и сильную привязанность к родителям, друзьям, супругам.

Однако в некоторых случаях наблюдаются нарушения механизма нормальной зависимости. Можно выделить два ведущих типа отклонений: зависимые отношения и зависимое поведение.

В том случае, если объектом чрезмерной привязанности становится не человек, а какой-либо физический объект (вещество, активность), говорят о зависимом поведении. Далее, используя термин «зависимость», мы будем иметь в виду именно чрезмерную привязанность к чему-либо.

Зависимое поведение, таким образом, оказывается тесно связанным как со злоупотреблением со стороны личности чем-то, так и с нарушениями ее потребностей. В специальной литературе употребляется еще одно название рассматриваемой реальности - аддиктивное поведение. В переводе с английского «addiction» - склонность, пагубная привычка. Если обратиться к историческим корням данного понятия, то «addictus» (лат.) - тот, кто связан долгами (приговорен к рабству за долги). Иначе говоря, это человек, который находится в глубокой рабской зависимости от некоей непреодолимой власти.

Зависимое (аддиктивное) поведение, как вид девиантного поведения личности, в свою очередь, имеет множество подвидов, дифференцируемых преимущественно по объекту аддикции. В реальной жизни наиболее распространены следующие объекты зависимости: 1) психоактивные вещества (легальные и нелегальные наркотики); 2) алкоголь (в ряде случаев причисляется к первой подгруппе); 3) пища; 4) игры; 5) секс; 6) религия и религиозные культы.

В соответствии с перечисленными объектами выделяют следующие формы зависимого поведения:

- химическая зависимость (курение, токсикомания, наркозависимость, лекарственная зависимость, алкогольная зависимость);
- нехимические зависимости (гэмблинг - игровая зависимость, шопомания, компьютерная зависимость, интернет-зависимость и пр.);
- пищевые аддикции - нарушения пищевого поведения (переедание, голодание, отказ от еды);
- сексуальные аддикции (зоофилия, фетишизм, пигмалионизм, трансвестизм, эксгибиционизм, вуайеризм, некрофилия, садомазохизм);
- религиозное деструктивное поведение (религиозный фанатизм, вовлеченность в секту).

Нужно воздерживаться от соблазна причислять к зависимому поведению повседневные формы активности, не вызывающие реального ущерба, например простую привычку пить кофе или есть сладкое. Зависимое (аддиктивное) поведение — это одна из форм отклоняющегося поведения личности, которая связана со злоупотреблением чем-то или кем-то в целях саморегуляции или адаптации.

Мотивация употребления алкоголя и наркотических веществ

Основным мотивом личностей, склонных к аддиктивным формам поведения, является активное изменение не удовлетворяющего их психического состояния, которое рассматривается ими чаще всего как «серое», «скучное», «монотонное», «апатичное». Такому человеку не удастся обнаружить в реальности какие-либо сферы деятельности, способные надолго привлечь его внимание, обрадовать или вызвать иную выраженную эмоциональную реакцию.

Жизнь видится ему неинтересной в силу ее обыденности и однообразности. Он не приемлет того, что считается в обществе нормальным: необходимости что-либо делать, заниматься какой-нибудь деятельностью, соблюдать какие-то принятые в семье или обществе традиции и нормы. Можно говорить о том, что у индивида с аддиктивной нацеленностью поведения значительно снижена активность в обыденной жизни, наполненной требованиями и ожиданиями. При этом аддиктивная активность имеет избирательный характер — в тех областях жизни, которые пусть временно, но приносят человеку удовлетворение и вырывают его из мира эмоциональной стагнации (бесчувственности), он может проявлять недюжинную активность для достижения цели.

Выделяются следующие психологические особенности лиц с аддиктивными формами поведения (Б. Сегал):

- 1) сниженная переносимость трудностей повседневной жизни, наряду с хорошей переносимостью кризисных ситуаций;
- 2) скрытый комплекс неполноценности, сочетающийся с внешне проявляемым превосходством;
- 3) внешняя социабельность, сочетающаяся со страхом перед стойкими эмоциональными контактами;
- 4) стремление говорить неправду;

- 5) стремление обвинять других, зная, что они невиновны;
- 6) стремление уходить от ответственности в принятии решений;
- 7) стереотипность, повторяемость поведения;
- 8) зависимость;
- 9) тревожность.

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

Алкоголизм: понятие, симптомы, стадии, действие на психику и организм

Алкоголизм — это психическая и физическая зависимость человека от приёма напитков, содержащих этанол. Они становятся необходимыми, так как помогают снимать психическое напряжение или улучшать физическое состояние, которое ухудшилось как раз из-за отмены или долгого неупотребления алкоголя.

Алкоголизм приводит к прогрессирующей деградации личности и характерным поражениям внутренних органов: печени (гепатит, гепатохолецистит, цирроз печени), ЖКТ (панкреатит, гастрит, язва желудка и двенадцатиперстной кишки), сердца (кардиомиопатия, гипертония, миокардиодистрофия, кардиосклероз), лёгких (туберкулёз из-за снижения иммунитета). Больные психически деградируют, у них сужается круг интересов, нарушаются когнитивные способности, снижается интеллект.

Алкоголь влияет на определённые системы и структуры мозга, вызывая синдром зависимости. Именно этот синдром является стержнем клинической картины алкоголизма. На первый план выступает не сам факт чрезмерного употребления алкоголя, а проблемы на работе, в семейных отношениях и т. д.

Изменения личности, основные признаки при алкоголизме

В отсутствии алкоголя или другого психоактивного вещества человек становится обессиленным, нервным, дисфоричным — мрачным, раздражительным. По мере прогрессирования алкоголизма человеку сложнее контролировать ситуацию и объём выпитого, начинают формироваться амнезии на период опьянения, изменяется поведение, ухудшается эмоциональное состояние.

Чтобы вывести человека из запоя, близкие часто прибегают к психологической помощи. Но если болезнь прогрессирует, прекратить запой сможет только медикаментозное лечение.

Условно процесс усвоения алкоголя можно разделить на три фазы:

первая фаза — приём алкоголя;

вторая фаза — формирование в организме сосудистого яда — ацетальдегида;

третья фаза — усвоенный алкоголь, который стал частью организма.

Здоровый человек не замечает первые две фазы, они быстро проходят. В организме больных из-за нарушения синтеза и других процессов вторая фаза становится длительной, человек испытывает неприятные ощущения, уровень которых зависит от глубины нарушений.

Чтобы улучшить состояние, необходимо снизить уровень сосудистого яда, который сформировался в ходе переработки алкоголя. Для этого нужно изменить одно из звеньев:

либо концентрацию конечного продукта — это организм больного сам, без медицинской помощи, сделать не может;

либо концентрацию исходного продукта — для этого нужно просто принять дополнительную дозу алкоголя, т. е. "похмелиться".

Зависимые люди выбирают второй вариант. После очередной дозы спиртного биохимическое равновесие смещается, состояние облегчается до тех пор, пока новая доза не перерабатывается, после чего опять наступает вторая фаза. Из-за искусственного улучшения состояния с помощью алкоголя биохимический дефект растёт. Это приводит к необходимости повышения дозы алкоголя, что влечёт за собой повышение уровня болезненных состояний, формирующихся в отсутствии приёма алкоголя. Так возникает порочный круг.

Этот цикл может прервать только какой-то сильный психогенный фактор либо медицинская помощь. В противном случае организм не откажется принимать алкоголь — это может закончиться по-разному, не исключая летальный исход.

Стадии алкоголизма

Первая стадия алкоголизма — преклиническая (начальная). Её основной признак — неформальное наличие наркологических проблем. При положительном влиянии работы и семьи человек может более-менее успешно решить или погасить моменты социального напряжения без помощи извне.

В этот период человек употребляет алкоголь нерегулярно. У него возникают случаи псевдозапой — теряется контроль за количеством выпитого. Толерантность (степень переносимости) к алкоголю повышается. В картине опьянения преобладает эйфория. Уровень охваченности влечением относительно невысок. Влияние семьи и окружающих может помочь или заставить больного прекратить пьянство.

Физическое и интеллектуальное состояние человека существенно не ухудшается, так как ферментная система и утилизация психоактивных веществ нарушены слабо. За наркологической помощью такие пациенты обращаются крайне редко.

Вторая стадия алкоголизма — формирование физической зависимости. В этой стадии состояние больного не позволяет отказаться от приёма алкоголя, так как организму необходимо компенсировать внутренний дефицит. Достоверный признак — амнезия опьянения.

Во второй стадии приём алкоголя становится более регулярным. В связи с этим увеличивается количество проблем и конфликтов в семье или на работе. Физические и интеллектуальные способности относительно сохраняются.

На фоне высокой толерантности и утраты количественного контроля выпитого эйфория в картине опьянения постепенно сменяется торможением или раздражительностью. В этот период меняется сама личность: вне приёма алкоголя и в периоды интоксикаций больной становятся нервными, отмечается пониженное или повышенное настроение, которое не связано с внешними раздражителями, появляются неоправданно яркие эмоциональные реакции. Обратиться к врачу больного вынуждает стремление сохранить стабильность своего окружения.

В предотвращении алкогольного эпизода на этой стадии большую роль может играть борьба мотивов — состояние, когда больной чувствует, что решение о принятии алкоголя противоречит другим его потребностям — сохранению семьи, работы и т. д. Уровень охваченности влечением стремительно нарастает перед запоем и падает после употребления спиртного.

Как правило, во второй стадии больной ещё достаточно сохранён, чтобы работать и участвовать в делах семьи, начинает давать адекватную оценку своему болезненному состоянию в периоды трезвости и, при

определённом уровне воздействия извне, может отложить употребление алкоголя.

Форма пьянства во второй стадии — истинные запои. Они связаны с высоким напряжением ферментных систем. Формируются признаки отмены алкоголя, которые больные вынужденно купируют дополнительным приёмом спиртного либо медикаментозным путём.

Третья стадия алкоголизма — стадия деградации. В этот период больной не в состоянии решить возникшие проблемы — распадается семья, из-за периодических прогулов увольняют с работы. Приём алкоголя становится практически постоянным, меняется только интенсивность. На третьей стадии алкоголизма уровень охваченности влечением высокий. Алкоголь становится необходимым для того, чтобы поддерживать жизненно необходимые ферментные системы.

Толерантность относительно снижается из-за большого объёма выпитого на протяжении всего времени. В картине опьянения преобладает торможение. На решение об употреблении спиртного борьба мотивов, как таковая, уже не влияет.

В связи с токсическим характером пьянства меняется не только уровень метаболизма, но и ухудшается работа отдельных органов и систем. Возникают значительные соматические и интеллектуальные нарушения. Изменения личности носят тотальный характер. Развивается энцефалопатия, полинейропатия, деменция, при этом снижается уровень трудоспособности — наступает неформальная инвалидизация. Неформальной она называется потому, что больные, несмотря на фактическую инвалидизацию, редко обращаются за медицинской помощью.

Визуально уровень влечения к алкоголю на каждой стадии можно изобразить в виде синусоиды. У здорового человека фазы биологического ритма располагаются выше условной линии здоровья. У больного

алкоголизмом синусоида по отношению к условной линии здоровья постепенно опускается вниз. Клинически это выглядит, как увеличение длительности алкогольных эпизодов, связанных с повышением толерантности.

Осложнения алкоголизма

При хроническом алкоголизме из-за длительной интоксикации поражается нервная система. Поэтому при выходе из запоя у зависимого может возникнуть алкогольный делирий — белая горячка. Иногда наблюдаются галлюцинозы, бредовые состояния, депрессия и алкогольная эпилепсия. Эти состояния, в отличие от белой горячки, не всегда связаны с резким отказом от спиртных напитков.

Постепенно больные психически деградируют, у них сужается круг интересов, нарушаются когнитивные способности, снижается интеллект и т. д. Развал семьи, отсутствие регулярной работы, формирование соответствующего окружения довольно часто приводят к беспорядочной сексуальной жизни и заражению венерическими заболеваниями, СПИДу, снижению иммунитета и повышению риска банальных инфекций.

Всегда страдают наиболее уязвимые органы и системы:

печень — гепатит, гепатохолецистит, цирроз печени;

ЖКТ — панкреатит, гастрит, язва желудка и двенадцатиперстной кишки;

сердце — кардиомиопатия, гипертония, миокардиодистрофия, кардиосклероз;

лёгкие — туберкулёз (из-за снижения иммунитета).

Помимо этого, повышается риск развития рака ротоглотки, пищевода, желудка, печени, толстой и прямой кишки.

На поздних стадиях алкоголизма нередко встречается алкогольная полинейропатия. Сначала возникают изменения в ногах — наступает мышечная слабость, появляется чувство онемения или покалывания. Если

приём алкоголя не прекращается, то дело может дойти до энцефалопатии — ухудшается память, снижается внимание, замедляется мышление, быстро наступает утомление, возникает головокружение, болит голова.

Находясь под влиянием алкоголя, зависимые люди часто травмируются, попадают в опасные ситуации, которые могут закончиться инвалидизацией или смертью.

Наркомания: понятие, симптомы, стадии, действие на психику и организм

Наркомания — это одна из разновидностей деструктивного поведения, при котором человек стремится уйти от реальности, изменив своё психическое состояние с помощью психоактивных веществ (ПАВ). Это сопровождается развитием зависимости от употребляемых наркотиков.

Зависимость от наркотиков

Чтобы вещество было признано наркотическим, оно должно соответствовать трём обязательным условиям:

медицинский критерий — вещество обладает психоактивными свойствами, т. е. при однократном приёме вызывает положительные эмоции, а при систематическом употреблении — физическую и психическую зависимость;

социальный критерий — вещество принимается не в лечебных целях большим количеством людей, в связи с чем его употребление становится социально-значимой проблемой;

юридический критерий — вещество включено в список наркотических средств и запрещено к распространению, хранению, употреблению.

Симптомы наркомании

Все симптомы наркомании делятся на три основные группы:

синдром наркотического опьянения;
большой наркоманический синдром;
синдром последствий хронической интоксикации наркотиком.

Синдром наркотического опьянения

Данный синдром возникает в момент употребления наркотика и напрямую связан с присущими ему психоактивными свойствами. У человека нарушается мышление, восприятие, эмоциональные реакции. Он ощущает временную эйфорию ("кайф"), прилив сил или расслабленность, сонливость. При употреблении кокаина или амфетамина человек становится настороженным, бдительным. Сердцебиение и дыхание учащаются, потоотделение усиливается, расширяются зрачки (при употреблении опиатов — сужаются), может возникнуть тремор.

Большой наркоманический синдром

В первую очередь данный синдром связан с изменением реактивности организма — необходимая доза наркотика для наступления опьянения увеличивается. Если раньше человеку было достаточно одной дозы, то постепенно ему приходится употреблять 2-5 условных первоначальных доз для достижения ожидаемого эффекта.

Также на данном этапе формируется зависимость: вначале — психическая, позднее — физическая. Под психической зависимостью понимают труднопреодолимое, очень "навязчивое" влечение к приёму наркотического вещества. Его появление часто провоцируют внешние социальные факторы: стресс, определённое окружение и др.

Прежде чем реализовать своё желание, человек проходит этап борьбы мотивов. Он разрывается между желанием вновь испытать чувство эйфории от наркотиков и другим не менее сильным желанием — сохранить

семью, работу, здоровье. Если второе желание всё-таки перевесит, то человек может отказаться от приёма наркотического вещества.

Физическая зависимость более сильная. Она носит компульсивный характер, т. е. очень быстро воплощается в действии, при этом человек часто даже не успевает вспомнить, что произошло перед тем, как он оказался в наркотическом опьянении. В этот момент сознание сужается и воспоминания утрачиваются.

Некоторые наркотические вещества очень редко формируют физическую зависимость. К таким наркотикам относятся природные каннабиноиды и диссоциативные вещества (фенциклидин и кетамин). Другие же наркотики, например опиоиды, приводят к развитию физической зависимости очень быстро.

Другим признаком основного синдрома наркомании является абстиненция. Иначе её ещё называют синдромом отмены или на сленге "ломкой", "кумаром". Она даёт о себе знать спустя несколько дней без наркотика или при снижении дозы, но особенно ярко и часто проявляется при резком прекращении употребления наркотического вещества.

На абстиненцию указывает комплекс психовегетативных симптомов: озноб, сменяющийся ощущением жара, потеря аппетита, тревога, проблемы со сном, приступы слабости, мышечное напряжение. Спустя несколько дней эти симптомы усиливаются: возникают сильные боли в спине, ногах, шее, не дающие покоя, судороги, рвота, понос, схваткообразные боли в кишечнике, повышается температура, человек становится агрессивным, измождёнными. Чтобы облегчить свои страдания, зависимый вновь стремится принять наркотик.

Синдром последствий хронической интоксикации

В данный синдром входят:

соматические нарушения — кардиомиопатия, гнойно-септические осложнения при внутривенном употреблении наркотика (например флебит) и др.;

синдром психической деградации — сужение круга интересов только на употреблении наркотика, снижение моральных и утрата социально-культурных ценностей, что может толкать наркозависимого на кражу или убийство ради очередной дозы;

психиатрические осложнения — часто возникают острые психозы, которые в дальнейшем могут трансформироваться в шизофрению и биполярное аффективное расстройство.

Классификация и стадии развития наркомании

Наркомания классифицируются по типу тех психоактивных веществ, которые её вызывают. В МКБ-11 (Международной классификации болезней), принятой в 2019 году, выделяют следующие виды наркомании:

зависимость от каннабиноидов — препаратов природного происхождения, которые получают из конопли;

зависимость от синтетических каннабиноидов — синтетических аналогов природной конопли, воздействующих на те же рецепторы. Их выделение в отдельную группу связано с их большей токсичностью, опасностью, большей склонностью вызывать тяжёлую зависимость;

зависимость от опиоидов (природных и синтетических);

зависимость от седативных веществ, гипнотиков и анксиолитиков — лекарственных препаратов, которые применяются в психиатрии и обладают наркогенным потенциалом при неправильном немедицинском употреблении;

зависимость от кокаина — природного психостимулятора, получаемого из особых кактусов;

зависимость от стимуляторов, включая амфетамины, метамфетамины и меткатиноны — синтетические психостимуляторы, "спиды";

зависимость от синтетических катинонов — разновидности синтетических психостимуляторов, на сленге их называют "соли";

зависимость от галлюциногенов — препаратов, вызывающих психосенсорные нарушения;

зависимость от МДМА (экстази) и препаратов, содержащих МДА — новой группы наркотиков синтетического происхождения;

зависимость от диссоциативных препаратов, включающих кетамин и фенциклидин — лекарственных препаратов, применяемых в анестезиологии, но используемых в немедицинских целях.

Стадии наркомании

Наркомания не возникает одновременно. Развитию зависимости предшествует этап, который называют употреблением с вредными последствиями, т. е. причинением ущерба собственному здоровью. Ущерб может быть физическим или психическим. Формулировка была введена в МКБ-10 взамен диагностического термина "употребление без зависимости".

Стадии наркотической зависимости весьма условны, поскольку развитие болезни зависит от типа наркотика и индивидуальных особенностей человека.

Выделяют три стадии:

Психологическая зависимость: нарастает толерантность к наркотику, но потребность в нём ещё неустойчива, зависимый часто вспоминает прошлый приём и думает о будущем, предвкушая эйфорию.

Физическая зависимость: толерантность достигает максимума — наркотик принимается не для удовольствия, а чтобы снять ломку,

формируется выраженный синдром отмены. В погоне за прежней эйфорией часто случаются передозировки, зависимый начинает переходить на более тяжёлые наркотики.

Деграция личности: разрушается целостность и основные черты личности, ухудшается мышление и развивается маразм.

Осложнения наркомании

Одним из наиболее частых осложнений наркомании является психотическое расстройство, при котором зависимый утрачивает способность чётко различать внешний мир и свою субъективную реальность. Это проявляется бредом (ложными умозаключениями, не поддающимися разубеждению), галлюцинациями, психомоторным возбуждением и т. д. Частота возникновения таких психотических нарушений зависит от типа психоактивного вещества:

при кокаиновой зависимости они выявляются почти у каждого второго наркомана;

при зависимости от метамфетамина и амфетамина — приблизительно у каждого третьего;

при зависимости от природных каннабиноидов — около 1-2 %, от синтетических — до 40 %.

Клиническая картина психотических расстройств может быть различной. Наиболее часто встречаются параноидные психозы, во время которых у человека возникает немотивированный страх, ощущение преследования, влияния, инсценировки происходящего вокруг и т. п. Всё это сопровождается пугающими галлюцинациями угрожающего или обвиняющего содержания, иногда бывают даже психические автоматизмы (галлюцинаторно-параноидный синдром) с ощущением отчуждения психических функций, влияния на них извне. Психотические расстройства являются острыми из-за большой доли эмоциональных нарушений.

Параноидный психоз

Иногда психотические нарушения остаются даже после отказа от повторного употребления наркотиков. Они переходят в полноценные психиатрические расстройства, которые текут далее уже по своим законам. Так, в большое исследование в Дании было включено более 6,5 тыс. человек, которые перенесли психоз, связанный с наркотиками. За ними наблюдали 20 лет и оценивали риск перехода первичного интоксикационного психоза в шизофрению и биполярное расстройство. Наибольшую долю перехода в шизофрению давали психозы из-за каннабиноидов: через 20 лет наблюдения около 40 % имели этот неутешительный диагноз. У людей, зависимых от кокаина и опиоидов, они развивались в 30 % случаев через 20 лет, у зависимых от амфетамина и галлюциногенов — в 20 % случаев через 20 лет. Наибольший риск трансформации в биполярное аффективное расстройство давали каннабис и амфетамин — около 50 %. На втором месте оказались опиоиды, галлюциногены и кокаин — около 30 %

Для галлюциногенов в DSM-V (Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам) описано ещё одно очень неприятное осложнение — хроническое расстройство восприятия (сленговое название — "бесконечный трип"). Оно представляет собой расстройство психосенсорного синтеза и восприятия в виде нарушений схемы тела, ощущение деперсонализации (нарушения самовосприятия) и дереализации (отрешённости от реальности), визуального снега (по типу "ряби перед глазами") и многих других причудливых, но при этом и сильно мешающих изменений. Они долгое время не прекращаются, даже если галлюциногены уже давно не употреблялись.

Механизмы формирования наркотической зависимости

Механизмы формирования наркотической зависимости разделены на две группы – биологическую и психологическую.

Биологические механизмы

Характеризуя процесс формирования наркотической зависимости, сторонники биологического подхода указывают на изменения синтеза распада нейромедиаторов, который происходит в результате поступления в организм наркотических препаратов. По их понятию действие наркотических средств связаны с такими медиаторами как норадреналин, дофамин и эндорфины, причем каждый вид наркотика связывается с определенным медиатором или группой медиаторов. Так, к примеру, опиаты обладают способностью связываться в головном мозгу с эндорфиновыми рецепторами. Следовательно, опиаты, которые поступают извне, могут подменять те опиаты, которые производит сам мозг. В результате этих действий, поступление таких веществ становится необходимым для нормальной работы организма.

Проведенные исследования показали, что все психотропные вещества оказывают системное действие на головной мозг человека. Проводимые научные исследования нейрональных процессов пристрастия к наркотикам сосредоточены на нескольких областях мозга, а именно – на мезолимбической дофаминовой системе, на сером веществе области водопровода среднего мозга и locus ceruleus. Принято считать, что именно эти области играют важную роль в процессах развития пристрастия к наркотикам, но нет прямых доказательств, что они в равной мере задействованы при любых формах злоупотребления психотропными веществами.

Психологические механизмы

Предполагается, что механизмы формирования психологической зависимости связаны с воздействием наркотических препаратов на систему подкрепления, которая расположена в стволовом отделе головного мозга. Такая система принимает участие в регуляции мотиваций, а также эмоционального состояния. Она будет работать при непосредственном участии нейромедиаторов из группы катехоламинов и в первую очередь при участии дофамина. Алкоголь и наркотические вещества химическим путем активируют такую систему, притом, что возбуждение ее бывает гораздо выше, чем в норме, что в свою очередь дает определение положительным эмоциональным реакциям.

Психоаналитически ориентированные исследователи основное внимание уделяют бессознательному и его влиянию на личность, его роли в формировании зависимого, или аддиктивного поведения. Важно обратить внимание на то, что все психоаналитики не делают глубоких различий между химическими (алкоголизм, наркомания и т. п.) и эмоциональными (трудоголизм, сексоголизм, анорексия и т. п.) зависимостями. Они предполагают, что глубинные механизмы их формирования одинаковы.

С точки зрения психоанализа зависимость — это латентный суицид, то есть это попытка покончить с собой, растянутая во времени. Психоактивное вещество используется как средство самоуничтожения. Сам же суицид — это попытка ухода от болезни, психоза или стремление преодолеть внутренние противоречия. Огромное внимание уделяется раннему развитию как основе выбора именно такого способа решения личностных проблем. При этом либо говорят о преобладании влечения к смерти в личности аддикта (неофрейдизм), либо о разрушенном, потерянном или несформированном объекте (школа объектных отношений). Однако в обоих случаях особый акцент делается на развитии индивида на первом году жизни и его фиксации на оральной стадии.

Общая характеристика опиатов: виды, признаки опьянения, действие на организм

Опиоиды представляют собой сухое молочко из головок опиумного мака (*Papaver somniferum*). Из опиума получают более 20 алкалоидов, наиболее известным из которых является морфин. На его основе получают героин (диацетилморфин), который на порядок более активен, чем морфин за счет лучшей проницаемости через гематоэнцефалический барьер. К синтетическим опиатам относятся промедол, омнопон, метадон.

По влиянию на опиоидные рецепторы препараты классифицируются следующим образом:

1. Сильные агонисты - морфин, промедол, метадон, фентанил.
2. Слабые агонисты - кодеин, дифеноксилат.
3. Смешанные агонисты-антагонисты - налбуфии, бупренорфин, буторфанол, пентазоцин, трамадол.
4. Антагонисты - налоксон, налтрексон.

"Обычно опиаты вводят внутривенно, хотя распространенным является также опиокурение и опиофагия. Через несколько минут после внутривенного введения препарата пользователь ощущает сильную эйфорию, ощущение тепла, разливающегося по всему телу, сонливость. На сленге это состояние называется "приход". Психическая зависимость развивается очень быстро при внутривенном введении опиатов. Часто для этого бывает достаточно нескольких инъекций.

Скорость формирования физической зависимости зависит от режима наркотизации и дозы наркотика и обычно составляет от нескольких дней до нескольких месяцев. Толерантность возрастает в сотни раз по сравнению с первоначальной. Состояние отмены (ломка) развивается через 6-8 часов после приема последней дозы наркотика и протекает достаточно тяжело с выраженной соматовегетативной симптоматикой. Наиболее характерным

являются сильные суставные и мышечные боли. Как правило, угрозы для жизни это состояние не представляет. Поскольку опиаты подавляют функцию дыхательного центра, то смерть от передозировки наступает в результате остановки дыхания. Дифференциально-диагностическим признаком комы при передозировке опиатов служат узкие зрачки. Терапия передозировки заключается во введении антагонистов опиатных рецепторов (налоксон, налорфин).

Соматические последствия злоупотребления ПАВ разнообразны и обусловлены не только токсическим воздействием наркотика, но и действием токсических примесей, которые содержатся в нем как следствие фальсификации и кустарного приготовления. Прежде всего, характерен внешний вид человека, зависящего от ПАВ. Вследствие нарушения питания эти лица выглядят истощенными, значительно старше своего возраста, кожа у них бледного цвета, ломкость костей, выпадение волос, зубы крошатся и выпадают.

Характерны гнойные поражения в местах введения наркотика. Частые флебиты и флегмоны в местах инъекций приводят к тому, что вены склерозируются, превращаясь в плотные тяжи.

Кожа над венами пигментирована, со следами инъекций. Частота инфекционных поражений объясняется антисанитарными условиями введения наркотика, а также снижением иммунитета. Нарушение как клеточного, так и гуморального иммунитета приводит к очаговым и диффузным воспалительным процессам различной этиологии (вирусной, бактериальной, грибковой).

Бактериальные эндокардиты протекают тяжело, с пролапсом клапанов сердца и абсцессами миокарда, часто осложняются тромбозом мозговых сосудов. Большинство наркотиков обладают выраженным гепатотоксическим действием. Злоупотребление барбитуратами, летучими растворителями быстро приводит к гепатиту и циррозу. Особенно

токсичны кустарно приготовленные наркотики. Так, при использовании ацетона с целью экстрагирования опиатов из маковой соломки у пользователей через несколько лет развивается цирроз печени. При внутривенном введении наркотика резко возрастает риск развития гепатита, С, который известен своей терапевтической резистентностью, и, как правило, переходит в цирроз печени. Многие наркотики обладают выраженными кардиотоксическими эффектами. Особенно это характерно для психостимуляторов, употребление которых может привести к внезапной смерти вследствие развития аритмии или инфаркта миокарда.

Препараты конопли: виды, признаки опьянения, действие на организм

Препараты конопли - каннабиноиды являются самыми распространенными наркотиками в мире. Все препараты изготавливаются из растения *Cannabis sativa* и отличаются по уровню содержания активного вещества тетрагидроканнабинола. Марихуана (анаша) представляет собой сушеные измельченные листья конопли. Гашиш — это смола из цветущих верхушек растений, которая прессуется в блоки.

Наиболее активным препаратом является конопляное масло. Марихуану обычно курят, смешивая с табаком. Такая сигарета сгорает косо, за что и получила жаргонное название «косяк». Эффекты в картине гашишного опьянения выделяют три фазы: первая длится 5-10 минут и характеризуется легким возбуждением, тревогой, подозрительностью, двигательным беспокойством.

Вторая фаза наркотическая, длится 0,5-2 часа. Ощущения в этой фазе во многом зависят от исходного состояния пользователя, его ожиданий и прежнего опыта. Характерны эйфория, оживленность, повышение

самооценки, обострение сознания, актуализация латентных признаков, диссоциативность мышления.

Кроме этого, отмечается повышенная готовность к эмоциональной индукции, т.е. от одного члена к другому передается страх, смех и т.д. Таким образом, эмоциональное состояние неустойчиво и во многом определяется обстановкой. Характерны расстройства восприятия (иллюзии, парейдолии), нарушение восприятия пространства и времени. Оно как будто бы замедляет свое течение, наблюдаются феномены дереализации и деперсонализации; снижается порог восприятия, повышается чувствительность к внешним стимулам, цвета кажутся более яркими; появляется чувство голода, усиливается либидо.

Среди соматических эффектов можно отметить учащение пульса, гиперемия лица, блеск глаз, покраснение склер. В том случае, если доза препарата была небольшой, то вторая фаза заканчивается отрезвлением через состояние астении, сонливости. В случае приема высокой дозы развивается психотическая фаза (делирий). Расстройства восприятия достигают степени галлюцинаций, появляется страх, дезориентировка, бред преследования. При хроническом потреблении каннабиноидов развиваться пролонгированные бредовые психозы, которые характеризуются шизофреноподобной симптоматикой, бредом преследования.

Зависимость от препаратов конопли формируется достаточно медленно, при этом большинство авторов считает, что развивается только психическая зависимость. В то же время некоторые авторы отмечают, что при хроническом употреблении сортов конопли с высоким содержанием активного вещества (Чуйская) возможно формирование физической зависимости. Толерантность растет незначительно. Хроническое употребление высоких доз каннабиноидов обуславливает развитие так называемого амотивационного синдрома, который характеризуется

снижением интеллекта, апатией, пассивностью. Эти нарушения обусловлены органическими изменениями в головном мозге.

Амфетамины: виды, признаки опьянения, действие на организм

Амфетамины составляют большую группу препаратов, стимулирующих ЦНС. Наиболее известными из них являются фенамин и метамфетамин. Фенамин был синтезирован в 1887 году, но разрешен как фармакологическое средство против астмы и насморка в 1932 году, а позже, как средство против нарколепсии, энцефалитического паркинсонизма и депрессии. Вскоре он стал популярен как средство, улучшающее работу мозга – “таблетки для супермена”. Препарат использовался солдатами и летчиками во время войны и дальнобойщиками в мирное время для снятия усталости.

В настоящее время в некоторых странах применяется при гиперкинетическом синдроме у детей, нарколепсии, ожирении, депрессии. Выпускается в форме таблеток и порошка. Применяется перорально и внутривенно. Он усиливает высвобождение серотонина из пресинаптических окончаний, а также снижает его обратный захват. Психостимулирующий эффект заключается в повышении настроения, умственной и физической работоспособности, снижении потребности в пище и сне. Пользователь становится подвижным, разговорчивым, повышается самооценка, усиливается либидо. Соматическая симптоматика включает тахикардию, повышение АД.

После окончания действия наркотика наблюдается тревога, дисфория, сонливость, усталость, ночные кошмары, головная боль, голод. Довольно быстро формируется психическая зависимость от препарата, растет толерантность. Так, если первоначально доза в 120 мг может быть смертельной, то в последующем толерантность может увеличиться до

одного грамма. Высокая доза препарата может вызвать острую интоксикацию, которая проявляется беспокойством, дисфорией, паническими реакциями.

Более того, может развиваться психотическая симптоматика, напоминающая параноидную шизофрению с преобладанием в клинической картине бреда преследования; наблюдаются делириозные эпизоды, сопровождающиеся агрессивностью, а также ощущением ползания насекомых под кожей (формикация). Обычно в течение нескольких дней симптомы интоксикации исчезают. Клиническую картину интоксикации амфетаминами довольно сложно отличить от приступа параноидной шизофрении. В таких случаях учитывается факт употребления наркотика и наличия наркотика в биологических средах (до 48 часов). Состояние отмены характеризуется тяжелой депрессией, которая может завершиться суицидом.

В нашей стране до появления амфетаминов использовались фенаминоподобные препараты, произведенные путем кустарной обработки эфедрина.

Эфедрин и его фенаминоподобные производные обладают выраженными кардиотоксическими эффектами, поэтому злоупотребление ими может привести к остановке сердца.

Каш - вещество, выделенное из вечнозеленого кустарника высотой до 6 метров, который произрастает в Восточной Африке и Южной Аравии. Действующими веществами являются алкалоиды катин и катинон. Местные жители жуют свежие листья, закладывая за щеки. Злоупотребление наркотиком широко распространено в тех странах, где он произрастает и носит характер пандемии.

Препараты кокаина: виды, признаки опьянения, действие на организм

Кокаин - алкалоид, получаемый из листьев кустарника *Erythroxylon coca*, произрастающего в Боливии и Перу. Местные жители издавна жуют листья для снятия усталости и чувства голода. В Европе упоминается с 17-го века. В 1860 году был выделен в форме чистого алкалоида. Впервые в медицинских целях кокаин был применен в качестве анестезирующего средства при операции на глазах в 1884 году. В последующем широко применялся как местный анестетик, психостимулятор и средство для лечения морфиновой зависимости.

Известный тонизирующий напиток кока-кола, созданный в 1886 году включал в себя кокаин. В 1906 году он был заменен кофеином. Выпускается в форме белого порошка. Обычным способом потребления является нюханье, а также внутривенное введение. Существует также паста коки, которую обычно курят в смеси с табаком.

Долгое время из-за высокой стоимости употреблять кокаин могли только состоятельные люди. Ситуация резко изменилась после того, как кокаин стали производить в виде свободного основания (крэк). Крэк представляет собой небольшие кусочки выщелоченного кокаина размером с изюм. Название происходит от звука, издаваемого горящими примесями при нагревании наркотика. Крэк обладает термостойкостью, поэтому обычно его курят, смешивая с табаком или поджигают на куске оловянной фольги и вдыхают пары. При курении наркотик поступает непосредственно в мозг, что обеспечивает эффект, сравнимый с внутривенным введением. Кокаин является самым мощным психостимулятором из всех известных наркотиков. Он вызывает сильную эйфорию, повышение умственной и физической работоспособности, повышение самооценки, усиление либидо. При употреблении высоких доз могут наблюдаться явления острой интоксикации, проявляющиеся

ажитацией, агрессивностью, импульсивным сексуальным поведением. Могут также появляться параноидные идеи, а также делириозное расстройство сознания.

Кроме того, характерен такой симптом как складывание предметов парами. Среди физиологических эффектов следует отметить тахикардию, повышение АД, мидриаз. Кокаин обладает выраженным кардиотоксическим эффектом, поэтому нередко острая интоксикация приводит к остановке сердца.

К кокаину очень быстро развивается чрезвычайно сильная психическая зависимость. Толерантность может возрастать до 3 грамм в сутки. Состояние отмены характеризуется тяжелой депрессией, бессонницей, при хроническом употреблении кокаина развиваются кокаиновые психозы, для которых характерен бред преследования и ревности, которые сопровождаются галлюцинациями. Характерен дерматозойный бред, т.е. ощущение ползания насекомых под кожей, иногда эти ощущения настолько интенсивны, что пациенты расцарапывают себе кожу иголками.

Кроме того, может появляться агрессивность, и даже одержимость жаждой убийств. У хронических потребителей часто бывает заложен нос и наблюдается насморк, появляются изъязвления и перфорация носовой перегородки. Кокаин быстро разрушает личность употреблявшего, делает его раздражительным, эгоистичным, лживым.

Галлюциногены: виды, признаки опьянения, действие на организм

Галлюциногены (психоделики, психодизлептики, психотомиметики) - это сборная группа из более 100 природных и синтетических препаратов, которые вызывают симптомы, напоминающие психоз. Наиболее известные

из природных соединений является псилоцибин, получаемый из грибов *Psilocybe mexicana* и мескалии, производимые из кактуса.

Существует много видов галлюциногенных грибов, два из которых растут в Европе. К синтетическим препаратам относится диэтиламид лизергиновой кислоты (ЛСД) и галлюциногенный амфетамин или экстази. ЛСД пропитывают маленькие квадраты фильтровальной бумаги, которые затем растворяются на языке. На них наносят красочный абстрактный рисунок или изображение героев мультфильмов. Эффект зависит от психологических особенностей пользователя, его ожиданий и каждый раз непредсказуем. Как правило, повышается интенсивность перцепции запахов, цвета, вкуса, т.е. окружающий мир воспринимается более ярко и насыщено. Появляются синестезии - у цвета появляется звук и, наоборот. Наблюдается расстройство схемы тела, нарушение восприятия пространства и времени. Как правило, появляются зрительные галлюцинации.

Общее повышение остроты восприятия может вызвать повышение восприятие работы внутренних органов. Углубление интроспекции приводит к тому, что всплывают давно забытые воспоминания, возникают переживания глубоких религиозных чувств, философских размышлений. После таких переживаний появляется ложное представление о повышении творческого потенциала. Соматическими эффектами галлюциногенов являются мидриаз, тахикардия, потливость.

Осложнением интоксикации галлюциногенами является так называемое плохое путешествие "bed trip", которое характеризуется психотической шизофреноподобной симптоматикой. Поскольку каждый раз эффект от применения препарата может быть различным, то к нему развивается только психическая зависимость. Толерантность растет незначительно и в течение нескольких дней возвращается к исходной. Потенциальной опасностью использования галлюциногенов является

появление ретроспективных переживаний или flashbacks (обратная вспышка).

Эти состояния представляют собой повторные переживания ощущения действия препарата без его приема. При этом, они могут появляться через длительные промежутки времени после последнего приема препарата. Эти состояния могут сопровождаться депрессией и суицидальным поведением. Чаще такие реакции развиваются у лиц с шизоидными чертами и с нестабильной психикой.

Особенно много таких реакций наблюдалось в 60-е годы, когда ЛСД широко использовался как средство самолечения при психических кризисах. Так, из 123 больных с невротическими расстройствами, пролеченных с помощью ЛСД, четверо совершили суицидальные попытки, двое покончили жизнь самоубийством, а один совершил убийство.

Очевидно, что кроме осознания себя, существуют скрытые системы организма, которые могут программировать процесс мышления, процесс чувствования, процесс действия, направленного к разрушению самого себя. ЛСД может привести в действие эти программы. Интересным является факт сходства лизергинового психоза с приступом шизофрении. Несмотря на то, что клинически эти состояния чрезвычайно схожи, в настоящее время общепринятым считается мнение, что лизергиновый психоз является экзогенным психозом и не может считаться экспериментальной моделью шизофрении.

В то же время, не только клиническая картина, но и патогенетические механизмы у этих состояний схожи. Так, ЛСД инактивирует холинэстеразу и моноаминооксидазу. При этом накапливающийся адреналин окисляется до адренохрома, который обладает галлюцинаторными свойствами. Высокий уровень адренохрома обнаружен в крови у больных шизофренией.

Существует адренохромная теория шизофрении. Предполагается, что в крови таких больных присутствует вещество, препятствующее превращению адренохрома в адренолютин. Этот ингибитор был выделен и при введении здоровым лицам вызывал шизофреноподобную реакцию. В опытах на животных было показано, что при хронической лизергиновой интоксикации изменения в головном мозге носят характер токсико-трофической энцефалопатии. Об этом свидетельствуют диффузные дистрофические изменения в нейронах головного мозга приводящие к их гибели. Морфологические изменения со стороны нейронов и сосудов появляются уже через несколько часов после введения препарата и в последующем нарастают параллельно длительности интоксикации.

При микроскопическом исследовании были обнаружены выраженные изменения со стороны нейронов в виде набухания клеточного тела, увеличения объема ядра, гиперпигментация синапсов. Параллельно нарастают изменения со стороны сосудов мягких мозговых оболочек и вещества мозга в виде венозного полнокровия, повышения проницаемости сосудистой стенки.

Наиболее выраженные изменения наблюдаются в коре и зрительном бугре, т.е. филогенетически более молодых отделах головного мозга. При шизофрении наблюдается сходная патоморфологическая картина, которую можно охарактеризовать как токсико-трофическая энцефалопатия.

Под действием ЛСД наблюдается нарушение структуры ДНК и РНК и появление базофильных гранул. Длительное введение ЛСД приводит к выраженным изменениям митохондрий в виде их набухания, дистрофии и деструкции. Нарушение белкового обмена и энергетических процессов является важным звеном в механизме лизергинового психоза.

Экстази является галлюциногенным амфетамином. Синтезирован в 1910 году, однако его эффекты были обнаружены только в 50-х годах. Умеренные дозы обладают психостимулирующим эффектом вызывают

эйфорию и состояние, которое на сленге называется “спешка”. Высокие дозы препарата вызывают галлюцинации. Потенциально опасным является использование препарата молодежью на ночных рейв-дискоотеках, где могут наблюдаться смертельные случаи вследствие обезвоживания и теплового удара.

Галлюциногенным эффектом обладают и так называемые диссоциативные анестетики кетам или кеталар, фенциклидин. Фенциклидин раньше использовался в медицинской практике как средство для внутривенной анестезии. Поскольку выход из наркоза сопровождался делириозным состоянием, то этот препарат был исключен из медицинской практики и в настоящее время используется только в ветеринарии.

Широкое распространение злоупотребление этими препаратами получило в 70-х годах. Эффекты могут быть разными, чаще всего наблюдается эйфория, деперсонализация, расстройство схемы тела, нарушение восприятия пространства и времени, галлюцинации. Могут развиваться психотические эпизоды в виде делирия и параноидного бреда.

Мускатный орех - плод вечнозеленого дерева, растущего в Восточной Индии, используется как приправа к пище. Содержит психоактивные вещества миристицин и элимецин. Эффект во многом определяется культурологическими факторами. У жителей Малайского архипелага и южноамериканских индейцев обычно появляется ощущение, что тело увеличивается до гигантских размеров, так что голова упирается в облака, и что они могут общаться с богами. Европейцы испытывают эйфорию и общее возбуждение. Из-за неприятных побочных эффектов в виде обмороков и рвоты препарат не получил широкого распространения.

Диметилтринтамин галлюциногенный наркотик, содержащийся в растении *Piptadenia peregrina*, которое произрастает в Западной Индии и в Южной Америке. Под воздействием этого препарата пользователи склонны к антисоциальному поведению, насилию и самоубийству.

Синтетический наркотик с ярко выраженными галлюциногенными свойствами создан в военных лабораториях как боевое отравляющее вещество.

Происхождение названия неизвестно. Некоторые расшифровывают аббревиатуру STP как "screnity-tranquillity-peace" (покой-тишина-мир). Часто вызывает осложнение в виде эпилептических припадков и паралича дыхательного центра.

Синтетические стимуляторы: экстази. Признаки опьянения, действие на организм.

Экстази - наркотик в форме капсул или таблеток с выраженным психостимулирующим эффектом, способный вызывать слуховые или зрительные галлюцинации, а также другие серьезные психические расстройства. Признаки употребления экстази помогут близкому окружению наркомана определить, что у их друга или родственника есть проблемы с наркотиками, и оказать для него реальную помощь в лечении. Специалисты клиники "Спасение" составили примерный список косвенных и прямых признаков употребления препарата, которые не позволят спутать зависимость от этого вещества с другой патологической тягой.

Наркотическое опьянение или дурман - основная цель, для достижения которой наркоманы употребляют запрещенный препарат. Экстази оказывает сильнейшее влияние на работу сердца и сосудов, определить наркотическое опьянение у человека, употребившего таблетку можно по характерным признакам:

- расширенные зрачки;
- бессвязная речь;
- лихорадочное состояние;

судороги (особенно актуально при передозировке);
затрудненное дыхание;
чувство жажды.

Вред от наркотика

Основную опасность представляет нейротоксичность МДМА – способность наркотика повреждать клетки нервной ткани. У потребителей диагностируется снижение интеллектуальных способностей, снижение памяти, бессонница. Поведение становится вспыльчивым и агрессивным, так как ослабляется функция контроля действий, за которую ответственны клетки лобных долей больших полушарий мозга.

МДМА чрезмерно стимулирует симпатическую нервную систему и повышает концентрацию серотонина, в результате чего возможно развитие серотонинового синдрома. Стимуляция сердечно-сосудистой системы приводит к артериальной гипертензии, тахикардии. Гипертермия провоцирует общий перегрев тела и расстройства функций головного мозга, судорожные приступы.

Ингалянты: виды, признаки опьянения, действие на организм

Под ингалянтами принято понимать летучие вещества, содержащиеся в средствах бытовой химии. Наркоманами может быть использован любой краситель, лак, растворитель, клей, бензин, спрей для защиты от насекомых и так далее. Все эти средства сами по себе не являются наркотическими, однако при попадании в организм в больших дозах, они вызывают определенные проявления психики. Именно это и привлекает наркозависимых людей.

Среди признаков опьянения ингалянтами можно выделить неадекватное поведение, нарушение координации движений человека, а также галлюцинации.

Разумеется, употребление этих веществ сказывается на состоянии здоровья человека не лучшим образом. По причине того, что летучие вещества попадают в организм через дыхательные пути, непосредственным следствием этого является чихание, проблемы с носовой полостью, насморк, кровотечения, кашель, боли в области груди, тошнота, пневмония.

Страдают и внутренние органы: из-за токсического воздействия разрушается печень, нарушается сердечная деятельность, поражаются клетки головного мозга, что ведет к изменению характера, умственной и психической отсталости. Среди внешних проявлений можно отметить отсутствие равновесия.

Употребление ингалянтов вызывает сильную интоксикацию организма, поскольку они содержат в себе психоактивные вещества. При повышенных дозах возникает риск возникновения летального исхода.

Говоря о седативных препаратах и ингалянтах, нельзя недооценивать их опасность несмотря на то, что наркотиками они формально не являются. Широкий доступ в аптечных системах и магазинах позволяет беспрепятственно приобретать эти средства в любое время, что развязывает руки наркоманам. Между тем, последствия их употребления также страшны, как и в случае применения любого другого официально признанного наркотического средства.

Профилактика наркомании и алкоголизма

Одной из основных задач, стоящих перед органами и учреждениями системы профилактики, является повышение эффективности работы, направленной на недопущение вовлечения подрастающего поколения в незаконный оборот наркотиков.

Наркопотребление и связанная с ним наркопреступность продолжают оставаться одними из острейших проблем современности. Анализ складывающейся наркоситуации позволяет сегодня говорить о формировании особой, наркогенной субкультуры со своими ценностями, ритуалами, стилем, сленгом.

Данная субкультура формирует у населения лояльное отношение к наркотикам и пропагандирует их употребление. В создавшихся условиях необходимо объединить усилия педагогов, психологов, родителей (законных представителей) и работников правоохранительных органов.

Профилактика в образовательной организации должна быть направлена на пропаганду здорового образа жизни всех участников образовательных отношений, на формирование навыков безопасного поведения, на предупреждение употребления наркотических, психоактивных веществ обучающимися.

Разнообразие существующих форм и методов организации профилактической работы позволяет учитывать возрастные особенности обучающихся при организации и проведении профилактических мероприятий. В подростковом возрасте наиболее эффективными являются: акции, тренинги, «круглые столы», индивидуальные и групповые беседы, квесты, просмотр и обсуждение фильмов, конкурсы, встречи со специалистами (медиками, юристами, психологами).

Одним из важных ресурсов профилактической работы может стать волонтерское движение.

Вместе с тем недостаточные знания специфики подросткового возраста являются одной из причин низкой эффективности профилактических мероприятий, проводимых в образовательной организации педагогами и другими специалистами в области антинаркотической профилактики.

Методы коррекции и лечения химических зависимостей

Методы лечения зависимости: наркомании, алкоголизма, табакокурения, токсикомании и других видов основаны на степени тяжести заболевания и характере злоупотребления веществами. Методы терапии включают в себя индивидуальные или групповые терапевтические сеансы.

Когнитивно-поведенческая терапия

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) направлена на работу с мыслями и чувствами пациента. Выявить и обозначить проблемные процессы, которые могут поставить под угрозу трезвость и способствовать рецидиву. Эту форму терапии применяют так же при лечении биполярного расстройства.

Диалектическая поведенческая терапия

Диалектическая поведенческая терапия (DBT) сочетает базовые стратегии поведенческой терапии с практиками осознанности. Изначально она создавалась для людей с хроническим суицидальным поведением, но позже была адаптирована под тяжелые формы поведенческих проблем и пограничным расстройством личности (ПРЛ). За последние пять лет у людей употребляющих наркотики наблюдаются все эти проявления. Терапия ориентирована на создание новых реакций пациента на внутренние процессы и внешние факторы.

Холистическая терапия

В процессе холистической терапии внимание уделяется общему благополучию пациента, а также физическому аспекту заболевания. Основные задачи метода снять абстинентный синдром (ломку) и закрепить

психическое состояние такими практиками, как йога, арт терапия, медитация и иглорефлексотерапия.

Биологическая обратная связь

Биологическая обратная связь или БОС тренинг основан на высокоинтеллектуальной технологии исправления психофизиологического и эмоционального состояния человека. Основа метода: создание новых поведенческих стереотипов и их закрепление. Такой способ позволяет понять внутренние произвольные процессы в организме. После диагностики терапевт рекомендует набор психологических методов, которые можно использовать для преодоления зависимости.

Терапия повышения мотивации

Терапия повышения мотивации — это индивидуальная сессия с терапевтом из нескольких встреч. Цель этих встреч повысить самооценку и внутреннюю мотивацию пациента. Метод включает в себя разбор жизненных сфер пациента, постановку целей с помощью терапевта и сопровождение на пути к этим целям. Метод популярен в последние 3 года не только среди зависимых людей. Метод так же хорошо подойдет людям, страдающим от посттравматического стрессового расстройства (ПТСР).

Психодинамическая терапия

Задача психодинамической терапии в том, чтобы выявить: как приобретенный опыт влияет на восприятие мира в настоящем. Шаг за шагом происходит погружение в прошлое, чтобы определить какие триггеры вызвали разные чувства и состояния. Что могло стать причиной зависимости. Это помогает определить настоящую причину употребления психоактивных веществ. После принятия чувств и ситуаций вырабатываются новые реакции на них. Это позволяет сохранять трезвость

и не уходить в употребление алкоголя, наркотиков и другое разрушительное поведение.

Экспериментальная терапия

Экспериментальная терапия использует нетрадиционные и не научные методы лечения зависимости. Распространенные виды терапии - это различные гипнозы, занятия спортом, различные развлекательные мероприятия на свежем воздухе.

Психологическая диагностика склонности к аддиктивному поведению у подростков

Психологические аспекты борьбы с подростковым алкоголизмом и наркоманией состоят, прежде всего, в выявлении психологической готовности к употреблению психоактивных веществ, т.е. таких психологических особенностей подростков, которые делают их уязвимыми в процессе социализации личности.

Таким образом, поиск методов диагностики предрасположенности к алкоголизму и наркомании должен проходить под знаком выявления феномена психологической готовности подростков к аддиктивному поведению. Такой вектор направленности диагностических исследований является личностным подходом к проблеме алкоголизма и наркомании, что позволяет применять новые, качественно иные критерии определения предрасположенности к употреблению психоактивных веществ.

Говоря о выявлении психологической готовности к употреблению психоактивных веществ, обязательным условием становится отсутствие у обследуемых подростков болезненной симптоматики (т.е. симптомов заболевания алкоголизмом или наркоманией).

Таким образом, речь идет именно о подростках, склонных к аддиктивному поведению, т.е. пока еще без наличия физической зависимости к психоактивным веществам. Это обусловлено тем, что влияние алкоголя и наркотиков на психику уже в начале заболевания вызывает ряд изменений в личностных особенностях подростка. В этом случае результаты психологических исследований скорее будут отражать закономерности влияния психоактивных веществ на личность, нежели позволят выявить те личностные особенности, которые являются составляющей психологической готовности к алкоголизму и наркомании.

Работа с подростками, склонными к аддиктивному поведению, имеет свои специфические трудности. Если несовершеннолетние, злоупотребляющие алкоголем, довольно спокойно рассказывают о фактах злоупотребления, легкомысленно оправдывая при этом свое поведение, то подростки, эпизодически употребляющие наркотики, ведут себя совершенно иначе. Они знают, что их ждет уголовная ответственность и обязательная госпитализация, и поэтому всячески скрывают употребление наркотиков. Учитывая такие сложности в работе с аддиктивными подростками, особенно трудности в установлении контакта с ними, предпочтение в психодиагностике отдается, в первую очередь, проективному методу.

Компонентами комплексного диагностического исследования личности подростка с целью выявления психологической готовности к употреблению психоактивных веществ являются следующие особенности:

1. отсутствие мотивации достижения, вплоть до отказа считать себя субъектом деятельности, преобладание избегающей мотивации;
2. несформированность функции прогноза;
3. низкий уровень развития самосознания, отсутствие навыков рефлексии;
4. слабое развитие самоконтроля, самодисциплины;

5. преобладание экстернального локуса контроля;
6. низкий уровень самооценки (вплоть до неприятия образа «Я», что, однако, может маскироваться защитным поведением, демонстрирующим завышенную самооценку);
7. эмоциональная неустойчивость;
8. тип реакции на фрустрационную ситуацию «с фиксацией на самозащите», обусловленный неуверенностью в себе;
9. ограниченность совладающего поведения, преобладание пассивных форм психологической защиты;
10. противоречивость самооценки и уровня притязаний, проявляющаяся в алогичности и непоследовательности деятельности, связанной с преодолением препятствий (сочетание завышенного уровня притязаний с низкой самооценкой);
11. тенденция к уходу от реальности в стрессовой ситуации (высокая потребность в изменении состояния сознания как средстве разрешения проблем).

Для диагностического исследования подростков, склонных к аддиктивному поведению, перечисленные компоненты являются принципиальными. В случае наличия большинства (или всех) из этих компонентов у обследуемого подростка, стоит говорить о выявленной психологической готовности к аддиктивному поведению.

Ниже приводится ряд методик, подобранных для выявления психологической готовности к аддиктивному поведению, из которых психолог может сформировать свою собственную батарею, наиболее приемлемую и удобную в использовании.

Диагностическое исследование, направленное на выявление психологической готовности подростка к аддиктивному поведению, условно можно разделить на три этапа.

Первым этапом следует считать сбор анамнеза (включая сбор сведений о родителях) с целью выявления наследственной отягощенности формирующегося аддиктивного поведения подростка, а также возможного органического повреждения головного мозга.

Следующим этапом диагностики является сбор сведений для краткой характеристики социальной ситуации жизни и развития подростка.

Наконец, третий этап – это собственно психологическая диагностика определенных личностных качеств, включая личностную предрасположенность к аддиктивному поведению, межличностных взаимоотношений, семейных отношений.

ТЕМА 4. НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Понятие пищевого поведения. Характеристика нормального пищевого поведения.

Пищевое поведение человека оценивается как гармоничное (адекватное) или девиантное в зависимости от множества параметров, в частности от места, занимаемого процессом приема пищи в иерархии ценностей индивида, от количественных и качественных показателей питания, от эстетики. Существенно влияние этнокультурных факторов на выработку стереотипов пищевого поведения, особенно в период стресса. Извечным вопросом о ценности питания становится вопрос о связи питания с жизненными целями («есть, чтобы жить, или жить, чтобы есть»), учета роли пищевого поведения окружающих для становления некоторых личностных характеристик (например, гостеприимство).

Под пищевым поведением понимается ценностное отношение к пище и ее приему, стереотип питания в обыденных условиях и в ситуации

стресса, ориентация на образ собственного тела и деятельность по его формированию.

Учитывая существенное влияние на оценку адекватности пищевого поведения транскультурных особенностей человека, укажем, что значимость приема пищи в различных культурах и у людей разных национальностей различна. Так, в соответствии с дифференциально-аналитической концепцией Н. Пезешкиана, питание является одной из основных составляющих восточной психологической модели ценностей, в рамках которой вырабатывается собственный образ красоты тела (как правило, привлекательнее и здоровее считается полный, упитанный человек с хорошим аппетитом) и отношение к тому, как и сколько ест ребенок или взрослый. Нормальным поведением в период стресса рассматривается повышение аппетита и усиленное питание («Сначала поешь — потом поговорим о проблемах») и т. н. феномен «заедания стресса». На уровне бытовых отношений оценка высшей степени гостеприимства сопряжена с предоставлением большого количества продуктов питания. В западной психологической модели ценностей питание само по себе не является ценностью и гостеприимство не включает в обязательном порядке процесс питания. Ценностью оказывается контроль за приемом пищи, ориентация на иные стандарты красоты и эстетики — стройность, худоба, спортивность в противовес упитанности в рамках восточной модели. В связи с подобными транскультурными различиями девиантное пищевое поведение в обязательном порядке должно учитывать этнокультурный стереотип пищевого поведения окружения человека.

Основными нарушениями пищевого поведения считаются нервная анорексия и нервная булимия. Общими для них являются такие параметры, как:

- 1) озабоченность контролем веса собственного тела;

- 2) искажение образа своего тела;
- 3) изменение ценности питания в иерархии ценностей.

Нервная анорексия: понятие, причины, стадии, методы лечения.

Нервная анорексия представляет собой расстройство, характеризующееся преднамеренным снижением веса, вызываемым и поддерживаемым самим индивидом. Отказ от пищи связан, как правило, с недовольством своей внешностью, избыточной, по мнению самого человека, полнотой. Учитывая тот факт, что определение объективных критериев полноты в значительной мере затруднено в связи с наличием эстетического компонента, приходится говорить о значимости параметра адекватности или неадекватности восприятия собственного тела («схемы тела»), ориентации на собственное мнение или рефлексии и реагирование на мнение референтной группы. Часто основой нервной анорексии служит искаженное восприятие себя и ложная интерпретация изменения отношения окружающих, якобы обусловленного патологическим изменением внешности девианта. Данный синдром носит название дисморфоманического синдрома. Однако формирование нервной анорексии возможно и вне данного синдрома.

Выделяют (М. В. Коркина) четыре стадии нервной анорексии: 1) инициальная; 2) активной коррекции, 3) кахексии и 4) редукции синдрома. В инициальной стадии индивид выражает недовольство преимущественно избыточной, по его мнению, полнотой либо всей фигуры, либо отдельных частей тела (живота, бедер, щек). Он ориентируется на выработанный идеал, стремится к похуданию с целью подражания кому-либо из ближайшего окружения или популярным личностям. На стадии активной коррекции, когда нарушения пищевого поведения становятся очевидными для окружающих и происходит становление девиантного поведения,

индивид начинает прибегать к различным способам похудения. Прежде всего он выбирает ограничительный пищевой стереотип, исключая из рациона отдельные высококалорийные продукты, склоняется к соблюдению строгой диеты, начинает использовать различные физические упражнения и тренировки, принимает большие дозы слабительных средств, применяет клизмы, искусственно вызывает рвоту с целью освобождения желудка от только что съеденной пищи. Ценность питания снижается, при этом индивид не способен контролировать свое речевое поведение и постоянно в общении возвращается к теме похудения, диет и тренировок. На стадии кахексии могут возникнуть признаки дистрофии: снижение массы тела, сухость и бледность кожных покровов и иные симптомы.

Диагностическими критериями нервной анорексии являются:

1) снижение на 15% и сохранение на сниженном уровне массы тела или достижения индекса массы тела Кветелета 17,5 баллов (индекс определяется соотношением веса тела в килограммах к квадрату роста в метрах);

2) искажение образа своего тела в виде страха перед ожирением;

3) намеренное избегание пищи, способной вызвать увеличение массы тела.

Нарушение пищевого поведения в виде синдрома нервной анорексии встречается, как правило, при двух типах девиантного поведения: патохарактерологическом и психопатологическом. В рамках первого нарушения пищевого поведения обусловлены особенностями характера человека и его реакцией на отношение со стороны окружающих, при втором — синдром нервной анорексии формируется на базе иных психопатологических расстройств (дисморфоманического, ипохондрического симптомокомплексов) в структуре шизофренических или иных психотических расстройств.

Нервная булимия: понятие, причины, симптомы, методы лечения

Нервная булимия характеризуется повторяющимися приступами переедания, невозможностью даже короткое время обходиться без пищи и чрезмерной озабоченностью контролем веса тела, что приводит человека к принятию крайних мер для смягчения «полнящего» влияния съеденной пищи.

Индивид ориентирован на пищу, он планирует собственную жизнь, основываясь на возможности принять пищу в нужное время и в необходимом для него количестве. Ценность данной стороны жизни выходит на передний план, подчиняя себе все остальные ценности. При этом отмечается амбивалентное отношение к приему пищи: желание есть большое количество пищи сочетается с негативным, самоуничижающим отношением к себе и своей «слабости».

Выделяется несколько диагностических критериев нервной булимии:

- а) постоянная озабоченность едой и непреодолимая тяга к пище даже в условиях ощущения сытости;
- б) попытки противодействовать эффекту ожирения от съедаемой пищи с помощью таких приемов, как вызывание рвоты, злоупотребление слабительными средствами, альтернативные периоды голодания, использование препаратов, подавляющих аппетит;
- в) навязчивый страх ожирения.

Как видно из клинических описаний, нервная анорексия и нервная булимия имеют ряд общих черт, вследствие чего можно говорить о едином комплексе нарушений пищевого поведения. Однако нервная булимия, в отличие от анорексии, может входить в структуру аддиктивного типа девиантного поведения. Если отказ от пищи играет роль болезненного противостояния реальности (существенный параметр патохарактерологического и психопатологического типов отклоняющегося

поведения), то непреодолимое влечение к пище может отражать как противостояние (в частности, снятие симптомов тревоги, депрессии при невротических расстройствах), так и уход от реальности. При аддиктивном поведении повышение ценности процесса питания и переедание становится единственным удовольствием в скучной, однообразной жизни. Человек избирает для себя питание в качестве альтернативы повседневной жизни с ее требованиями, обязанностями, регламентациями. У него формируется феномен «жажды острых ощущений» в виде изменения пищевого поведения. Например, такой индивид может получать новые необычные ощущения от количества и качества пищи, сочетания несочетаемых ингредиентов (огурцов с медом, торта с горчицей). Мотивом становится бегство от «опостылевшей» реальности в мир вечного «пищевого удовольствия».

Важнейшим психологическим процессом юношеского возраста является процесс становления самосознания и устойчивого образа «Я». Именно с образом «Я» и с самооценкой в большинстве случаев связано негативное отношение к своему телу, лежащее, как правило, в основе нарушений пищевого поведения. Е.Т. Соколова утверждает, что существует тесная связь между переменными Я-концепции и формами телесного опыта. Телесный опыт — это очень широкая категория, которая охватывает все, «имеющее хоть какое-либо отношение к психологической связи «индивид — его тело». Один из наиболее важных компонентов телесного опыта — это образ тела (образ телесного «Я», физического «Я»), то есть результат осознанного или неосознанного психического отражения, определенная умственная картина своего тела.

По мнению Р. Бернса, тело является зримой и ощутимой частью нашего «Я». «Мы чувствуем, видим и слышим самих себя, никогда не в состоянии отрешиться от своего тела, к тому же этот неотъемлемый

элемент нашей личности выставлен на постоянное публичное обозрение», — отмечает Р. Бернс.

Размеры и форма тела оказывают влияние на качественное своеобразие жизни индивида и его психики, ибо служат предметом как собственных оценок, так и оценок другими людьми.

Многие исследователи сходятся во мнении, что представление о своем физическом облике является одной из главных составляющих Я-концепции.

Это направление исследований изучает образ тела и его связь с Я-концепцией, исходя из представления о теле как своеобразном хранилище «Я», обладающем более или менее определенными границами. Второе направление связано с другой характеристикой тела — внешностью. В этих исследованиях тело рассматривается, с одной стороны, как носитель личных и социальных значений, ценностей и т. п., а с другой — как объект, обладающий определенной формой и размерами. Соответственно делается акцент либо на эмоциональном отношении к собственной внешности, либо на когнитивном компоненте. В первом случае используются такие понятия, как «значимость» и «ценность» тела, «удовлетворенность» им, во втором речь идет о «точности», «переоценке», «искажении» восприятия тела.

Известно, что существует высокая положительная корреляция между удовлетворенностью телом и удовлетворенностью собой. С точки зрения Р. Бернса, положительная оценка своего внешнего облика в сознании человека, а также в суждениях окружающих может существенно повлиять на позитивность его Я-концепции в целом и, наоборот, отрицательная оценка влечет за собой существенное снижение общей самооценки. При этом делается акцент на зависимости самооценки от мнений окружающих людей. Человек — существо социальное и не способен избежать принятия многих социальных и культурных ролей, стандартов и оценок, определяемых самими условиями его жизни в обществе. Он становится

объектом не только собственных оценок и суждений, но также оценок и суждений других людей, с которыми сталкивается в ходе социальных взаимодействий. Если он стремится получить одобрение окружающих, то должен соответствовать общепринятым стандартам. Отмечается, что на самооценку и степень уважения личности часто оказывают влияние лишь строго определенные зоны тела (А. Марселло).

Развитая система психологической защиты снижает субъективную значимость недостатка внешности вплоть до его трансформации в сознании в положительный признак внешности. И.С. Кон выделяет пять вариантов преломления в «Я» физического недостатка:

- 1) исправление недостатка путем напряженных усилий (некоторые больные с ожирением стараются любыми способами снизить вес);
- 2) уклонение от сознания неприятного качества (некоторые девушки с ожирением считают полноту пикантной);
- 3) взгляд на весь мир сквозь призму своего несчастья с вытекающей отсюда мнительностью;
- 4) приспособление к установкам окружающих людей;
- 5) компенсация недостатка в одной области достижениями в другой.

У больных ожирением выделяют еще один вариант — «деформация пищевого поведения как уже сформированный стереотип ответа на конфликт».

Отечественные исследования (В.Д. Менделевич, Э. Бухарова) девушек с нарушениями пищевого поведения в виде анорексии и булимии с ожирением показали, что девушки с ожирением склонны негативно оценивать свою внешность. По результатам теста «Автопортрет», более двух третей из них против половины из контрольной группы изображают себя только в виде лица и, наоборот, только 19% из экспериментальной группы против 40% из контрольной рисуют себя в полный рост. Очевидно, что девушки с булимией и ожирением склонны игнорировать изображение

своей фигуры в связи с негативными эмоциональными переживаниями по поводу своего веса и полноты тела. Кроме того, они рисуют автопортрет схематически, а девушки без нарушений пищевого поведения — реалистически. Исследованным манекенщицам (моделям рекламного агентства) с объективным дефицитом массы тела свойственна отчетливая тенденция искажения изображения образа телесного «Я», что позволяет отнести их к «группе повышенного риска по возникновению нарушений пищевого поведения».

Высокая достоверность различий выявляется по изображению отдельных частей лица, в частности по показателю «наличие рта», который чаще отсутствует в рисунках манекенщиц. Такое внимание ко рту может говорить об особом отношении к пище и структуре пищевого поведения. Возможно, ограничивая себя в питании, девушки тем не менее много думают о еде, сохраняют к ней большой интерес. Обращает на себя внимание показатель изображения ушей. Девушки с булимией и ожирением значительно реже рисуют уши, что можно трактовать как закрытость от восприятия внешнего мира, нетерпимое отношение к критике. По преобладанию показателя «наличие ресниц» можно предполагать, что манекенщицы склонны подчеркивать свою женственность, стремление быть привлекательной, что не свойственно девушкам с нарушениями пищевого поведения в виде булимии и ожирения. Руки, символизирующие контакт человека с окружающим миром, активность, преобладают в рисунках манекенщиц с недостаточным весом. Ноги — символ опоры и устойчивости — реже представлены в рисунках девушек с ожирением, что можно трактовать как присутствие чувства неустойчивости, отсутствия опоры в окружающем мире.

Употребление в пищу несъедобных предметов: причины, профилактика

Еще одна разновидность нарушений пищевого поведения — стремление поедать несъедобные предметы. Как правило, такой тип поведения встречается лишь при психических заболеваниях или грубой патологии характера, хотя не исключено его возникновение в рамках делинквентного поведения с целью симуляции соматической болезни и достижения какой-либо цели. При психопатологическом типе девиантного поведения отмечается, например, поедание испражнений (копрофагия), ногтей (онихофагия), при делинквентном — заглатывание металлических предметов (монет, булавок, гвоздей).

Хотя точная причина аллотриофагии неизвестна, эксперты считают, что существуют определенные факторы, которые повышают риск развития расстройства:

Несбалансированное питание. Дефицит минералов в организме, в частности железа или цинка, может вызывать пикацизм. Расстройство становится ответной поведенческой реакцией на нехватку минеральных веществ. Предполагают также, что аллотриофагия может развиваться в ответ на строгую диету и голод.

Нарушения развития и умственная отсталость, психические заболевания (такие как шизофрения или обсессивно-компульсивное расстройство) также могут вызывать симптомы пищевых извращений. Пикацизм у этой группы больных возникает как проявление неадекватного поведения.

Тяжелая психотравма, стресс. Расстройства пищевых привычек нередко появляются в ответ на сильное эмоциональное потрясение (аварию, смерть близкого человека, физическое или сексуальное насилие и т.д.);

Социально-экономические факторы. Отсутствие внимания к детям со стороны родителей и безнадзорность, низкий социально-экономический статус семьи, бедность, нищета, безработица.

Гормональные нарушения. Пикацизм часто наблюдается у подростков, беременных и кормящих женщин. Это связано с изменениями гормонального фона, в результате которых возникают обонятельные и вкусовые извращения.

Культурные традиции также могут стать причиной пикацизма. Северные народы, например, употребляют в пищу сырое мясо, пьют кровь животных.

Личностные факторы. Аллотриофагии больше всего подвержены легко возбудимые и ранимые, неуверенные в себе люди, с лабильной нервной системой.

Важную роль в патогенезе аллотриофагии играют нейробиологические факторы.

Возникновение извращений вкуса и аппетита связывают с нарушением баланса обмена нейромедиаторов головного мозга (серотонина, дофамина, норадреналина и др.), а также метаболическими нарушениями (гипоталамо-гипофизарными) и лобными дисфункциями мозга, ухудшающими контроль поведения.

С точки зрения психологии, аллотриофагия у человека развивается по типу условно-рефлекторной реакции и позволяет больному снимать эмоциональную напряженность и устранять физиологический дискомфорт при поедании несъедобного.

Основные меры профилактики аллотриофагии заключаются в формировании правильных пищевых привычек с раннего детства, а также поддержании здоровой психологической атмосферы в семье.

Важно с детства прививать культуру употребления пищи (соблюдение режима питания, сервировка стола, правильное

использование столовых приборов). Во время семейной трапезы следует избегать ссор и конфликтов. Необходима демонстрация положительного отношения к еде – восхищение ее вкусом, выражение благодарности к человеку, который ее приготовил. Категорически запрещается использовать еду как средство манипуляции или наказания за проступки.

Родители должны следить за рационом питания своего ребенка, а также за тем, чтобы он ел сезонные фрукты, овощи, ягоды, получал с пищей все необходимые витамины и микроэлементы. В зимний период по назначению педиатра могут применяться мультивитамины.

Те же правила касаются и взрослых. Важно разнообразно питаться, следить за уровнем железа и ферритина в крови. При выявленных дефицитах – принимать лекарственные препараты по назначению врача.

Неэстетичность в еде: понятие, примеры, профилактика

В рамках патохарактерологического типа девиантного поведения изменения пищевого поведения могут носить характер неэстетичности и нарушения стиля. Человек, например, может неэстетично есть (чавкать, хлюпать, причмокивать при еде), быть неаккуратным и нечистоплотным (есть невымытые продукты, пить грязную воду) или, наоборот, быть повышено брезгливым даже по отношению к близким родственникам (категорически отказываться доедать или допивать за ребенком, испытывая чувство голода и зная об отсутствии иной пищи или жидкости), не уметь пользоваться столовыми приборами или игнорировать их применение. К стереотипам пищевого девиантного поведения относят также скорость принятия пищи. Отмечаются две крайности: очень замедленное принятие и сверхбыстрое, торопливое заглатывание пищи, которые могут быть обусловлены семейными традициями или свойствами темперамента.

Психологическая диагностика расстройств пищевого поведения

К сожалению, ориентация современной отечественной психодиагностики, в том числе так называемой медицинской психодиагностики⁴ на адаптацию качественных зарубежных методик исследования особенностей ПП и внедрение их в активное использование как в прикладных, так и в исследовательских целях, полностью соответствует тенденциям только начального этапа развития психологической диагностики в нашей стране. И несмотря на то, что в настоящее время актуальной задачей становится разработка качественного отечественного диагностического инструментария, в подавляющем своем большинстве в практике использования в клинических и исследовательских целях преобладают методики, являющиеся адаптированными вариантами созданных зарубежными коллегами тестов и иных психодиагностических методик.

Любая психодиагностическая методика должна проходить процедуру психометрической стандартизации и нормирования: проверку на соответствие требованиям репрезентативности, надежности и валидности, определение психометрических, статистических, популяционных, гендерных, возрастных и т. п. норм. Адаптация зарубежной методики на материале исследования той или иной популяции является не менее (а порой - и более) трудоёмким процессом, чем создание оригинальной методики. Она включает в себя несколько необходимых этапов: тщательное изучение теоретического конструкта, профессиональный перевод и формулирование стимульного материала переводного варианта теста, а также психометрическую проработку оригинального содержания методики, приспособление элементов лексики и грамматики к возрастной и образовательной структуре населения, для которого эта методика предназначена; учет коннотата стимульных языковых единиц и категорий;

собственно психометрическую адаптацию опросника (анализ внутренней согласованности вопросов, проверка устойчивости при ретестировании, анализ корреляций с релевантным критерием и т. п.) и самое главное - рестандартизацию норм (Бурлачук, 2006). Соответственно, каждая из зарубежных методик, адаптированных для русскоязычной выборки, должна содержать данные о надежности, валидности, дискриминативности и иные нормативные данные.

В отечественной психодиагностике батареи методик изучения особенностей пищевого поведения представлены достаточно ограниченным набором исследовательских методик, большинство из которых представляют собой переведенные на русский язык зарубежные опросники с разным уровнем их адаптации по классическим критериям психометрики. Характерно, что при знакомстве и анализе более чем 100 публикаций по описываемой проблеме авторам настоящей публикации не удалось найти данные о качественно проведенной процедуре стандартизации на российской выборке хотя бы одной распространенных за рубежом методик.

Вышеизложенное касается даже самой распространенной в общемировой практике методики - Голландского опросника пищевого поведения (Dutch Eating Behavior Questionnaire - DEBQ). Опросник был создан в 1986 г. (Van Strien, 1986) и валидизирован на 1170 респондентах, разделённых по полу и наличию/отсутствию ожирения. Методика позволяет оценивать пищевое питание по трём типам: эмоциогенному, экстернальному, ограничительному. Опросник имеет большое количество адаптированных версий в разных странах мира: Франции (Bailly, 2012), Китае (Wang, 2017; Wang, 2018), Испании (Cebolla, 2014), Мальте (Dutton, 2016) и др. В Российской Федерации опросник DEBQ был переведён на русский язык Т.Г. Вознесенской, но не был адаптирован и/или рестандартизирован в принятом в психометрике отношении (Батурин,

2012). В настоящее время имеются только нормативные значения по шкалам, убедительных данных о надежности и валидности нет.

Еще одним диагностическим инструментом, популярным в зарубежной практике, является трехфакторный опросник питания А. Стункарда (The three factor eating questionnaire - TFEQ, Stunkard, 1985). Опросник имеет трехфакторную структуру (результаты структурируются в три фактора/шкалы) и предназначен для оценки когнитивных и поведенческих аспектов питания: ограничение (склонность ограничивать потребление пищи для контроля веса и размеров тела), растормаживание (эпизоды потери контроля над пищевым поведением) и восприимчивость к голоду (внутреннее ощущение чувства голода и интенсивности тяги к еде). Опросник переведён на русский язык, но данных об адаптации/рестандартизации нет.

Большой интерес представляют две адаптированные и рестандартизированные на выборке жителей Республики Беларусь методики: скрининговая методика Eating Attitudes Test - 26 D.M. Garner (EAT-26) в адаптации О.А. Скугаревского и С.В. Сивухи (имеющая в русскоязычном варианте название «Опросник пищевых предпочтений - 26» или «ОПП-26») и методика Eating Disorder Inventory (EDI) D.M. Garner, M.P. Olmstead и J.P. Polivy в адаптации О.А. Ильчик (адаптированный вариант - «Шкала оценки пищевого поведения» или «ШОПП»). Опросник ОПП-26 позволяет охарактеризовать особенности ПП на основании четырех выделенных факторов: «нарушения пищевого поведения», «самоконтроль пищевого поведения», «озабоченность образом тела» и «социальное давление в отношении пищевого поведения». Шкала оценки пищевого поведения (ШОПП) основана на семифакторной структуре: «Стремление к худобе», «Булимия», «Неудовлетворенность телом», «Неэффективность», «Перфекционизм», «Недоверие в межличностных отношениях», «Интероцептивная некомпетентность». Несмотря на

русскоязычность стимульного материала и имеющиеся качественные психометрические данные, возможность применения методики в России является дискуссионной из-за вопросов к релевантности структуры конструкта. Тем не менее необходимо подчеркнуть, что из всего объема диагностического материала для исследования РПП именно эти две методики являются наиболее приемлемыми для использования с позиций психометрики.

Методы коррекции нарушений пищевого поведения

К сожалению, люди редко обращаются к специалистам при первых симптомах, позволяющих диагностировать расстройства пищевого поведения, поэтому чаще всего коррекция требует целого комплекса мер.

В процессе обязательно участвуют несколько специалистов: психиатр, диетолог, психолог, гастроэнтеролог и другие специалисты по необходимости.

Программа профессиональной коррекции разрабатывается индивидуально для каждого пациента и обязательно включает лечение физиологических нарушений, психиатрическую и психологическую помощь. Своевременная диагностика позволит понять причины возникшей проблемы и найти пути ее решения.

Комплексное лечение расстройств пищевого поведения проводится в несколько этапов:

- восстановление работы центральной нервной системы;
- восстановление веса;
- восстановление питания;
- реабилитационная психотерапия.

Обнаружив у себя или у близких симптомы расстройства пищевого поведения, необходимо обратиться к врачу, ведь РПП могут представлять

серьезную опасность для жизни и здоровья. Коррекцию пищевого поведения необходимо проводить комплексно. Важно не только вылечить последствия пищевых расстройств, но и оказать эффективную психологическую помощь, которая поможет выработать правильные установки и привычки, сопровождающие прием пищи.

Лечить пищевые расстройства лучше в специализированных центрах, где врачи разных специальностей имеют опыт взаимодействия друг с другом, знакомы с самыми современными методами лечения. Необходимость в стационарном лечении возникает, если появившиеся нарушения несут угрозу для жизни, например, наблюдается сильное физическое истощение. Также целесообразно лечиться в стационаре пациентам с экстернальным и эмоциогенным типом пищевого поведения. При удовлетворительном состоянии здоровья возможно лечение амбулаторно.

Программа коррекции расстройств пищевого поведения для каждого пациента разрабатывается индивидуально в зависимости от симптомов и состояния организма. Иногда требуется срочная госпитализация в реанимационное отделение и интенсивная терапия. Психологическую помощь пациент получает только после того, как его состояние стабилизируется.

Если нет опасности для жизни, с первых дней лечения приступают к психологической коррекции, позволяющей понять причины проблем и вместе с психотерапевтом найти безопасные пути их решения. Врач-психиатр назначает медикаментозную терапию. Одновременно диетолог разрабатывает индивидуальную схему питания, позволяющую стабилизировать вес. Диетолог сотрудничает с лечащим врачом-психиатром, и по мере необходимости корректирует рацион.

Для коррекции выявленных нарушений предлагается амбулаторный реабилитационный мониторинг, включающий дневной стационар с ночным

мониторингом. Днем пациент проходит обследование, получает назначенное лечение, в том числе индивидуальную или групповую психотерапию. Но и ночью он не остается наедине со своими проблемами. Это особенно важно для пациентов, которые страдают от ночного переживания. Возможность в любое время обратиться к своему психотерапевту и получить квалифицированную психологическую помощь позволяет избежать очередного приступа и придает пациенту уверенность в своих силах.

Подобная коррекция проводится и при других формах расстройств, когда человеку важна поддержка. Также к специалисту могут обращаться и его близкие, заметив тревожные симптомы. Такое лечение позволяет добиться стойкой ремиссии, избавиться от страхов перед срывами.

Нередко психологическая помощь требуется не только детям, но и их родителям, другим членам семьи, которые страдают от чувства вины или не могут построить доверительные и доброжелательные отношения друг с другом. Психотерапевт может работать как отдельно с каждым членом семьи, так и одновременно с родителями и детьми, или рекомендовать групповой тренинг, на котором присутствуют несколько семей. Коррекция выстроенных в семье отношений помогает избежать рецидивов заболевания.

Для коррекции РПП пациентам нередко рекомендуют не только индивидуальную работу с психотерапевтом, но и посещение психотерапевтических групп. Общение с другими пациентами позволяет лучше осознать:

наличие проблемы и ее связь с расстройством пищевого поведения;

подобные заболевания есть и у других людей, они это признают и успешно лечатся;

не стоит бояться помощи, бороться с болезнью в одиночку гораздо труднее.

Пациенты совместно прорабатывают различные ситуации, связанные с патологическим поведением при приемах пищи или отказом от нее. Занятия могут проводиться в группах, собирающихся вместе как в одном помещении, так и онлайн. Отсутствие личного контакта позволяет многим чувствовать себя более раскрепощенно.

ТЕМА 5. ОСНОВНЫЕ НАРУШЕНИЯ СЕКСУАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Понятия сексуальной нормы и сексуальной девиации

Оценка диагностических критериев отклонений в сексуальном поведении человека наталкивается на ряд сложностей, поскольку имеются существенные разночтения в понимании сексуальной нормы. Под сексуальными девиациями понимается любое количественное или качественное отклонение от сексуальной нормы, а в понятие нормы включается поведение, соответствующее возрастным и полоролевым онтогенетическим закономерностям данной популяции, осуществляемое в результате свободного выбора и не ограничивающее в свободном выборе партнера (А. А. Ткаченко).

В сексологии принято разделять понятия индивидуальной и партнерской норм. Индивидуальная норма оценивается, как правило, с ориентацией на биологические особенности человека и включает такие виды сексуального поведения, как: 1) по непреднамеренным причинам не исключают и не ограничивают возможность осуществления генитально-генитальных взаимодействий, которые могут привести к оплодотворению; 2) не характеризуются стойкой тенденцией к избеганию половых (в том числе сексуальных) контактов (Г. Годлевский). Таким образом,

индивидуальная норма нацеливается на анализ потенциальных возможностей человека к сексуальным контактам в силу анатомической и физиологической нормы, а также коммуникационных способностей индивида — его желания и умения выстраивать отношения с окружающими людьми, способствующие половым отношениям. В рамках партнерской нормы, которая определяется как все виды сексуальной активности, сексуального поведения и сексуальных действий, имеющие место между двумя зрелыми людьми, принимаются обоими и направлены на достижение наслаждения, которые не вредят здоровью и не нарушают норм общежития. Следовательно, в структуре партнерской нормы выделяется принципиальное значение следующих критериев: 1) количество одновременно взаимодействующих партнеров, 2) их зрелость, 3) стремление к достижению обоюдного согласия, 4) отсутствие ущерба собственному здоровью и 5) здоровью и комфорту других людей. Критерий числа одновременно взаимодействующих партнеров нацеливает на парные сексуальные контакты, как соответствующие норме и адекватности в связи со значимостью, с одной стороны, принципа интимности для становления гармоничных сексуальных взаимоотношений, с другой — отсутствия стремления к избеганию любых партнерских связей. Критерий зрелости указывает на социально-психологические характеристики, в частности возможность понимать биологический и социальный смысл сексуальных действий и быть ответственным за их последствия. К критерию стремления к достижению обоюдного согласия относится осуществление свободного выбора места, времени и способа сексуального взаимодействия и неущемления права свободного выбора партнера, то есть обоюдное согласие находит отражение в совпадении «диапазонов приемлемости» и «сексуальных сценариев».

В критерий непричинения ущерба собственному здоровью входит реальная самооценка человека в сфере собственных сексуальных

способностей и исключение поведения, наносящего вред здоровью. Критерий непричинения вреда здоровью и комфорту окружающих (в том числе партнера) рассматривается как учет внешних социальных последствий сексуального действия человека, в частности циничного и оскорбляющего общественную нравственность.

Гиперсексуальность и асексуальность: определение понятий, причины

Гиперсексуальность — одна из базовых характеристик, способствующих формированию подавляющего большинства сексуальных девиаций и перверсий. Она характеризуется значительным повышением ценности сексуальной жизни и вытеснением иных ценностей. Считается, что у человека существуют четыре сферы жизни, которые формируют соотношение ценностей тех или иных видов деятельности.

В случае девиаций гиперсексуальное поведение становится не столько средством для достижения удовлетворения, но и самоцелью. Возникают разнообразные формы отклоняющегося от норм права, нравственности или эстетики сексуального поведения: секс как унижение, секс как гордыня, секс как развлечение, секс как спорт, секс как работа, секс как коллекционирование и т. д. В рамках гармоничности целями вступления человека в сексуальные контакты являются, как правило, удовлетворение коммуникативной, прокреативной и рекреативной потребностей, а мотивом — любопытство и интерес, альтруизм или эгоизм и т. д. При гиперсексуальности обычные цели и мотивы отходят на второй план, уступая место эгоистическому мотиву, и сексуальный контакт может использоваться в т. н. несексуальных целях. При девиантном сексуальном поведении человек склонен получать сексуальное удовлетворение, сочетая коитус с оскорблением и принуждением партнера к вступлению в сексуальный контакт в неподходящей (неприемлемой) для него форме, в

нетрадиционное для него время или с не приносящей удовлетворения интенсивностью с полным игнорированием свободного выбора партнера.

Сходное отклоняющееся поведение может быть направлено на удовлетворение гордыни человека. Вступление в сексуальные взаимодействия с целью поставить рекорд по числу партнеров или по продолжительности одного контакта также носит характер девиации, формируя поведение по типу промискуитета (беспорядочных половых связей). В данном случае поиск объекта удовлетворения сексуального чувства приобретает навязчивый или сверхценный характер, и партнер может обесцениваться до уровня «персонифицированного возбуждающего объекта». Особо с позиции этики и нравственности выделяется проституция, когда основной целью вступления в сексуальные связи становится корысть. Все вышеперечисленные формы отклоняющегося поведения формируются лишь на основе гиперсексуальной ориентации. Они выполняют функцию ухода от скучной реальности в мир ярких и необычных сексуальных переживаний.

Таким образом, гиперсексуальное поведение входит в структуру аддиктивного типа девиантного поведения, хотя может встречаться и при иных типах. Разновидностью гиперсексуального поведения является провоцирующее поведение без истинного желания вступить в интимные отношения. Такое поведение включает фривольность в высказываниях, сексапильность во внешности и манерах.

Противоположность гиперсексуальности — асексуальное девиантное поведение, при котором человек снижает значимость и ценность сексуальной жизни или отрицает ее существенность полностью и исключает из своей жизни поступки, направленные на сексуальные контакты. Он может обосновывать это моральными или мировоззренческими соображениями, отсутствием интереса или иными мотивами. Асексуальность часто сочетается с особенностями характера

индивида в виде акцентуаций и патологических вариантов шизоидной или зависимой (астенической) направленности.

Общая характеристика нарушений сексуального поведения

Выбор сексуального партнера в норме осуществляется с использованием возрастного фактора. Адекватной для взрослого человека считается направленность налицо близкой к нему возрастной категории. Разброс границ обусловлен, с одной стороны, эстетическими критериями, при которых норма оценивается на основании «приличия» возрастной разницы сексуальных партнеров; с другой стороны, характеристикой зрелости. Выделяют ряд сексуальных девиаций, диагностика которых строится на несоответствии возрастной направленности влечения: педофилия, эфебофилия, геронтофилия.

Педофилией называется направленность сексуального и эротического влечения взрослого человека на ребенка. Человек с педофильной направленностью не находит полного сексуального удовлетворения в контактах со сверстниками и способен испытывать оргазм лишь при взаимодействии с детьми.

Формы педофильных контактов различны — от редко встречающихся, собственно, коитальных до эксгибиционистских актов и петтинга. Данный вид сексуальных девиаций может быть представлен как в рамках патохарактерологического и психопатологического типов отклоняющегося поведения, так и при аддиктивном типе. Если в первых случаях мотивами выступают психопатологические симптомы и синдромы (деменция, изменения личности, акцентуации характера), то во втором — попытка испытать особые, необычные, яркие и новые для индивида переживания при контакте с ребенком.

Разновидность сексуальной ориентации взрослого на лиц более молодого возраста — эфебофилия — влечение к подросткам. Мотивом

поведения человека, склоняющегося к выбору в качестве партнера подростка, часто оказывается «поиск непорочности», отсутствие сексуального опыта и смущение в интимной жизни. Описан стиль сексуального влечения к девочкам-подросткам в сочетании с фетишизмом: объект обязательно должен быть, например, «в школьной форме с фартучком». При эфебофилии по сравнению с педофилией повышается число, собственно, коитальных контактов взрослого с подростком. Эфебофилия может входить в структуру делинквентного, аддиктивного, патохарактерологического и психопатологического типов отклоняющегося поведения.

Геронтофилия заключается в сексуальном влечении к партнеру старческого возраста, при этом старческое тело играет роль своеобразного фетиша (К. Имелинский). Как правило, встречается только у мужчин. Считается, что геронтофилия базируется на психопатологических симптомах и синдромах, в частности изменениях личности (органического, алкогольного генеза), деменции различного происхождения, психопатических проявлениях.

Фетишизм, или сексуальный символизм, — одна из самых распространенных сексуальных девиаций — характеризуется замещением объекта или субъекта сексуального влечения каким-либо символом (частью одежды, личным предметом), который оказывается достаточным для достижения сексуального возбуждения и оргазма. В качестве фетиша может выступать практически любая часть человеческого тела желанного (вожделенного) объекта (грудь, волосы, голень, ягодицы и пр.). Дифференциально-диагностическими критериями отграничения признаков фетишизма в рамках нормы и при девиации может служить появление самодостаточности и предпочтительности фетиша самому объекту.

Различают такие разновидности фетишизма, как пигмалионизм (фетишами являются картины, фотографии, статуэтки), гетерохромия (цвет

кожи партнера), ретифизм (обувь), фетишизм деформации (уродливость человека), некрофилия (мертвое тело). Фетишизм встречается при патохарактерологическом и психопатологическом типе отклоняющегося поведения, особенно часто при наличии в клинической картине заболевания или структуре характера шизоидных или психастенических черт.

Аутоэротизмом обозначается направленность сексуального влечения на себя. Он проявляется самолюбованием, завышенной самооценкой, повышенным интересом к собственной внешности, половым органам, сексапильности. Часто нарциссизм сочетается с истерическими чертами характера и т. н. нарциссическим расстройством личности, выделяемым в американской классификации поведенческих расстройств. Наиболее существенным становится устойчивый паттерн претенциозности, убежденности в собственной неотразимости в сочетании с гиперсенситивностью к оценкам и критике со стороны окружающих. Такой человек склонен рассматривать собственное тело в зеркале, фотографировать или снимать на видеопленку себя в обнаженном виде, имитируя при этом позы и действия порнозвезд.

Нарциссическое расстройство личности – это свойство характера, которое выражается в чрезмерной самовлюбленности, а также завышенной самооценке. Больной с нарциссизмом возвышает себя на фоне остальных. В подавляющем большинстве случаев самовлюбленность и завышенная самооценка не соответствуют действительности.

До недавнего времени такого понятия, как НРЛ, вовсе не существовало. На сегодняшний день заболевание достигло колоссальных размеров. Всею виной – погрешности в воспитании, наличие психических расстройств, вседозволенность, влияние социальных сетей. Человек с сильно раздутым самомнением требует помощи специалиста.

В рамках вектора, оценивающего способы реализации сексуального чувства, представлены наиболее известные и яркие примеры девиантного поведения: садизм, мазохизм, садомазохизм, эксгибиционизм, вуайеризм. Именно они часто приводят к столкновению личности с окружением и законом, поскольку часто нарушают и правовые, и этические, и эстетические нормы.

Садизм, мазохизм и садомазохизм являются близкими сексуальными девиациями, поскольку проистекают из гиперролевого поведения (маскулинного или фемининного) и включают сопряженность сексуального удовлетворения с насилием и агрессией, направленной либо на себя, либо на партнера, или и то и другое. Садистическое поведение реализуется в стремлении подавлять сексуального партнера, унижать его, оказывать болевое и психологическое воздействие. Агрессивность у такого человека способствует более высокой степени сексуальных возможностей и наивысшего оргастического удовлетворения. Чем в большей степени унижен, оскорблен и подавлен партнер — тем более яркие волюстические ощущения сопутствуют этому. Садизм как сексуальная девиация переплетается с удовлетворением потребности властвовать и доминировать в жизни, которая, однако, как правило, не полностью удовлетворяется. При мазохизме происходит обратный психологический процесс. Человек стремится быть униженным и подавленным. Лишь это способно вызвать у него оргазм. Часто у одного и того же человека представлены оба направления в удовлетворении сексуальной потребности (садомазохизм).

Данные сексуальные девиации встречаются при любом типе отклоняющегося поведения.

Портрет психологического садиста

Чаще всего это люди с высоким интеллектом, которые знают себе цену и добиваются успеха в обществе. Обожают внимание

противоположного пола, не терпят конкуренции, имеют узкий круг друзей. В раннем детстве получают серьезную психологическую травму – от них отказываются собственные родители. Как правило, отвержение исходит от матери, которая игнорирует ребенка, активно над ним издевается, в том числе сексуально, или отдает на воспитание в другую семью (приют, к бабушке с дедушкой). Ребенок испытывает сильные негативные эмоции к материнской фигуре, поэтому, когда вырастает, проецирует обиды и ненависть на весь женский род (соответственно, агрессия к отцу проецируется на всех мужчин). Садисты мечтают отыграться на других за причиненные им страдания, отомстить своим мучителям.

Общая черта садистов – ощущение внутренней пустоты, апатии, депрессии. Чтобы избавиться от них, ищут постоянной эмоциональной подпитки извне. Нормальные чувства – любовь, радость познания, эстетическое удовольствие – не приносят им глубокого удовлетворения, жаждут чужой боли и страданий, целиком властвовать над живым существом. Для этого вступают в длительные отношения с мазохистами или типичными жертвами, практикуют промискуитет, отыгрываясь на слабых и беззащитных. Если состоят в браке, близкие знают о садистских наклонностях половин, но терпеливо молчат и даже потакают партнеру.

Социальные признаки мазохизма

- 1) склонность жаловаться, хныкать, плакать, страдать;
- 2) покорность;
- 3) постоянные напряженность и озабоченность;
- 4) страх перед критикой;
- 5) самоограничения в жизни в целях чувства безопасности (примечание: здесь мазохисты в чем-то похожи на шизоидов);
- 6) низкая самооценка;
- 7) высокий уровень терпения.

Эксгибиционизмом называют сексуальную девиацию в виде достижения сексуального удовлетворения путем демонстрации собственных половых органов или своей сексуальной жизни окружающим. Суть эксгибиционизма — гиперкомпенсаторное преодоление чувства стыда в связи с обнажением с целью снятия эмоционального и сексуального напряжения. В таком случае эксгибиционистский акт следует рассматривать как эмоциональную разрядку после периода каких-либо внутриличностных проблем. Выделяют (Б. В. Шостакович, А. А. Ткаченко) несколько этапов эксгибиционистского акта: 1) подготовительный, при котором происходит внутренняя переработка и борьба мотивов; 2) этап нарушенного сознания и 3) этап выхода из состояния. Разновидностью эксгибиционизма является кандаулезизм, при котором достижение сексуального удовлетворения связано с демонстрацией окружающим обнаженной жены или сексуальной партнерши. Известно, что эксгибиционизм чаще встречается у лиц с ананкастическими чертами характера или при различных психических расстройствах, в частности в структуре маниакального синдрома. Есть мнение, что эксгибиционистские акты родственны эпилептическим пароксизмам. При иных, кроме психопатологического и патохарактерологического, типах девиантного поведения он практически не встречается.

Большинство эксгибиционистов не обращаются за лечением самостоятельно и не получают лечения до тех пор, пока их не поймают и не назначат принудительное лечение. Методами лечения эксгибиционизма являются психотерапия и медикаментозное лечение.

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ). Этот подход обычно считается наиболее эффективной формой психотерапии при эксгибиционизме. Пациентам помогают распознавать нерациональные оправдания своего поведения и менять шаблоны мышления.

Групповая терапия. Эта форма терапии используется для того, чтобы вывести пациентов из состояния зависимости от половых извращений и предотвратить рецидивы. Эксгибиционистам, чувствующим вину и стыд за свое поведение, часто помогает социальная поддержка и акцент на здоровой духовности и когнитивной трансформации.

Семейная терапия. Этот подход особенно эффективен для пациентов, которые состоят в браке.

К медикаментозному лечению эксгибиционизма относятся препараты, подавляющие половые гормоны и способствующие снижению сексуального влечения. Для снижения сексуального желания также часто используют препараты для лечения депрессии и других аффективных расстройств.

Вуайеризм — это форма девиантного сексуального поведения, заключающаяся в получении сексуального удовлетворения при подсматривании, подглядывании (или подслушивании) за процессом обнажения или сексуальной жизнью людей. Важной особенностью вуайеризма, так же, как и эксгибиционизма, считается анонимность индивида, склонного к девиантному поведению. Нередко данные формы сексуальных отклонений сочетаются. Вуайеризм может входить в структуру аддиктивного поведения, а также быть признаком патохарактерологического и психопатологического типов отклоняющегося поведения.

Причины вуайеризма

Представители психодинамического и когнитивного направления в психологии считают, что в основе вуайеризма лежит потребность в обретении власти над другим человеком путем незаметного вторжения в его интимное пространство. Формированию расстройства способствует повышенная застенчивость, недостаточная социальная адаптация, ощущение собственной неадекватности. Сторонники бихевиоризма

рассматривают вуайеризм как результат случайно возникшего, а затем закрепившегося поведенческого стереотипа.

Фрейдисты полагают, что расстройство развивается в результате младенческих переживаний, сопровождающихся страхом утраты объекта (матери), или провоцируется травмой раннего возраста, влекущей за собой несостоятельность защитных механизмов, нарушение половой идентичности и иные проблемы. В качестве предрасполагающего фактора последователи Фрейда указывают повышенную индивидуальную склонность к перенаправлению психической энергии с одного процесса на другой (гиперкатексис) при преобладании визуального мышления.

Наиболее известным нетрадиционным для общества поведенческим сексуальным стереотипом является гомосексуальное поведение. Под гомосексуализмом понимают сексуальную ориентацию человека, направленную на лиц своего пола без существенного изменения идентификации собственного пола.

По мнению Brautigam, гомосексуализм делится на четыре группы:

- 1) псевдогомосексуализм, при котором выбор гомосексуального партнера делается на основе несексуальных мотивов (материальных выгод, желания унижить человека и т. д.);
- 2) гомосексуализм периода развития;
- 3) гомосексуализм, обусловленный различными задержками психического развития и входящий в структуру психических расстройств;
- 4) истинный гомосексуализм, обусловленный гомосексуальными наклонностями.

Вследствие многообразия и неоднозначности перечисленных разновидностей гомосексуализма можно говорить и о неоднородности поведенческих проявлений. Наиболее значимо поведение лиц с истинным гомосексуализмом. Отметим, что назвать подобное поведение болезненным или патохарактерологическим было бы неправомерно,

поскольку гомосексуальная ориентация человека и вытекающее из нее поведение не обусловлено патологическими механизмами, а является лишь особым нетрадиционным видом человеческого поведения, разновидностью нормы. Однако, учитывая высокую общественную значимость гомосексуального поведения, логично рассматривать некоторые его непатологические разновидности в рамках аддиктивного поведения. Суть гомосексуальной аддикции — поиск нового, не апробированного человеком способа достижения сексуального удовлетворения в случаях, когда иные способы перестают быть результативными. Оно противопоставляется псевдогомосексуальному поведению, которое может быть отнесено к делинквентному типу отклоняющегося поведения, и двум иным разновидностям гомосексуализма, вызванным психической патологией.

При гомосексуализме не происходит нарушений половой идентификации. Человек осознает принадлежность к полу, в котором существует, и не нацелен на смену пола, в отличие от поведения при транссексуализме. Существенных отклонений в структуре истинного или аддиктивного гомосексуализма не наблюдается. Человек критичен по отношению к тому, что его сексуальная ориентация является нетрадиционной и оппозиционно воспринимается большинством членов общества, в том числе близкими родственниками и знакомыми людьми. Вторично возможно возникновение иных нарушений поведения в связи с формированием у человека внутриличностного конфликта из-за разнонаправленности внутренних устремлений и внешних требований к проявлениям сексуальности. Такой тип гомосексуализма обозначается эго-дистоническим. Если же у человека обнаруживается спаянность личности с нетрадиционным сексуальным влечением, уходом от реальности, игнорированием мнения и отношения общества, постепенным упрощением отношения к самому себе, говорят об эго-синтоническом типе

гомосексуализма. Характерные внешние проявления последнего: эпатирование окружающих людей нарочито сексуальным поведением, использованием манер, одежды и внешних признаков лиц противоположного пола, возведение собственной нетрадиционной сексуальной ориентации в культ, подчинение ей всех иных ценностей жизни. Именно эго-синтонический тип гомосексуализма можно отнести к аддиктивному отклоняющемуся поведению.

Для сексуальной девиации, называемой трансвестизмом двойной роли, характерно ношение одежды противоположного пола с целью получения сексуального удовлетворения от временного ощущения своей принадлежности к противоположному полу, но без желания постоянного «изменения» пола или его хирургической коррекции.

Причины трансвестизма:

Стремление неординарной личности компенсировать свою «непризнанность» в социуме;

Любопытство детско-подросткового периода, связанное с соответствующими сексуальными фантазиями;

Действия родителей (чаще матери), бессознательно желающих иметь ребенка иного пола;

Следствия иных психических отклонений;

Результат пропущенной в соответствующем возрасте половой идентификации;

Нарушения эндокринной системы.

При транссексуализме существенно, в отличие от трансвестизма двойной роли, нарушается половая идентификация и человек осознает себя представителем противоположного пола, вследствие чего выбирает соответствующий способ и манеры поведения. Он активно нацелен на хирургическую коррекцию пола с целью снятия внутриличностного конфликта и дискомфорта, обусловленного несоответствием осознания

половой роли и внешне навязываемыми ему стереотипами поведения. Трансвестизм и транссексуализм не являются признаками аддиктивного типа отклоняющегося поведения, чаще входя в структуру патохарактерологического или психопатологического типов. Однако механизмы их формирования могут выходить за рамки перечисленных.

Причины транссексуализма

Происхождение транссексуальности остается актуальной темой медицинских исследований. Этиологией нарушений гендерной идентификации заинтересованы генетики, эндокринологи, психиатры, медицинские и социальные психологи. К наиболее вероятным теориям формирования расстройства относятся:

Генетическая. В результате мутаций увеличивается набор половых хромосом, к паре XY добавляется X. Распространенный вариант – синдром Клайнфельтера. Мужчины имеют черты, характерные для женщин, склонны к феминному поведению.

Нейроэндокринные сдвиги. Транссексуализму способствуют внутриутробные, ранние постнатальные вредные воздействия (травмы, интоксикации, вирусные инфекции). У транссексуалов определяется низкий уровень тестостерона (у мужчин), сходство строения отдельных участков мозга с морфологическими особенностями представителей другого пола.

Неправильное воспитание. Транссексуализм может быть спровоцирован ранними психологическими травмами и привитыми с детства правилами поведения. В частности, развитию расстройства способствует воспитание в неполной семье (для мальчиков – без отца, для девочек – без матери), поощрение игр и выбора одежды, не соответствующих полу ребенка.

Основные принципы профилактики сексуальных нарушений

В. В. Кришталь и Б. Л. Гульман (1997) предложили рассматривать психологическую профилактику расстройств сексуального здоровья в виде трех звеньев:

- первичная профилактика направлена на сохранение и развитие условий, способствующих поддержанию сексуального здоровья и на предупреждение неблагоприятных воздействий социальных, психологических, социальнопсихологических и биологических факторов, способных привести к расстройству сексуального здоровья;

- вторичная профилактика предусматривает своевременное и раннее выявление нарушений сексуального здоровья и их предупреждение;

- третичная профилактика направлена на выздоровление, предупреждение декомпенсаций, обострений, прогрессирования болезни или ее перехода в более тяжелое заболевание.

Специфика системы психологической профилактики сексуальных дисфункций и девиаций предопределяет ее проведение в три этапа:

1. Профилактика нарушений соматополового развития и соматических заболеваний. Начинается с психопрофилактики нарушений беременности матери как залога нормального развития плода, правильной половой дифференциации мозга и соответствующего соматополового развития.

2. Профилактика нарушений психосексуального развития и психических заболеваний. Реализуется путем научно обоснованного сексуального воспитания, обучения и просвещения. Залог гармоничного психосексуального развития - правильное осознание ребенком своей половой принадлежности, полоролевого поведения и психосексуальной ориентации.

3. Профилактика сексуальной дисгармонии в паре. Состоит первым делом в повышении уровня психологической, социально-психологической и сексуально-поведенческой адаптации партнеров и в целом - уровня их сексуальной культуры. Неосведомленность в области психогигиены половой жизни может приводить к неправильному сексуальному поведению, невротической фиксации и развитию сексуальной дисфункции.

ТЕМА 6. СВЕРХЦЕННЫЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ УВЛЕЧЕНИЯ

Общая характеристика сверхценных психологических увлечений

Одной из наиболее распространенных форм отклоняющегося поведения вне психопатологических рамок считаются сверхценные психологические увлечения. Увлечением называют повышенный интерес к чему-либо с формированием пристрастного эмоционального отношения. При сверхценном увлечении все характеристики обычного увлечения усиливаются до гротеска, объект увлечения или деятельность становятся определяющим вектором поведения человека, оттесняющим на второй план или полностью блокирующим любую иную деятельность. Классическим примером пароксизмального увлечения и «гиперувлечения» является состояние влюбленности, когда человек может быть полностью сосредоточен на объекте и субъекте эмоционального переживания, утрачивать контроль над временем, посвященным ему, игнорировать любые иные стороны жизнедеятельности. Существенными признаками сверхценных психологических увлечений считаются:

- 1) глубокая и длительная сосредоточенность на объекте увлечения;
- 2) пристрастное, эмоционально насыщенное отношение к объекту увлечения;

3) утрата чувства контроля над временем, затрачиваемым на увлечение;

4) игнорирование любой иной деятельности или увлечения.

Психологическое увлечение, в отличие от психопатологического, не выходит за границы традиционных для общества или отдельных его групп норм и правил. Поэтому одно и то же групповое или коллективное увлечение может включать как людей с обычным интересом к такому виду деятельности, так и увлеченных, и гиперувлеченных, захваченных идеей фикс. Сверхценные психологические увлечения входят в состав аддиктивного, патохарактерологического типов девиантного поведения, а также отклоняющегося поведения на базе гиперспособностей. Используя терминологию Н. Пезешкиана, при сверхценных увлечениях происходит «бегство от реальности» в какую-либо деятельность в ущерб другой и в ущерб гармонии личности в целом.

Трудоголизм: понятие, признаки, причины, методы коррекции

При трудоголизме происходит бегство от реальности в сферу деятельности и достижений. Повышенным интересом и увлечением для человека становится его работа или иная деятельность, на поприще которой он пытается достичь совершенства. Если у обычного человека работа является способом повышения собственного престижа, авторитетности, материального благополучия, удовлетворения потребности властвовать и доминировать или рассматривается как повинность, то у человека-трудоголика работа становится самоцелью, а не способом достижения чего-либо. Он получает удовольствие от самого процесса деятельности, а не от его результата, хотя результат также немаловажен для продолжения данного вида работы. Трудоголик (работоголик) сосредоточен на интересующей его деятельности практически постоянно, он не способен

отвлечься от мыслей о работе даже на отдыхе или при намеренной смене деятельности.

Базой для формирования сверхценного увлечения в виде трудоголизма становятся, как правило, либо особенности характера, способствующие фиксации внимания и деятельности на выполнении служебных обязанностей из-за страха не справиться с ними, прослыть неспособным и неквалифицированным специалистом, либо аддиктивный уход от реальности, которая воспринимается как неинтересная, непривлекательная и скучная. В первом случае формирование трудоголизма происходит на основе психастенических (ананкастных) или астенических (зависимых) черт характера. Неуверенность в себе, собственных способностях, страх проиграть и не справиться с поставленными задачами, затрудненность в межличностных контактах, робость и скромность, неумение выстроить собственную карьеру, используя личное обаяние, общительность или манипулятивные способы, приводят к постепенной выработке гиперкомпенсаторного поведения в сфере деятельности. Человек начинает «перерабатывать», уделять больше внимания работе, чем сослуживцы, стремиться к избеганию любых неожиданностей и доведению результатов собственного труда до совершенства. Постепенно выработанный стиль становится чертой характера и интенсивный труд начинает доставлять удовольствие.

Иной механизм формирования трудоголизма обнаруживается при аддиктивном поведении. Повышенный уровень работоспособности, увлеченность процессом деятельности, получение от него удовлетворения могут стать замещением. «Бегство в работу» может быть связано с неприспособленностью человека к обыденной жизни, ее бытовым требованиям, невозможностью испытывать удовольствие и «маленькие житейские радости». Индивида с аддиктивным поведением в виде трудоголизма тяготит серость и однообразие жизни, отсутствие «великих

потрясений». Моделируя сложности на работе в своей деятельности и преодолевая их, такой человек живет полноценной, по его мнению, жизнью, кардинально отличающейся от реальной.

Сверхценные психологические увлечения в виде активной и пристрастной деятельности могут включать не только профессиональную сферу. Человек может быть трудоголиком на поприще хобби. Например, он может формально ходить на основную работу, добросовестно выполнять ее, не получая удовлетворения, и при этом ориентироваться на иную деятельность (ремонт своего автомобиля, уход за садом, рыболовство, охота, коллекционирование и т. д.).

Основная проблема при лечении патологии заключается в сложности диагностики трудоголизма. Чаще всего пациенты обращаются к врачу с жалобой на бессонницу, зависимость от медикаментов, депрессию, болевые ощущения в сердце. При этом они не понимают, что все их проблемы – это результат работы в режиме 24/7. Как только врач выяснит, что причина плохого самочувствия – трудоголизм, он подбирает для больного индивидуальный курс терапии. Лечение трудоголизма направлено на:

- изменение самооценки;
- устранение проблем с психикой;
- восстановление социальных связей;
- устранение патологической тяги к работе;
- выработку привычки отдыхать.

Основные методы, используемые при лечении заболевания:

Диагностика. Больной приходит на первичную консультацию с психотерапевтом, который выявляет наличие зависимости и определяет наличие сопутствующих ментальных отклонений.

Психотерапия. Больной учится распознавать собственные потребности и удовлетворять их здоровым методом. Формирует новые поведенческие навыки.

Медикаментозная поддержка. При необходимости зависимому подбирают лекарственные препараты, которые приводят в норму психоэмоциональное состояние.

Гемблинг: понятие, признаки, причины, методы коррекции

При сверхценном увлечении азартными играми человек склонен полностью посвящать себя игре, исключая любую иную деятельность. Игра становится самоцелью, а не средством достижения материального благополучия.

Увлеченность азартными играми называется гемблингом. Выделяются следующие признаки, характерные для гемблинга как разновидности аддиктивного типа девиантного поведения (Ц.П. Короленко, Т. А. Донских):

- 1) постоянная вовлеченность, увеличение времени, проводимого в ситуации игры;
- 2) изменение круга интересов, вытеснение прежних мотиваций игровой деятельности, постоянные мысли об игре, преобладание в воображении ситуаций, связанных с игровыми комбинациями;
- 3) «потеря контроля», выражающаяся в неспособности прекратить игру как после большого выигрыша, так и после постоянных проигрышей;
- 4) появление состояний психологического дискомфорта, раздражительности, беспокойства (т. н. «сухой абстиненции») через короткие промежутки времени после очередного участия в игре с труднопреодолимым желанием приступить к игре («игровой драйв»);

5) увеличение частоты участия в игре и стремление ко все более высокому риску;

6) постоянное снижение способности сопротивляться соблазну («снижение игровой толерантности») возобновить игру.

Человек, склонный уходить от реальности в мир игры, выбирает такой вид поведения в связи с неприспособленностью к действительности, обыденности, которая перестает его удовлетворять и радовать. Он ищет в игре азарта и риска, бурных запредельных эмоций, которых не находит в повседневной жизни. Основа аддиктивного поведения в виде гемблинга — феномен «жажды острых ощущений» и, как следствие, высокой степени риска, игры «на грани фола», когда за секунду можно потерять все, что имеешь, или приобрести «весь мир». В подобный вид аддиктивного поведения включаются карточные игры, рулетка, тотализатор и др.

Азартные игры не всегда связаны с денежным риском или риском для жизни. Азарт может быть связан с вымышленным риском при идентификации себя с участниками игр, например компьютерных. Идеями фикс могут становиться спортивные игры, лотереи, разгадывание кроссвордов, а также сексуальные игры.

Этапы лечения больных с игровой зависимостью (по Зайцеву В.В., Шайдулиной А.Ф.):

1 – й этап (диагностический) – на данном этапе происходит:

1) постановка диагноза в соответствии с критериями таксона F – 63.0 МКБ – 10;

2) определение стадии зависимости от азартных игр;

3) определение типа течения психического расстройства (эпизодический или постоянный);

4) диагностика коморбидной патологии (аффективных расстройств, проявлений психоорганического синдрома и др.);

5) определение выраженности мотивации к лечению;

б) изучение степени информированности пациента о социальных и личных последствиях игровой зависимости.

2 – й этап (формирование психотерапевтического контакта) – данный этап предполагает:

- 1) согласование с пациентом лечебного плана;
- 2) обсуждение и принятие пациентами и членами их семей общего понимания имеющего пристрастия как психического расстройства;
- 3) определение методов и целей терапии и принятие единых целей пациентами, членами их семей и врачом;
- 4) определение частоты посещений лечебного заведения;
- 5) определение длительности терапии;
- б) определение степени вовлеченности, а также степени ответственности врача, пациента и членов его ближайшего окружения за изменения, происходящие в ходе терапии.

3 – й этап (когнитивно – поведенческая терапия) – происходит:

- 1) работа пациента по самонаблюдению. Основная задача – фиксация возникающего импульса к игре, его изменений, а также подробный анализ ситуаций, в которых сила компульсивного желания возрастала;
- 2) изучение и осознание пациентом неадаптивных когнитивно – поведенческих схем и их изменение. Использовался метод «заполнения пустот» по методике Эллиса (А–В–С).

4–й этап (социальная реабилитация) – предполагает структурирование иерархии жизненных ценностей пациентов. Восстановление доверительных отношений между пациентом и остальными членами его ближайшего окружения.

Общая характеристика фанатизма

1. Увлечение какой-либо деятельностью, достигающей крайней степени выраженности с формированием культа и создания идолов с полным подчинением человека и «растворением» индивидуальности, носит название фанатизма. Чаще фанатичное отношение формируется в таких сферах, как религия (религиозный фанатизм), спорт (спортивный фанатизм) и музыка (музыкальный фанатизм). В общую характеристику фанатизма входит выработка человеком стереотипа подчинения собственных интересов и устремлений интересам конфессии, команды, музыкального коллектива, сосредоточение внимания и сил на поддержке идола и оказания всемерной и активной помощи, миссионерская деятельность. В рамках девиантного поведения в виде фанатизма человек начинает действовать по психологическим законам группы и ведомого человека, он не способен критично отнестись к высказываниям кумира, идола и осознать отклонения в собственном поведении, которые могут заключаться в отрыве или уходе из семьи, игнорировании работы и пр.

Религиозный фанатизм: понятие, признаки, причины и последствия

Особое место в психологии девиантного поведения в связи с социальнопсихологической значимостью последствий занимает религиозный фанатизм.

Разрушение семей, разрыв родственных и дружеских связей, резкая и кардинальная смена стереотипа жизни человека ставят эту проблему на одно из первых мест по значимости. Наибольший интерес представляет психологический аспект веры, позволяющий анализировать механизмы формирования фанатичного поведения, становление аномалий и

отклонений от этно- и социокультурной норм, изучение изменений, происходящих в личности под воздействием религиозной общины.

Характерной особенностью религиозной веры является признание существования сверхъестественного, под которым понимается нечто, не подчиняющееся законам окружающего мира, лежащее «по ту сторону» чувственно воспринимаемых объектов. Особую роль играет феномен «избранности», формирующий, с одной стороны, чувство идентификации с группой единомышленников, «посвященных в тайну»; с другой — укрепляющий чувство превосходства над другими (непосвященными) людьми.

Наиболее благоприятной почвой для возникновения отклоняющегося поведения считается сектантство. Последователи христианства считают, что секта — это «организованное общество людей, разномыслящих с церковью, но согласных друг с другом в религиозном отношении» (Б. А. Любовик). Не существует однозначной трактовки понятия «секта», поскольку межконфессиональное противостояние носит принципиальный характер. По мнению представителей «больших» (старых, склонных к монополизации веры) религий, отличительная черта секты заключается в том, что она в своих воззрениях отличается от главенствующей, не является официальной и широкораспространенной в конкретной стране религией. Подобную точку зрения нельзя признать обоснованной. Можно согласиться с тем, что тоталитарные религиозные секты применяют в своей практике жесткие психологические методы воздействия, что выражается в формировании у человека состояния повышенной внушаемости за счет физического и психического истощения, социальной депривации, использования трансовых состояний и т. д.

В нетрадиционных религиях, как правило, большую роль играет эмоционально-психологическая сторона, оттесняющая на задний план вероучение. Это выражается в провозглашении приоритета религиозного

переживания. Большое значение придается «боговдохновенной» форме проявления чувств и поведения верующего как свидетельству подлинной и глубокой религиозности человека. Спонтанные проявления религиозных чувств, особенно состояния транса, экстаза, интерпретируются как «просветление», приобщение к божественной реальности, к которым и стремятся адепты религиозной группы (А. Ю. Егорцев).

По мнению В. В. Павлюка, религиозная секта воспитывает у своих членов «реакцию избегания», вследствие которой верующий непроизвольно, как бы автоматически, избегает тех действий, которые не одобряются группой. Привитая в ходе общения и воспитания в религиозной группе такая эмоциональная реакция блокирует возможность отступления от принятых в группе норм.

Подкреплением для «реакции избегания» выступают определенные религиозные санкции со стороны группы в целом либо ее лидеров в виде неодобрения, осуждения. Чувство общности, объединенности с другими членами группы может быть весьма реальным психологическим фактором. Угроза применения или пример применения в прошлом мер осуждения, отчуждения вызывает чувство опасения быть отверженным группой и тем самым выступает своеобразным психологическим стражем отступления от регламентированных норм повседневной жизни верующего.

Характерными особенностями воздействия тоталитарных сект на личность считаются (А. Ю. Егорцев):

- 1) установление жесткого контроля над волей, сознанием и чувствами членов секты (жесткая дисциплина; внушение чувства вины перед организацией; психологическое давление на тех, кто хочет порвать с сектой);

- 2) формирование психологической зависимости от лидера и организации (подавление способности к критическому мышлению; требование разрыва с критически настроенными людьми; ограничение

круга общения только членами секты; отсутствие свободного времени, личной жизни вне общины).

В рамках религиозной секты формирование религиозного фанатизма существенно облегчается, поскольку лидером и самой общиной с помощью длительных и интенсивных психологических воздействий формируется готовность не сомневаться в правильности или неправильности собственного поведения, снимается ответственность за него и как следствие — волевой контроль собственной деятельности. Человек начинает действовать в соответствии с поведенческим шаблоном, навязанным группой.

Одним из актуальных, теоретически и практически значимых является вопрос о личностных особенностях, предрасполагающих к вовлечению индивида в религиозную секту, о соотношении внутренних устремлений личности, религиозной толерантности и необходимой степени активной психологической «вербовки» для становления религиозного фанатизма. Известно, что особую группу риска составляют личности, занятые интенсивными духовными поисками, стремящиеся к «полной и абсолютной Истине» (часто понимаемой как простые и однозначные ответы на сложные вопросы), а также индивиды с художественным складом мышления.

Р. Дж. Лифтон выделяет 8 элементов, приводящих к катастрофическому изменению сознания человека в религиозной группе:

1) контроль окружающей обстановки (среды) — жесткое структурирование окружения, в котором общение регулируется, а допуск к информации строго контролируется;

2) мистическое манипулирование — использование запланированной или подстроенной «спонтанной», «непосредственной» ситуации для придания ей смысла, выгодного манипуляторам. Например,

физиологические и психологические изменения при переходе на вегетарианское питание объясняются «нисхождением святого духа»;

3) требование чистоты — четкое деление мира на «чистый» и «нечистый», «хороший» и «плохой». Тоталитарная секта — «хорошая» и «чистая», все остальное — «плохое» и грязное»;

4) культ исповеди — требование непрерывной исповеди и интимных признаний для уничтожения «границ личности» и поддержания чувства вины;

5) «святая наука» — объявление своей догмы абсолютной, полной и вечной истиной. Любая информация, которая противоречит этой абсолютной истине, считается ложной;

6) нагруженный (культовым смыслом) язык — создание специального клишированного словаря внутригруппового общения с целью устранения самой основы для самостоятельного и критического мышления;

7) доктрина выше личности — доктрина более реальна и истинна, чем личность и ее индивидуальный опыт;

8) разделение существования — члены группы имеют право на жизнь и существование, остальные — нет, то есть «цель оправдывает любые средства».

По мнению Е. Н. Волкова, личность в культе переживает и проживает не свой индивидуальный, а групповой «опыт», отсюда — сильная зависимость от групповых процессов. Ответственность за принятие решений переносится с конкретной личности на группу, поэтому самые нелепые и странные решения воспринимаются и выполняются рядовыми членами как должное. В процессе приобщения человека к групповым нормам тоталитарной секты происходит формирование феномена «удвоения» личности (Р. Лифтон), сутью которого является разделение «Я» индивида на две независимо функционирующие системы. При этом люди

не испытывают чувства эмоционального дискомфорта или неустойчивости. Они не склонны к критическому осмыслению собственного положения и способны совершать какие-либо поступки при ослабленном волевом контроле.

Разделение происходит потому, что в определенный момент член культовой группы сталкивается с тем фактом, что его новое поведение несовместимо с докультовым «Я». Поведение, требуемое и вознаграждаемое тоталитарной группой, настолько отличается от «старого „Я"», что обычной психологической защиты (рационализации, вытеснения и т. п.) недостаточно для жизненного функционирования. Все мысли, убеждения, действия, чувства и роли, связанные с пребыванием в деструктивном культе, организуются в независимую систему, частичное «Я», которое полностью согласуется с требованиями данной группы, но происходит это не по свободному выбору личности, а как инстинктивная реакция самосохранения в почти невыносимых — психологически — условиях (Е. Н. Волков).

Исследования Р. Лифтона привели к пониманию того факта, что практически каждая личность в условиях массивного группового давления и манипулирования базисными человеческими потребностями способна к формированию девиантного поведения в виде религиозного фанатизма. Предрасполагающими к этому факторами могут стать низкая коммуникативная толерантность, семейные традиции магического и мистического мышления, некоторые характерологические и личностные особенности.

Мотивы отрыва человека от реальности и ухода в группу (религиозную, спортивных или музыкальных фанатов), подчинения себя идее и лидеру могут быть различными. Одним из мотивов могут стать психологические проблемы, с которыми индивид справиться самостоятельно не способен или считает, что не способен. Как правило,

данный мотив основывается на психопатологических симптомах и синдромах, патологии характера или внутриличностном невротическом конфликте. Его уход в группу фанатиков обусловлен снятием с себя ответственности за принятие решений по многим жизненным проблемам, желанием стать ведомым, искоренить в себе сомнения и неуверенность. Другим мотивом фанатичного поведения в группе может быть стремление уйти от однообразной, не вызывающей радости и эмоционального отклика реальности. Кумир, идол, идея, ритуал, причастность к какой-либо тайне или социальной группе, обретение новых переживаний становятся своеобразными аддиктами.

Музыкальный фанатизм: понятие, признаки, причины и последствия

Фанатичное отношение формируется, в том числе и в сфере музыки – музыкальный фанатизм. Общей характеристикой феномена является выработанный человеком стереотип подчинения собственных интересов и стремлений интересам объекта поклонения и направленность внимания и сил на его поддержку.

Ряд исследователей феномена музыкального фанатизма, разработали классификацию, где они выделили два типа фанатов:

Ценители музыки.

Ценители сообщества.

Первые сосредоточены на посещении концертов, увлечены коллекционированием дисков и новинок, а также сами являются исполнителями музыки. Вторым же важно нахождение в сообществах (по вертикали, по горизонтали). Сообщества очень важны для этой категории фанатов и играют в их жизни особую роль. В горизонтальных сообществах образуется единый дух и слияние в единое тело, фанаты проводят совместные мероприятия, поют и танцуют. В вертикальных сообществах

фанаты ориентированы на отношения с кумиром. Здесь предполагается подчиненное положение фаната и идентификация себя с кумиром. Как в первом сообществе, так и во втором ориентация на сообщество подразумевает не только включенность себя в одну группу, но также и отторжение себя от других групп.

Также исследователи разделяют ориентированность фанатов (по содержанию, по привязанности). По содержанию это: а) потребители готового продукта, для них важен музыкальный результат (ориентированные на продукт); б) сексуально-ориентированные (кумир - носитель сексуальности); в) романтики (для них важен сценический образ знаменитости, то, как этот образ подан, насколько он сочетается с музыкой, личностью кумира). По уровню привязанности это: а) почитатели (есть интерес, не идентифицируют себя с кумиром или недостаточно привязаны и к фангруппе); б) фанаты (или как сейчас их называю фэны); в) фэны-сталкеры (увлечение уже граничит с маниакальным фанатизмом).

Музыкальный фанатизм имеет особенности религиозного фанатизма и черты, которые свойственны любовной аддикции. Наблюдается воодушевление, которое не свойственно другим видам аддикций (не химических), кроме любовной. Объект фанатизма - конкретный человек, как и при аддикции любовной. Можно наблюдать сверхположительную оценку объекта аддикции. Кумир, так же, как и при религиозном фанатизме, духовный учитель, то есть фигура, которая наделяется полномочиями «направлять на путь истинный». Идея очень близка к концепции З. Фрейда, согласно которой фанаты проецируют на объект поклонения и Идеальное «Я» и одновременно родительский образ.

Идентификация фаната с объектом поклонения выражается в нетерпимости, так как в этом случае индивид или группа ощущают свою избранность и превосходство над другими. Можно предположить, что

такая форма поведения является необходимой защитой от чувства потери своей идентичности.

Молодежные фан-сообщества нашей современности ориентируются уже не на социальные протесты, как это было в 60-х прошлого столетия, а на коммуникацию с себе подобными. Музыкальные предпочтения, которые отражаются и в жизненном стиле, являются идентификаторами не только для молодежи, но и для людей зрелого возраста.

В рамках психодинамического подхода проблему фанатизма исследователи рассматривают как компенсацию конфликта идентичности, где конфликт идентичности описывается в виде структурной способности человека, благодаря которой образуются внутренние связи. Если говорить об идентичности в контексте социума, то человеку всегда было свойственно стремление к тому, чтобы быть членом какой-либо группы, что дает ему тем самым возможность удерживать благоприятную ему идентичность, которая создается им в конкретной группе, и где индивид может ощущать свою причастность, полезность и нужность. Человек с дефицитом идентичности в стрессовых и конфликтных ситуациях склонен терять контакт с самим собой, и поэтому более всего нуждается в объекте подражания, в кумире. За счет образования кажущихся внешних связей он компенсирует нарушение структурной способности и восстанавливает внутренние связи.

В качестве новой идентичности исследователями была выделена селебрити-идентичность, которая дает возможность идентифицировать себя с знаменитостями. Кинематограф и музыка, характер сообщений о звездах через средства массовой информации, обладают особой, чувственной направленностью и подходят для формирования индивидуальной идентификации, при которой у индивида появляется возможность формировать собственные представления об объекте, идеалистические. Что касается групповой принадлежности, то здесь

возникает иная роль, принадлежность - как осознание того, что действия и интерес индивида находят признание у других.

В юношеском и зрелом возрасте селебрیتی идентичность имеет качественные отличия. У подростков на смену родительскому авторитету приходят другие, которые помогают осознать себя и окружающий мир. Так же, эта идентичность содействует гендерной идентификации, у парней идолами чаще становятся артисты мужского пола, а у девочек — и женского и мужского. У взрослого же селебрیتی-идентичность определяется потребностью продемонстрировать превосходство и заполнить определенный экзистенциальный вакуум, этот аспект может быть объяснен поиском смысла существования. Идентификация с кумиром дает возможность проживать жизнь другого, использовать его ценности, и тем самым заполнять свою жизнь смыслом.

Авторы исследований называют такое явление синдромом поклонения знаменитостям и выделяют три его категории:

- 1) социально-развлекательная
- 2) интенсивно-личностная
- 3) погранично-патологическая (примерно 1 % населения).

К первой они отнесли экстравертов, которые интересуются жизнью знаменитостей, и это является своего рода развлечением для них, к ним относятся примерно 20% поклонников. Ко второй категории относятся поклонники, которые уверены в своей связи со звездой, зависимы от них, они излишне эмоциональны и нервны, склонны к депрессии (10%). Как предполагают авторы исследований, фэны, для которых кумир — часть собственного «Я», имеют к этому психическую предрасположенность. Особо выраженная селебрیتی-идентичность вероятнее всего будет связана с негативным самоотношением, неуверенностью и заниженным уважением к себе.

Развитие селибрити идентичности связано с психологическими и социальными условиями существования современного человека и детерминировано это поисками альтернативных, новых вариантов ответов на вечные проблемы человечества о смыслах и ценностях.

В заключении хотелось бы подвести итог и отметить, то, что фанатизму присущи как положительные, так и отрицательные черты. Неуправляемый фанатизм, конечно же, может грозить разрушениями, но в положительном аспекте – кумир вдохновляет своих поклонников на свершение благостных поступков, раскрытию талантов и направлений в жизни. Человек с дефицитом идентичности в стрессовых и конфликтных ситуациях склонен терять контакт с самим собой, и поэтому более всего нуждается в объекте подражания, в кумире. За счет образования кажущихся внешних связей он компенсирует нарушение структурной способности и восстанавливает внутренние связи.

Можно предполагать, что, идентифицируя себя с объектом поклонения, фанат или группа фанатов ощущают тем самым свою избранность, что является необходимой защитой для них от чувства потери своей личностной идентичности.

Более склонны к фанатизму подростки, так как поиск себя является особенностью этого периода жизни, и лишь малая часть из них остается фанатами во взрослой жизни. Присмотр и грамотное сопровождение подростка взрослыми наставниками в период его метаний (проведение тематических музыкальных мероприятий, создание групп единомышленников на базе воспитательных и учебных учреждений и пр.) может быть не только хорошей профилактикой против девиаций, но и поддержит в раскрытии личного таланта и способностей. Работая с фанатами, главный акцент важно делать на удовлетворении потребности в единстве. Причем, как в единстве в рамках социума/группы, так и в первую очередь – единстве с самим собой.

Спортивный фанатизм: понятие, признаки, причины и последствия

Фанат, чаще всего, отказывается от социальной жизни, может уволиться с работы для того, чтобы иметь возможность посещать выездные матчи команд в других городах. Данная личность может иметь пагубные привычки – алкогольную и наркотическую зависимость и т. д. Семейные взаимоотношения, в данном случае, также имеют негативные последствия, поскольку внимание фаната направлено на успехи и поражения команды, а не жизненные события их близких.

Характерные особенности личности спортивного фаната, которые отличаются от нормы функционирования здоровой личности:

1. данный субъект идентифицирует себя с кумиром и принимает как свои собственные его успехи и поражения. Для него характерны страдания, депрессивные состояния, а также стремления уйти из жизни;
2. субъект стремится стать ближе к кумиру и внешне быть похожим на него, в одежде выбирает аналогичный стиль и т. д.;
3. данные личности склонны в любых разговорах уделять внимание своей сверхценной идее, в ущерб другим интересам;
4. различные увлечения и семья отходят на задний план;
5. для фанатика свойственны проявления агрессии по отношению к людям, которые не разделяют его увлечений или отрицательно высказываются о его кумире.

Данные симптомы указывают на формирование фанатической зависимости.

Спортивный фанатизм представляет собой социальный феномен, который положительно воспринимается в современном обществе. Разрешительное и негативное воздействие фанатизма на личность фаната не учитывается.

С психологической точки зрения, фанатизм является проявлением зависимого поведения, которое относится к отклоняющемуся о нормы психическому поведению. Фанаты не имеют личных интересов и хобби, а живут интересами спортивной команды. В данной ситуации страдают близкие люди и семейные отношения, поскольку фанатики не уделяют им должного внимания и заботы. Стремление следовать за любимой командой, вынуждает фанатов часто отпрашиваться с работы или в крайней степени зависимости, приводит к увольнению с работы ради свободы передвижения. Общий кругозор данных личностей узконаправленный, их интересует только определенный вид спорта и команда. Фанаты могут проявлять агрессию по отношению к людям, которые на разделяют их увлеченности или являются фанатами противоположной команды.

В результате постоянного увлечения деятельностью и достижениями спортивной команды, фанат теряет интерес к собственной жизни и окружающим людям. Он может перестать приносить пользу для общества, поскольку разрушительная сила эмоций, сопровождающая спортивные соревнования, часто наносит ущерб витринам, вывескам и другим членам общества.

Агрессия – возникает в результате неудач и поражений любимой команды. Фанаты идентифицируют себя с командой и поэтому, ее поражения, они воспринимают, как свои собственные. Поклонники футбола приезжают в другие города и страны, вслед за своими кумирами. Обычно, матчи заканчиваются мирно или сопровождаются драками. В современном обществе данное поведение называют фан-движением или субкультурой.

Психология фанатизма выделяет 3 причины, которые подталкивают личность к данному поведению:

1. зависть к чужим успехам;
2. заниженная самооценка;

3. интерес к личности, которая добилась успехов и является для них авторитетом.

Фанатизм является психическим расстройством и требует прохождения специальной терапии. Зависимая личность сможет эффективно справиться с фанатической зависимостью при определенных условиях:

1. осознание ложности представлений и устремлений;
2. способность к осознанию навязчивости мысли и умение увидеть сложившуюся ситуацию со стороны;
3. умение переключаться на другие жизненные события и цели;
4. новое увлечение и хобби;
5. желание взаимодействовать с семьей и друзьями;
6. адекватная самооценка.

Исходя из вышеописанного, следует, что фанатизм представляет собой психическое расстройство и требует прохождения специальной терапии. К основным причинам фанатизма относят – зависть к успехам, низкая самооценка, а также авторитет определенной личности (кумира). В случае спортивного фанатизма данным кумиром является спортивная команда или конкурентный игрок.

Коррекция сверхценных психологических увлечений

При сверхценных психологических увлечениях крайне редко показаны какие-либо фармакологические методы коррекции, а применение психотерапии обосновано в случаях нарушения коммуникации. Основным методом психологического консультирования при сверхценных психологических увлечениях в форме «паранойи здоровья», трудоголизме, гемблинге, фанатизме считается позитивная психотерапия. С ее помощью удастся продемонстрировать девианту суть его отклоняющегося поведения,

проанализировать признаки гармоничного поведения и возможные негативные последствия девиации.

ТЕМА 7. КОММУНИКАТИВНЫЕ ДЕВИАЦИИ

Аутизация: понятие, признаки, причины, методы коррекции

Аутистическое поведение характеризуется отсутствием приспособления к действительности и требованиям повседневной жизни с уходом в мир фантазий, мечтаний, отказом от общения и выбором одиночества.

Можно выделить две разновидности аутистического поведения: первичный и вторичный аутизм. К первичному аутизму причисляется синдром раннего детского аутизма, возникающий в младенчестве и являющийся признаком патохарактерологического или психопатологического типов девиантного поведения. Вторичное аутистическое поведение формируется у взрослого после периода нормативного взаимодействия с миром.

Аутистическое поведение, у взрослого человека может возникать после т. н. событий, выходящих за рамки жизненного опыта, нередко в структуре посттравматического стрессового расстройства. В качестве провоцирующих событий способны выступить катастрофы, стихийные бедствия, участие в боевых действиях, а также угрожающие для жизни человека события (нахождение в заложниках, тяжелая продолжительная болезнь, тюремное заключение). Важным является фактор длительности воздействия психотравмирующего фактора: чем оно продолжительнее, тем более вероятно развитие аутистического поведения, которое характеризуется склонностью человека избегать или максимально

ограничить количество контактов, нежеланием общаться даже с хорошо знакомыми и близкими людьми, стремлением чаще быть в одиночестве. В отличие от первичного аутизма, при котором наряду с собственно аутизацией (замкнутостью, отгороженностью от мира, нелюдимостью) имеет место эмоциональная холодность, вторичный аутизм проявляется эмотивностью, повышенной чувствительностью, сентиментальностью, ранимостью. Человек, перенесший жизненно опасные события и уединившийся от мира, нередко склонен повторно ярко переживать происшедшие события. Его беспокоят навязчивые воспоминания и сны о трагедии, собственных страданиях и мучениях близких людей.

Аутистическое поведение часто сопровождается возникновением чувства бессмысленности существования, бесполезности любой деятельности, названной И. Яломом «вегетативностью». При этом человек погружается в переживание бесцельности и апатии. И. Ялом выделяет три компонента вегетативности: когнитивный, аффективный и поведенческий. Они сочетают в себе хроническую неспособность индивида поверить в полезность или ценность какого-либо жизненного усилия, глубокую скуку, перемежающуюся с эпизодическими депрессиями, колебаниями активности и отсутствием избирательности поведения. Для человека становится несущественным, чем он занят и занят ли чем-нибудь вообще. По мнению В. Франкла, в основе подобного отклоняющегося поведения, которое он обозначил как ноогенный невроз, лежит психологический «страх пустоты», когда «экзистенциальный вакуум заполняется симптомами».

Одним из важных признаков аутистического поведения является невовлеченность человека в процесс повседневной жизни в связи с исчезнувшим смыслом его существования. Поведение характеризуется также ангедонией — неспособностью испытывать чувство радости, удовольствия, удовлетворения.

Индивид ощущает себя вне потока жизни, в полной эмоциональной и экзистенциальной изоляции. При этом говорят о межличностной и внутриличностной изоляции. Первая характеризуется изоляцией от других, вторая — от самого себя. Первая может не приносить тягостных негативных переживаний, для второй типичен различной степени выраженности эмоциональный дискомфорт. К девиантным формам поведения могут быть отнесены обе перечисленные разновидности изоляции, в одном случае в силу нарушения коммуникативных норм (жизни вне человеческого сообщества, а следовательно — социальной дезадаптации), в другом — вследствие нарушения процесса самоактуализации и наличия состояния длительного психоэмоционального дискомфорта).

Одиночество — это не только самоизоляция, ограничение контактов и внутренняя направленность интересов, это еще и эмоциональное подкрепление ухода от действительности. Именно на основании эмоциональной самооценки возможно разделение одиночества на гармоничное и дисгармоничное, то есть сопровождающееся негативными переживаниями по поводу изоляции и отсутствия контактов или принимающееся безэмоционально и неоценочно, как данность, положение вне общества и контактов. Первое следует обозначить как собственно одиночество, второе — как психопатологический аутизм. Таким образом, понятие одиночества включает и переживание его, а аутизм — чисто внешние признаки одиночества и изоляции.

У. Колбел различал четыре типа одиночества: 1) позитивный внутренний тип («гордое одиночество»), переживаемый как необходимое средство раскрытия новых форм свободы или новых форм общения с другими людьми; 2) негативный внутренний тип, переживаемый как отчуждение от своего «Я» и от других людей, чувство отчужденности, даже в окружении других людей; 3) позитивный внешний тип,

наличествующий в ситуации физического уединения, когда ведутся поиски нового позитивного опыта; 4) негативный внешний тип, наличествующий в том случае, когда внешние обстоятельства (смерть партнера, потеря контакта) ведут к весьма негативным ощущениям одиночества.

Одиночество как разновидность девиантного поведения формируется в связи с множеством факторов. Возможно появление тягостного чувства одиночества и непонимания со стороны окружения при невротических и иных психопатологических расстройствах, в частности при депрессии. Переживание собственной никчемности и одиночества может входить в структуру акцентуаций характера (по дистимному или сенситивному типу). Д. Перлман и Л. Пепло обнаружили при научном анализе восемь подходов к оценке формирования одиночества.

Гиперобщительность: понятие, признаки, причины

Противоположностью аутистического поведения выступает гиперобщительность, характеризующаяся повышенной потребностью в общении, желанием разговаривать и взаимодействовать со многими партнерами по коммуникации и в течение максимально возможного времени. Девиацией у такого человека становится неумение даже короткое время находиться в одиночестве, вне общества. Гиперобщительность сопряжена с болтливостью, многоречивостью, а иногда и хронической манией — состоянием длительного повышения настроения, сочетающимся с неумением структурировать время, с беспечностью, безответственностью, необязательностью. Отклоняющееся поведение затрагивает свободу окружающих, поскольку конфликты у такого индивида происходят из-за его неумения и нежелания слушать собеседника.

Конформистское поведение: понятие, признаки, причины

Конформистское поведение выражается в склонности приспособляться к любому окружению, к любым точкам зрения и мировоззрению, жить не собственными интересами, а схемами, придуманными в обществе, игнорировать или не иметь своего взгляда на происходящие события. Конформист — это человек без свойств. Основная его способность — быть незаметным, «как все», не проявлять никаких реакций, которые могли бы отличаться от общепринятых и традиционных, полная подчиняемость без внутренней борьбы. Удовлетворение такому индивиду приносит попадание в резонанс с общими интересами, привычками, навыками. Он склонен использовать поведенческие и речевые штампы: одеваться по форме, трафаретно говорить, используя, например, бюрократический язык.

Традиционно считается, что могут быть две причины конформизма. Первая – человек может стремиться присоединиться к группе, чтобы быть принятым. Второе – человек может копировать действия других, если у него недостаточно информации и он не знает, как следует вести себя в данной ситуации. М. Дойч и Х. Джерард назвали эти причины соответственно нормативным и информационным влиянием.

Фобическое поведение: понятие, виды, признаки, причины, методы коррекции

Одной из наиболее часто встречающихся коммуникативных девиаций считается фобическое поведение, которое может иметь как психопатологический, так и психологический характер. К различиям невротического и обыденного фобического поведения относят: степень адекватности ситуации (при невротическом пациент страшится

маловероятных событий); степень социальной дезадаптации (при невротическом она существенно выражена, приводя к ограничительному или ритуальному поведению); степень внутриличностной дезадаптации (при невротическом она способствует формированию дисгармонии и т. н. психологических комплексов); сочетание с иными психопатологическими симптомами, в частности с вегетативными (встречается при невротическом фобическом поведении).

Фобическое поведение характеризуется выбором стиля взаимодействия с окружающим миром, исходя из какого-либо реально обоснованного или необоснованного навязчивого страха (фобии). Оно может носить характер ритуального поведения, которое выступает в качестве психологической защиты от страха. Например, навязчивый страх тяжелой болезни вследствие заражения может сформировать фобическое ритуальное поведение в виде навязчивого мытья рук. Или навязчивый страх смерти может определить становление стереотипного включения и выключения определенное количество раз света в комнате.

Источником и фабулой фобического поведения могут служить разнообразные предметы и явления окружающего мира. Фобии составляют самую многочисленную группу навязчивых состояний. Насчитывается более 300 форм навязчивых страхов (см. тезаурус в приложении). Наиболее известны социальные фобии, суть которых заключается в навязчивом страхе привлечь внимание окружающих или совершить что-то, что могло бы вызвать неудовольствие со стороны участников коммуникации. К таким социофобиям относят: страх покраснения при людях (эрептофобия), страх показаться смешным (скопофобия), страх неудержания газов в кишечнике или страх рвоты в обществе, страх рассмеяться на похоронах или в неподходящем месте, страх выкрикнуть бранное слово в аудитории и т. д. Нередко встречаются нозофобии — навязчивые страхи заболеть какой-либо болезнью: инфарктом миокарда (кардиофобия), раком

(канцерофобия), сифилисом (сифилофобия), СПИДом (спидофобия), страх сойти с ума (лиссофобия), получить запредельную дозу облучения. Особые виды фобий — агорафобия и клаустрофобия, являющиеся по сути метафобиями, то есть навязчивым страхом, возникающим вследствие существования у человека иных фобий. При агорафобии навязчивый страх затрагивает нахождение в открытых и больших пространствах (на улице, площади, в толпе), при клаустрофобии — в закрытых, замкнутых помещениях (лифте, вагоне поезда, салоне трамвая или автобуса). При этом в первую очередь возникает страх оказаться оставленным без помощи (например, потерять сознание). Клинически навязчивые страхи сопровождаются паническими атаками, выраженной тревогой, двигательным беспокойством и неусидчивостью.

Особенностью фобического поведения считается его волнообразное течение со склонностью к усилению навязчивых страхов и охранительного поведения в период воздействия на человека психической травмы. Типичными являются расстройства адаптации. Психотравмирующий фактор может поражать интегральность социальной сети человека (потеря близких, переживание разлуки), широкую систему социальной поддержки и социальных ценностей, а также затрагивать микросоциальное окружение. При фобическом поведении преобладает тревожный вариант адаптационного расстройства и т. н. паническое расстройство, характеризующееся повторяющимися приступами (атаками) тяжелой тревоги и паники, которые не ограничиваются определенной ситуацией или обстоятельствами и могут возникать непредсказуемо даже для самого человека. При этом имеют место периоды выраженной тревоги с двигательным беспокойством, нарушениями поведения в виде агитации (психомоторного возбуждения), страха приближающейся смерти, который сопровождается тяжелыми вегетативными проявлениями: учащенным

сердцебиением, болями в груди, ощущениями удушья, головокружением и чувством нереальности происходящего.

Помимо собственно фобического поведения, базирующегося на навязчивых страхах, встречаются обсессивный и компульсивный его варианты.

Под обсессиями понимают навязчивые мысли, воспоминания, представления, овладевающие сознанием больного, от которых он не может избавиться волевым усилием. Иногда их называют «умственной жвачкой». Мысли «приходят в голову» как бы автоматически, тревожат пациента, мешают ему заниматься обычной деятельностью. Нередко встречаются навязчивое влечение запоминать имена и названия (ономатомания), навязчивый счет (арифмомания), при котором человек склонен постоянно подсчитывать какие-либо предметы — окна в домах, номера машин, ступени на лестнице.

Компульсии проявляются навязчивыми, не поддающимися коррекции и полной контролируемости действиями. К ним относятся, например: тикозные расстройства, навязчивое непреодолимое обкусывание и проглатывание ногтей (онихофагия), выдергивание волос (трихотилломания), сосание пальцев. Встречаются также навязчивые двигательные ритуалы в виде мытья рук с целью исключения случайного заражения, поступков (псевдосуеверий) — носить сумку только пряжкой внутрь, не наступать на трещины в асфальте и т. д.

Нарциссическое поведение: понятие, признаки, причины, методы коррекции

Нарциссическое расстройство личности — это психическое расстройство, которое характеризуется уверенностью человека в своей особой уникальности и превосходстве над другими людьми. Принимая

избыточную форму, нарциссизм может проявляться постоянной озабоченностью человека своей собственной значимостью, а также признанием его значимости извне. Нарциссизм – это заикленность на себе, своем «я».

Человек, страдающий этим заболеванием, боится ошибок, оценок и критики, постоянно испытывает различного рода переживания (тревогу, стыд, страх неудачи). Чтобы избежать этого, такие личности включают следующие механизмы защиты:

отрицание;

обесценивание;

проекции или идеализации;

прокрастинации (стойкое избегание каких-либо действий, работы, принятия решений).

Отсюда возникают перепады настроения, недовольства собой и окружающими людьми, депрессия, проявления нарциссического гнева, доходящего до ярости.

Нарциссизм в МКБ (Международной классификации болезней) не выделен как отдельное психическое расстройство, поскольку является одним из подтипов расстройств личности.

Расстройство нарциссизм обычно начинает проявляться в юности, либо раннем взрослом возрасте. Для многих подростков характерно проявление некоторых черт, присущих нарциссическому расстройству, однако они не сильно выражены и их возникновение носит временный характер.

Нарциссизм у мужчин выявляется чаще, чем у женщин. Мужчины, страдающие данным недугом, уверены в собственном превосходстве и неотразимости, имеют завышенные требования к противоположному полу, часто меняют партнеров.

Женский нарциссизм характеризуется тем, что женщина чаще всего не может найти достойного партнера и остается одна.

Симптомы нарциссического расстройства личности

Патологический нарциссизм отличается от нормальной уверенности в себе, ощущения своей ценности, принятия своих «плюсов» и «минусов» без страданий и переживаний.

Чрезмерная самовлюбленность «нарцисса» и неадекватно завышенная самооценка сочетаются с сильными эмоциональными «качелями» при встрече с критикой, фрустрацией. Они слабо переносимы и мучительны для таких людей.

В контакте с таким человеком непросто, он боится близких и доверительных отношений, поэтому может быть эмоционально холодным, отстраненным, крайне обидчивым, мстительным, требовательным. Часто за внешним фасадом безупречности кроется жизнь, полная скуки и безрадостного существования.

В редких случаях люди, страдающие данным расстройством, помимо грандиозного полюса могут впадать в другую крайность – ничтожность.

Руководства по психическим заболеваниям выделяют следующие признаки нарциссизма:

- чрезмерное чувство собственной значимости, грандиозность;
- постоянные мысли и фантазии о красоте, власти, успехе, идеальных отношениях;
- высокомерное поведение и отношение к окружающим;
- требования к чрезмерному восхищению ими других людей;
- зависть к достижениям других людей;
- вера в то, что его успехам завидуют остальные;
- отсутствие сострадания по отношению к другим людям;
- исключительное чувство собственного права и необоснованные ожидания какого-либо особенного отношения окружающих;

чувство «уникальности».

Человек, страдающий данным психическим заболеванием, должен обладать, по крайней мере, несколькими симптомами и признаками нарциссического расстройства личности.

Причины появления нарциссизма

На сегодняшний день не существует единого мнения о причинах возникновения нарциссического расстройства личности. Однако, большинство психиатров сходятся во мнении, что нарциссизм может проявиться при определенной генетической предрасположенности и нарушениях в воспитании. Основными причинами нарциссизма являются:

Игнорирование личности ребенка в детстве, навязывание ему своих желаний.

Избыточная любовь со стороны родителей и родственников, гиперопека. С раннего детства ребенок привыкает к такому отношению и моментальному удовлетворению его потребностей. В его картине мира он является центром вселенной.

Недостаток любви со стороны родителей, гипоопека. Ребенок недополучает любви и ласки, не чувствует себя в безопасности и во взрослой жизни пытается это «компенсировать».

Воспитание родителями-«нарциссами». Ребенок «копирует» модель поведения родителей.

Различные психологические травмы. Любые события, травмирующие психику ребенка, связанные с психологическим, физическим или сексуальным насилием.

Генетическая предрасположенность. Нарциссизм является наследственным психическим состоянием. Вероятность появления данного заболевания увеличивается, если нарциссическим расстройством личности страдал кто-то из ближайших родственников.

Влияние современной культуры. Нарциссические черты личности чаще встречаются у людей в современном, чем в традиционном консервативном обществе.

Медикаментозные средства для лечения нарциссического расстройства личности, как правило, не используются, поскольку польза от них сомнительна. Только в некоторых случаях, при других сопутствующих состояниях, для ослабления симптомов может быть назначена лекарственная терапия нарциссизма. Как и при иных расстройствах личности, могут быть использованы нейролептики (препараты, подавляющие высшую нервную деятельность), бензодиазепины (психоактивные вещества, воздействующие на рецепторы ГАМК). Единых клинических рекомендаций при нарциссизме не существует.

Поэтому первым шагом на пути к излечению будет обращение к специалисту: врачу психиатру специализированной клиники. Основной метод лечения нарциссизма на сегодняшний день – это психотерапия. Она может быть индивидуальной, групповой и семейной. Во время сеансов психотерапии нарциссизма врач использует различные техники коррекции самооценки человека, а также выявляет психологические травмы и устраняет их последствия, помогает человеку наладить социальные контакты и отношения с близкими людьми.

Однако сложность здесь заключается в том, что большинство людей, страдающих этим недугом, не хотят начинать сеансы психотерапии, будучи уверенными, что у них все в порядке. Они скептически относятся к когнитивно-поведенческой терапии и психоанализу, и не понимают, почему они должны слушать советы врача, который не является для них авторитетом. Поэтому установление доверительных отношений с психотерапевтом является самым важным и трудным в лечении нарциссического расстройства личности.

Психологическая коррекция коммуникативных девиаций

Коммуникативные девиации, представляющие собой одну из наиболее часто встречающихся и многообразных групп отклоняющегося поведения, требуют психофармакологической поддержки в виде применения транквилизаторов (анксиолитиков), снимающих эмоциональный дискомфорт и тревогу, и групповой психокоррекции.

Цель терапии и коррекции коммуникативных девиаций — развитие коммуникативных навыков в сфере компетентности и толерантности. Расстройства коммуникационных способностей в рамках девиантного поведения наблюдается при аутистическом, конформистском поведении, поведении на базе застенчивости или ревности, социальных фобиях.

Основной метод психологической коррекции перечисленных коммуникативных девиаций — групповой социально-психологический тренинг (тренинг общения). Л.А. Петровской предложен перцептивно ориентированный тренинг с использованием следующих принципов:

- 1) «здесь и теперь»;
- 2) персонификации высказываний;
- 3) акцентирования языка чувств;
- 4) активности;
- 5) доверительного общения;
- 6) конфиденциальности.

В принцип «здесь и теперь» включается обсуждение и анализ события, происходящего непосредственно в группе в процессе общения. Принцип персонификации высказываний сводится к отказу от безличных речевых форм, помогающих в повседневном общении скрывать собственную позицию. Принцип акцентирования языка чувств заключается в требовании исключить из процесса общения оценочные категории, заменив их описаниями переживаемых эмоциональных состояний.

Принцип активности подразумевает включенность в работу группы и обсуждение проблем, формируя в дальнейшем активную позицию в общении с людьми в противовес замкнутости и пассивности. Принципы доверительного общения и конфиденциальности относятся к техническим сторонам тренинга.

К механизмам перцептивно ориентированного тренинга Л.А. Петровская относит: подачу, адекватность, восприятие и информативность обратной связи. В процессе тренинга общения у девианта вырабатывается способность адекватно оценивать и понимать поведение окружающих и самого себя, избегать искажений в восприятии мира и самовосприятии.

Один из эффективных методов психологической коррекции и консультирования лиц с коммуникативными девиациями — т. н. антиципационный тренинг (В.Д. Менделевич), направленный на развитие способностей к вероятностному прогнозированию и, следовательно, адаптивному стилю поведения.

Антиципационный тренинг можно причислить к группе методов психотерапии «здравым смыслом», которые включают в себя, наряду с элементами рациональной психотерапии, становление многовариантного способа осмысления действительности. Он противопоставляется одновариантному (ригидному), являющемуся частью патологического мыслительного паттерна при т. н. неврозопродуцирующей каузальной атрибуции. Базой личностной позиции при антиципационном тренинге считается «антиципационная состоятельность» — способность человека предвосхищать ход событий, строить процесс прогнозирования на многовариантной гибкой основе, используя прошлый жизненный опыт. Считается, что гармоничные характерологические черты и свойства личности, а также неврозоустойчивость способны формироваться лишь в случае использования таких принципов антиципационного тренинга, как: а) отказ от претензий («Мне никто ничего не должен»);

б) отказ от однозначности (при истолковании происходящих событий — «Это может значить все, что угодно»);

в) отказ от фатальности (при истолковании будущих событий — «Все возможно»);

г) выработка стратегии «антиципирующего совладания» и «предвосхищающей печали» взамен «предвосхищающей радости».

Принцип отказа от претензий — один из основополагающих в структуре антиципационного тренинга. Это связано с тем, что установка долженствования по отношению к происходящему вокруг человека и внутри него приводит к формированию патогенных паттернов осмысления действительности, выражающихся в двух разновидностях экспектаций потенциального невротика: «Мне все должны» или «Я всем должен». Подобная жизненная позиция приводит к становлению невротического моновариантного или поливариантного типов вероятностного прогнозирования. Сходные закономерности можно обнаружить и при игнорировании принципов однозначности и фатальности.

Суть принципа выработки стратегии «антиципирующего совладания» («предвосхищающей печали») заключается в изменении ригидной личностной позиции в отношении способов прогнозирования будущих событий и тренинг навыков многовариантного прогнозирования. Цель изменения ригидной моновариантной личностной позиции пациента достигается в процессе психологического консультирования с использованием метода «сократического диалога», демонстрации психотерапевтом фактов связи девиантных форм поведения и невротических расстройств со спецификой прогнозирования жизненных ситуаций. Упор при этом делается на факт частого расхождения между прогнозами в отношении вероятности возникновения тех или иных ситуаций и реально происходившими событиями. В совместных психотерапевтических беседах (консультациях) психотерапевт производит

анализ данных случаев, нацеливаясь на убеждение пациента в том, что отказ от прогнозирования вероятных, но негативных событий в его жизни является устойчивой стратегией и вызывает невротические расстройства и эмоциональный дискомфорт. Наряду с этим, используются методики «контрастирования» и транскультурных корреляций. Процесс собственно антиципационного тренинга включает индивидуальные и групповые занятия, во время которых происходит проигрывание (и обсуждение) разнообразных высокоактуальных жизненных событий: измена, развод, увольнение, предательство, смерть близкого, неблагодарность со стороны окружающих и пр. Во время данных занятий происходит выработка стратегии многовариантного прогнозирования и «антиципирующего совладания», девиз которого — «Надейся на лучшее, но готовься к худшему». В качестве инструментария для антиципационного тренинга используется модифицированный нами тест фрустрационной толерантности Розенцвейга.

В терапии поведенческих девиаций в форме фобического, диссоциативного (конверсионного), ипохондрического поведения, а также отклоняющегося поведения в рамках посттравматического стрессового расстройства используется арсенал психотропных препаратов (транквилизаторов, антидепрессантов) и различные методы психологической помощи.

При фобическом поведении эффективными считаются методы поведенческой и когнитивной психотерапии, при диссоциативном — суггестия, при посттравматическом стрессовом расстройстве — гештальттерапия. В рамках когнитивно-поведенческого направления психотерапии используются техники «десенсибилизации», «парадоксальной интенции». Суггестивные воздействия осуществляются в гипнозе. Техника гештальтпсихотерапии направлена на «разблокирование осознания» путем завершения незавершенных ситуаций, наиболее полного

и интенсивного выражения незавершенных чувств (катарсические техники).

РЕЗЮМЕ

Проблема девиантного поведения личности настолько обширна, что глубоко осветить ее в одном издании не представляется возможным. В данном учебном пособии были рассмотрены лишь наиболее распространенные типы и клинические формы отклоняющегося поведения.

Девиантное поведение характеризуется следующими основными особенностями.

1. Несоответствие общепринятым или официально установленным социальным нормам.
2. Негативная оценка со стороны других людей, которая может иметь форму общественного осуждения или социальных санкций.
3. Причинение ущерба самой личности и (или) окружающим людям, преимущественно стойко повторяющееся (многократное или длительное).
4. Рассматривается в пределах медицинской нормы, то есть может сочетаться с психическими заболеваниями или патологическими состояниями.
5. Сопровождается различными проявлениями социальной дезадаптации.
6. Имеет выраженное индивидуальное и возрастно-половое своеобразие, по-разному проявляется у каждого человека в определённом возрасте.

Основными причинами девиантного поведения являются: неправильное воспитание, возрастные кризисы, психологические травмы, неблагоприятные социальные условия, психические расстройства и др.

Противостоять девиантному поведению личности (с разной степенью эффективности) можно с помощью различных методов воспитания, психологической профилактики, психологической коррекции, психотерапии и медикаментозного лечения.

Учебное пособие

Елена Викторовна Мельник

ПСИХОЛОГИЯ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Издательство «Активист»
454080, Челябинск, проспект Ленина, 74Б
Подписано в печать 21.11.2023. Формат 60×84/16.
Бумага офсетная. Печать на ризографе.
Тираж 500 экз.

Оригинал-макет подготовлен на факультете психологии

ФГБОУ ВО «ЮУрГГПУ»