Министерство образования и науки Российской Федерации

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ТОМСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ (НИ ТГУ)
Факультет психологии
Кафедра общей и педагогической психологии

ДОПУСТИТЬ К ЗАЩИТЕ В ГЭК
Руководитель ООП
Доктор психологических наук,
профессор
_____ О.В. Лукьянов
подпись

«_____»_____2018 г.

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА БАКАЛАВРА

ОСОБЕННОСТИ КОПИНГ- СТРАТЕГИЙ У ЛИЦ С ХИМИЧЕСКОЙ АДДИКЦИЕЙ

по основной образовательной программе подготовки бакалавров
направление подготовки 37.03.01 - Психология
Марфицын Дмитрий Викторович

Руководитель ВКР
канд. психол. наук, доцент

_____ И. В. Щелин
подпись

«_____»_____2018 г.

Автор работы
студент группы №20551

_____Д. В. Марфицын
подпись

Томск-2018

Оглавление

Введение.....3

1. Теоретические подходы к исследованию проблемы развития личности человека с химической аддикцией в научной литературе.....8

1.1 Девиантное поведение. Аддикция как форма девиантности.....8

1.2 Синдром химической зависимости: этапы развития, структура.....13

1.3 Психологическая характеристика лиц с алкогольной и наркотической зависимостью.....20

2. Копинг-стратегии. Ресурсы, профилактика, применение в реабилитации..32

2.1 Особенности копинг-стратегий.....32

2.2 Роль копинг-стратегий в реабилитации.....40

3. Эмпирическое исследование особенностей копинг-стратегий у лиц с химической зависимостью.....48

3.1 Организация и методы исследования.....48

3.2 Результаты диагностики копинг-стратегий у алко- и наркозависимых. 49

3.3 Характеристика динамики копинг-стратегий в процессе реабилитации от химической зависимости.....50

Заключение.....56

Список использованной литературы.....57

Введение

Актуальность исследуемой проблемы полностью обусловлена современными особенностями развития общества. Динамично меняющиеся условия современной жизни обусловливают возникновение проблем оптимального функционирования личности, связанных с понятием психологического приспособления к требованиям среды, что в современной литературе определяется как копинг-процессы, или совладение со стрессом. Чаще всего стрессу подвержены учащиеся старших классов, которые находятся на этапе профессионального самоопределения, так как выбор профессии играет важную роль в жизни каждого человека. именно учащиеся чаще всего прибегают к аддиктивному поведению.

Ситуация с распространенностью алкоголизма и наркомании в Сибири является достаточно неутешительной. Большое количество статистических исследований, проводимых в последнее десятилетие, подтверждают динамику заболеваемости химическими аддикциями в регионе. Так, согласно данным Е. А. Кошкиной, опубликованным в журнале «Психиатрия и психофармакотерапия», по числу больных алкоголизмом и наркоманией Сибирский Федеральный округ занимает первое место (8 территорий, на которых 318 человек из 100 тысяч имеют алкогольную и 76 человек - наркотическую аддикцию). Тревожные показатели можно отметить и при анализе статистических данных по подростковому алкоголизму и наркомании: в регионе этот показатель составляет 278 подростков на 100 тысяч, что практически равняется статистике по взрослым. Схожие данные предоставляют и инициаторы проекта «Трезвая Россия», в составленном которыми «Рейтинге национальной трезвости» (2015 г.) сибирские регионы имеют высокие показатели по риску алкоголизации.

Вышесказанное может говорить о том, что существует значительный риск негативных последствий таких явлений для развития региона. Так, кроме самих больных, стрессу и конфликтному взаимодействию с обществом подвергаются и те, кто также обладает характерными чертами аддиктивного

поведения, например, алко- или наркозависимые люди, которые подвергаются критике со стороны общественности.

Любое проявление аддиктивного поведения, будь это школьный период или взрослый период, при этом не важно, какая именно форма проявления свойственна человеку, приводит к тому, что нарушается процесс социализации личности человека. Данный процесс осуществляется как конкретное определение будущей профессии и планирование жизни, а с другой – как поиски смысла своего существования. Кроме того, профессиональное самоопределение происходит на фоне переосмысления традиционных форм профессионализации, которые также подвергаются изменениям в современных условиях.

У людей, которым свойственно такое поведение, наблюдается склонность к отсутствию занятости в некоторой области, частое пропадание из дома и большое количество других негативных черт. В особенности, для взрослого человека негативными последствиями химической аддикции является отсутствие работы и профессионального самоопределения.

Таким образом, видно, что химическая аддикция является одним из самых сложных и худших проявлений аддиктивного поведения личности, что требует от нее постоянного изгнания и получения негативного отношения и критики со стороны общества. При этом человек вынужден применять большое количество различных копинг-стратегий не только для того, чтобы отстоять свою точку зрения перед обществом, но и защититься от общества и его нападок.

Ранее в науке рассматривались лишь особенности химической аддикции и ее влияния на личность, в данной же работе происходит сопоставление взаимосвязей между копинг-стратегиями, которые применяется личность, склонная к химической аддикции, и психологическими особенностями личности.

Тот факт, что копинг-стратегии у лиц, склонных к химической аддикции, проявляются как в профессиональной сфере, так и в обыденной, при

этом не рассматривались в столь тесной взаимосвязи, подчеркивают актуальность исследуемой темы.

Степень изученности проблемы. Проблема профессионального самоопределения личности поднимается в работах И.С. Кона, где автор уделяет внимание специфике раннего юношеского возраста и вопросам выбора профессии старшеклассниками, которые склонны к аддиктивному поведению в контексте алкогольной зависимости, Е.А. Климова и Н.С. Пряжникова, рассматривающих, как поэтапно происходит процесс профессионализации. Большое внимание особенностям взаимодействия личности, склонной к химической аддикции, с обществом замечено в работах М.Р. Гинзбурга, делающего акцент на личностном самоопределении, которое является базой для их профессионального самоопределения в будущем.

Большое внимание изучению копинг-стратегий уделяют Н.Н. Мизина, М.И. Абайханова. Они отмечают, что в связи с неопределенностью ценностных представлений о различных профессиях люди начинают прибегать к химической аддикции, при этом часто совершают не вполне осознанный выбор своей будущей профессиональной деятельности.

Особое внимание можно уделить работам таких ученых, как Г. Селье, Ю.В. Щербатых Н.Е. Водопьяновой, Н.Н. Григорьевой и другим.

Проблеме исследования посвящены статьи и монографии таких ученых, как В.И. Моросановой, Е.М. Коноза, Т.Л. Крюковой, Е.Ю. Коржовой, и других.

Ученые говорят о том, что копинг-стратегии представляют собой такие стратегии поведения личности, которые позволяют ей сопротивляться негативному влиянию общества.

В данной работе фокусом внимания является взаимосвязь копинг-стратегий и самоопределения личности в обществе. Термином «копинг-поведение» в психологической науке принято обозначать процессы преодоления личностью различных жизненных ситуаций (от англ. –

преодолевать, справляться). Основная функция копинг-стратегий состоит в эффективной адаптации личности к требованиям жизненной ситуации.

Вопросы изучения копинг-поведения личности находят свое отражение в работах Е.А. Белана, Т.Л. Крюковой и др.

Цель исследования – изучение особенностей копинг-стратегий, и их сравнение на разных этапах в процессе реабилитации.

Реализации поставленной цели способствуют следующие **задачи:**

1. Описать проблему девиантного поведения и аддикции как формы девиантного поведения.
2. Рассмотреть этапы и структуру формирования синдрома химической зависимости.
3. Представить психологическую характеристику лиц с алкогольной и накротической зависимостью.
4. Рассмотреть понятие «копинг-стратегии» и его особенности.
5. Раксрыть роль копинг-стратегий в реабилитационном процессе.
6. Провести эмпирическое исследование для проверки выдвинутой гипотезы.

Объект исследования – копинг- стратегии и механизмы защиты у лиц с химической аддикцией.

Предмет исследования – особенности копинг стратегий у лиц с химической аддикцией.

Гипотеза исследования заключается в том, что копинг-поведение, показывающее особенности поведения лиц, склонных к химической аддикции, позволяет выявить психологические проблемы и устранить проявление аддиктивного поведения.

Методологической базой исследования являются труды ученых в области психологии и межличностных отношений, занимающиеся изучением психологических особенностей лиц, склонных к девиантному поведению, на основе чего систематизируются теоретические материалы работы.

Методами исследования являются следующие: поисковый метод; описательный метод; сравнительный анализ; психодиагностика; метод математической статистики;

Методики исследования: «Методика диагностики стресс-совладающего поведения; опросник «Способы совладающего поведения» Лазаруса;

Практическая значимость исследования состоит в том, что выявленные результаты могут найти свое применение в дальнейшей разработке процесса психологического сопровождения лиц, склонных к химической аддикции, в разработке программ по профилактической работе с лицами склонными к химической аддикции, а также могут быть использованы в разработке лекций и семинаров по психологии девиантного поведения.

Структура работы включает в себя введение, 3 главы, 8 параграфов, заключение и список литературы.

1. Теоретические подходы к исследованию проблемы развития личности человека с химической аддикцией в научной литературе

1.1 Девиантное поведение. Аддикция как форма девиантности

Химическая аддикция является одной из форм девиантного поведения, так как представляет собой отклонение от нормального поведения человека, которое принято обществом и соответствует нормам общества.

Следовательно, при изучении химической аддикции необходимо определить понятие девиантного поведения.

В качестве основного источника поведенческих отклонений в психоанализе обычно принимаются постоянные конфликты между бессознательными влечениями личности, образующими в интернализованной форме структуру «Я» и «Сверх-Я». Нормальное развитие личности при этом предполагает формирование ряда оптимальных механизмов защиты, уравновешивающих сферы сознательного и бессознательного. В обратном же случае становление личности обретает аномальный характер [22].

В неофрейдизме в теориях таких исследователей как Д. Боулби, К. Хорни, Г. Салливан причины поведенческих отклонений рассматриваются в совокупности с дефицитом эмоциональных контактов, теплого общения с матерью в течение первых лет жизни. Отрицательную роль отсутствия ощущения безопасности и доверия в течение первого года жизни отмечает в анализируемой им этиологии отклонений и Э. Эриксон.

Согласно взглядам А. Адлера, являющегося представителем индивидуальной психологии, корни поведенческих отклонений у детей находятся в неспособности личности к установлению адекватного контакта с окружающей средой [15].

Поведенческий подход к пониманию трудностей в воспитании ребенка, представителями которого являются Е. Маш и Е. Тердал, переносит акцент в причинах трудновоспитуемости на неадекватность социального научения. Этот подход носит подчеркнут выраженный исследовательский характер, так

как его внимание сосредоточено на возможности исправления неадекватного поведения через организацию положительного подкрепления и коррекции отрицательных факторов отклоняющегося поведения.

Несколько похожим, но в то же время отличающимся от поведенческого можно назвать экологический подход, который трактует поведенческие проблемы, рассматривая их в качестве результата неблагоприятного взаимодействия между подростком и социальной средой. При этом сам ребенок рассматривается в этом подходе как субъект поведенческих нарушений в той степени, в какой он сам оказывается объектом нарушающих влияний со стороны социальной микросреды [16].

В рамках психодидактического подхода, его авторами Д. Халаганом и Дж. Кауфманом делается акцент на роли учебных неудач ребенка в формировании поведенческих отклонений. Представители этого направления определяют важную роль индивидуального подхода в педагогике и возможностей самовыражения индивида в учебной деятельности.

Достаточно популярным в современной психологии развития и возрастной психологии является гуманистический подход, который рассматривает поведенческие отклонения как последствие утраты личностью согласованности своих собственных чувств и невозможности нахождения смысла и самореализации в сложившихся воспитательных условиях [12].

Обобщая все вышеописанные теории формирования поведенческих отклонений, можно сделать вывод о том, что первоначальным для понимания такого поведения является понятие социальной нормы, понимающейся как граница, мера допустимого (как дозволенного так и обязательного) в поведении или деятельности индивидов, которые обеспечивают сохранение социальной системы.

Отклонения от существующих социальных норм могут быть [12]:

- положительные, характеризующиеся направленностью на преодоление действующих устаревших норм и стандартов и связанные с различными

аспектами социального творчества, способствующими качественным трансформациям социальной системы;

- отрицательные, имеющие дисфункциональное и дезорганизующее влияние на социальные системы и приводящие ее к разрушению, приводящие к возникновению негативных аспектов поведения.

Исследование девиантности можно классифицировать в соответствии с четырьмя основными позициями [34]:

1. Девиантность – это функция внутренних факторов, ее необходимо рассматривать в аспекте различий между индивидуумами.

2. Основными предпосылками девиантности являются различия в социальной структуре, при этом девиантность имеет индивидуальные компоненты, являющиеся результатом воздействия различных социальных структур, и средовые аспекты.

3. Девиантность формируется как следствие реакции критически настроенных лиц на определенное деяние.

4. Как девиантные, так и нормальные действия приобретаются в соответствии с законами моделирования, подкрепления и наказания. Те люди, которые проявляют девиантные паттерны поведения, получали ранее за такие поступки соответствующее вознаграждение.

Изначально объяснение причин девиантного поведения осуществлялось, исходя из биологических особенностей нарушителей норм, при помощи таких факторов как специфические физические черты, генетические отклонения, а также на основе психологических особенностей, например, наличия у индивида умственной отсталости, различных проблем психического характера. При этом психологическим механизмом формирования большинства девиаций объявлялось аддиктивное поведение, заключающееся в пагубном пристрастии личности к чему-либо, мотивацией которого является стремление человека убежать от сложностей реальной жизни, используя для этого алкоголь, наркотики, азартные игры [17].

Так, ярким примером такого объяснения можно считать возникшую в конце XIX века теорию итальянского врача Ламброзо, в которой он выдвигал идею о генетических предпосылках девиантного поведения. Согласно данной теории, криминальный тип личности является результатом деградации людей на ранних стадиях развития. Внешними признаками девиантного человека Ламброзо называет выступающую нижнюю челюсть, пониженную чувствительность к боли. В наше время к биологическим причинам девиантного поведения относят аномалии половых хромосом или дополнительные хромосомы [17].

Однако, биологические и психологические трактовки причин девиации не нашли однозначных подтверждений в современной науке, поэтому более достоверными на сегодняшний день принято считать выводы социологических и психологических теорий, рассматривающих происхождение девиации в широком общественном и внутриличностном контексте.

Среди наиболее распространённых социальных причин возникновения девиантного поведения в социологических теориях выделяют такие как зараженность, неопределенность нормативных формул мотивации, социальное неравенство, конфликт между нормами культуры, аномия, социальные катаклизмы, маргинализация.

Зараженность отрицательными нормами духовной культуры представителей средних и высших слоев населения от его низших слоев осуществляется во время межличностного взаимодействия индивидов, в результате случайных знакомств [21].

Неопределенность нормативных формул мотивации, которыми обычно склонны руководствоваться люди в сложных ситуациях — также одна из причин девиантного поведения. Стремление человека ставить интересы общества выше своих, подчинять свою деятельность устоявшимся в обществе стереотипам не позволяют достаточно адекватно мотивировать свои действия в конкретной ситуации [10].

Социальное неравенство - еще одна важнейшая причина девиантного поведения. В условиях социального неравенства бедные получают своего рода моральное право на девиантное поведение по отношению к богатым, выражающееся в разных формах экспроприации имущества.

Конфликт между нормами культуры данной социальной группы и общества также считается одной из причин девиантного поведения. В случае их столкновения в условиях определенного времени и места возникает девиантное поведение по отношению к принятым в обществе культурным нормам [28].

Аномия - причина девиации, выдвинутая Э. Дюркгеймом в ходе анализа причин самоубийств. Она заключается в девальвации культурных норм человека, его мировоззрения, ментальности, совести, обусловленная революционным развитием общества.

Важной причиной девиантного поведения являются социальные, техногенные и природные катаклизмы. Возникновение этих явлений нарушает психику людей, усиливают социальное неравенство, вызывают дезорганизацию правоохранительных органов, что становится объективной причиной девиантного поведения многих людей.

Маргинализация является одной из причин девиаций. Главным признаком маргинализации является разрыв социальных связей, при этом первоначально происходит разрыв экономических и социальных связей, затем духовных. Характерными чертами социального поведения маргиналов являются снижение уровня социальных ожиданий и социальных потребностей [40].

Еще одним из вариантов объяснения причин девиантного поведения является попытка бунта человека против культуры, общества и установленных целей и средств. Возникновение этой точки зрения связано с трансформацией ведущих ценностей в современном обществе, восприятие успеха и богатства как ведущих жизненных целей, в связи с чем человеку приходится или выбирать незаконные средства, или отказываться от цели, заменив ее

иллюзиями благополучия, такими как наркотики, алкоголь или другие «замещающие» средства.

Выделяют ряд взаимосвязанных факторов, обусловливающих генезис девиантного поведения, таких как индивидуальный, педагогический, психологический, социальный. Рассмотрим эти факторы более подробно.

Индивидуальный фактор функционирует на уровне психобиологических основ девиантного поведения, затрудняющих социальную и психологическую адаптацию индивида.

Педагогический фактор выявляется в виде дефектов школьного и семейного воспитания [33].

Психологический фактор объясняет девиантное поведение результатом неблагоприятных особенностей взаимодействия личности с ближайшим окружением который проявляется в активном избирательном его отношении к предпочитаемой среде общения, нормам и ценностям своего окружения, к психолого-педагогическим воздействиям семьи, школы, общественности к саморегулированию своего поведения.

Социальный фактор определяет возникновение девиантного поведения социальными, экономическими, политическими и т.п. условиями существования общества.

Таким образом, девиантность возникает уже в процессе первичной социализации человека. Ее формирование находится в тесной взаимосвязи с развитием мотивации личности, ее социальных ролей и статусов в прошлом и настоящем, противоречащих друг другу [12].

Видно, что понятие девиации является достаточно сложной системой, при этом одной из его форм является химическая аддикция, особенности и проявления которой рассмотрены далее.

1.2 Синдром химической зависимости: этапы развития, структура

Существуют разнообразные классификации алкоголизма и бытового пьянства, которые разработаны с учетом клинических, психологических, юридических и ряда других критериев. Широкое распространение в клинической психологии получили классификации, представленные такими авторами как А. А. Портнов и И. Н. Пятницкая (1973), а также А.Г. Гофман (1985) [11].

В классификации, предложенной А. А. Портновым и И. Н. Пятницкой выделены такие стадии болезни [17].

I стадия (начальная или неврастеническая). Для данной стадии свойственны возникновение влечения к алкоголю и непосредственному состоянию опьянения (психологическая зависимость), увеличение уровня толерантности (стойкости) к принимаемой дозировке алкоголя и формирование астенического симптомокомплекса (повышенной утомляемости, раздраженности, эмоциональной лабильности, бессонницы, раннего утреннего пробуждения и т.д.). На данной стадии происходит изменение формы употребления алкоголя (переход от эпизодичности к систематичности его приема). Важным симптомом первой стадии алкоголизма выступает психологическая зависимость от алкоголя, которая проявляется в том, что при вынужденном отказе или же невозможности употребить спиртной напиток у человека появляется раздражительность, гневливость, снижается уровень настроения и самочувствия. Самостоятельно на данной стадии больные достаточно редко обращаются к наркологу, в связи с тем, что не чувствуют себя больными. Если же человек не прекращает употреблять алкоголь, то в течение нескольких лет данная стадия переходит в среднюю стадию, которая знаменует собой разгар болезни.

II стадия (средняя или наркоманическая), сопровождается, как правимло, увеличением уровня влечения к алкоголю, трансформированной формой опьянения (наличие частых амнезий), и, главное - утратой контроля, возникновением абстинентного синдрома или псевдозапойным пьянством. На данной стадии формируются характерные и более выраженные психические

нарушения, а также поражение внутренних органов и нервной системы. Все это может проходить как самостоятельно, так и нарастать по тяжести и силе, превращаясь в достаточно серьезное осложнение при алкоголизме, такое как алкогольный делирий или белая горячка. Больные, обыкновенно, стремятся к опохмелению, которое позволяет отчасти снять или облегчить у них все симптомы похмельного синдрома. Также на данном этапе происходит формирование первых серьезных изменений личности – снижения памяти, сообразительности, эмоциональных нарушений. Эта фаза длится также в течение нескольких лет, и, если человек не прекращает употребления спиртных напитков и не умирает, то данная стадия трансформируется в конечную стадию алкоголизма, которая является апофеозом всех алкогольных нарушений.

III стадия (исходная или энцефалопатическая стадия) – это стадия, на которой у больного развивается запойное пьянство, значительно снижается уровень выносливости (толерантности) к алкоголю (что обусловлено массивными патологиями со стороны печени и поджелудочной железы), могут наблюдаться также более тяжелые нервно-психические нарушения, а также заболевания внутренних органов и нервной системы. Также на данной стадии часто возникают алкогольные психозы.

Так, к примеру, особенностью третьей стадии алкоголизма выступает огромное число разного рода соматических, психологических и неврологических и нарушений, среди которых можно отметить такие серьезные как гепатит и цирроз печени, воспаление и некроз поджелудочной железы, язвенная болезни желудка, дистрофия миокарда, алкогольная энцефалопатия, слабоумие, полиневриты. Длительность жизни больных на третьей стадии алкоголизма обычно не превышает 1-3 года [29].

Хроническое воздействие высоких дох алкоголя может привести к глубоким изменениям в морфологии, пролиферации и выживании нейронов. Например, в норме новые нейроны постоянно создаются из нейронных стволовых клеток в течение всей жизни организма. Однако у крыс,

злоупотребляющих алкоголем, пролиферация нейронных стволовых клеток и выживание нейронов во время воздействия алкоголя снижены. Методы визуализации также выявили существенное уменьшение объема многих структур мозга у людей-алкоголиков, особенно префронтальной коры и мозжечка, хотя длительные периоды воздержания, кажется, способствуют частичному восстановлению этих структурных дефицитов. Префронтальная и орбитофронтальная кора играют центральную роль в исполнительных функциях, таких как принятие решений. Соответственно, дефицит в этих областях мозга может повлиять на мотивационные нейронные сети, ухудшая способность организма подавлять импульсивное поведение, и, тем самым, содействуя дальнейшему употреблению алкоголя [5].

Нейропсихологические нарушения у больных алкоголизмом, а также у людей с высоким риском формирования зависимости от психоактивных веществ (ПАВ) активно изучаются с середины 70-х годов прошлого столетия.

В настоящее время к группе риска относится не только большое количество взрослых, которые имеют проблемы на работе, в личной жизни и т.п., но и дети, которые либо имеют тяжелые условия проживания, либо подвергаются слишком сильному влиянию со стороны родителей.

Рассмотрим лиц, которые относятся к группе риска, относительно детей.

Отклоняющееся поведение характеризует такое взаимоотношение личности с социумом, при котором наблюдается нарушенная социализация и отсутствие адекватного учета его способностей и желаний. В психологии отклоняющееся поведение ребенка является проявлением социальной дезадаптации и рассматривается чаще всего. В нашей стране социальной дезадаптации подвержены следующие категории детей [18]:

- дети, не посещающие школу, которых насчитывается в России около 7%, что составляет 1, 5 млн.;

- дети-сироты, общее число находится около 1 млн.;

- социальны сироты, которые представляют собой группу сирот, которым не хватает места в детских домах, поэтому они вынуждены жить с родителями, лишенными родительских прав;

- дети, употребляющие алкогольные и наркотические вещества;

- подростки, которым присуща сексуальная распущенность;

- подростки, совершающие противоправные действия.

Таким детям свойственен высокий уровень дезаптации.

Ранее были рассмотрены факторы, которые ведут к химической аддикции, рассмотрим их подробнее.

Биологические факторы выражаются в наличии неблагоприятных анатомических и физиологических особенностей ребенка, приводящие к затруднению социальной адаптации. Причем следует рассматривать не генетические факторы, а те, которые требуют не только медицинской, но и социально-педагогической коррекции. Например, нарушение слуха, речи, телесные повреждения и повреждения нервной системы. К биологическим факторам также относятся психофизиологические факторы и физиологические факторы. Первые заключаются во влиянии конфликтных ситуаций, экологии окружающей среды, которые приводят к аллергическим, соматическим и токсичным заболеваниям. Физиологические подразумевают дефекты речи, внешности, из-за которых возникает негативное отношение со стороны окружающих [10].

Психологические факторы подразумевают отклонения к нервной системе, пограничных состояниях, психопатии, психических заболеваниях, неврастении и других болезней, требующих вмешательства психолога в деятельность подростка.

На каждом этапе развития формируются какие-либо психические качества ребенка, которые отражают особенности влияния окружающей среды на его состояние. Следовательно, такие виды отклоняющегося поведения, как протест, группирование, отказы могут быть следствиями дисгармоничных и эмоционально зависимых семейных отношений. При несформированном

характере семьи нравственные ценности подростка начинают принимать насильственный и корыстный компонент [14].

Социально-педагогические факторы обусловлены дефектами семейного, школьного или общественного воспитания, основанные на половых и индивидуальных возрастных особенностях подростка, который приводят к накоплению негативного опыта в детстве, мешающего ранней социализации, и его последующем проявлении в подростковом возрасте.

Социально-педагогические факторы приводят к снижению академической успеваемости, несформированности интересов и мотивов, негативному отношению к домашнему заданию, школьному коллективу, что характеризует учебную дезадаптацию.

Учебная дезаптация может проходить следующие стадии развития [19]:

- учебная декомпенсация, которая характеризуется в появлении трудностей при изучении предметов, несмотря на сохранение интереса к процессу обучения;

- школьная дезаптация, заключающаяся в конфликтными отношениями с преподавателями и сверстниками, а также к школе вообще;

- социальная дезаптация характеризуется прогулами школьных занятий, увлечении спиртными напитками и наркотиками, резкое негативное отношение к сверстникам и учителям, приобщение к референтным группам;

- криминализация среды свободного времяпровождения.

В данном случае наблюдается несовершенство системы образования, подразумевающей, что подростка в возрасте 15 лет можно отчислить из школы, согласно закону Российской Федерации «Об образовании». Однако на основе Конституции Российской Федерации, подросток не может осуществлять трудовую деятельность в данном возрасте. Если учесть, что отчислению из школы часто подвергаются подростки из неблагополучных семей, то единственным средством заработка будет только криминальная деятельность подростка [12].

Психосоциальное развитие подростка полностью зависит от уровня благоприятных отношений внутри семьи, на основе чего можно выделить несколько уровней семейных взаимоотношений, влияющих на социализацию подростка и стиль его поведения [25]:

- дисгармоничному стилю присуще как гопиропека, с одной стороны, которая приводит к завышенной самооценке и неспособности подростка адекватно реагировать на критику, так и провоцирование ребенка на конфликтные ситуации, что приводит к разграничению правил для семьи и общества – в свою очередь, деградации личности подростка;

- в результате развода может наблюдаться нестабильный стиль воспитания, который влияет на формирование моральных устоев и ценностей подростка, а также его отношение к окружающему;

- асоциальный стиль приводит к употреблению алкоголя и применению наркотиков, т.к. родители не могут показать должного внимания и формировать осознание их негативного влияния на здоровый образ жизни.

Социально-экономические факторы обусловлены социальным разделением общества на богатых и бедных, в силу чего подростки чувствуют себя ущербными и изгнанными, поэтому либо могут преодолеть барьеры общения и занять должную социальную нишу, либо занимают низкий социальный статус.

Таким образом, мы можем сделать вывод о том, алкоголизм выступает хроническим рецидивирующим заболеванием, прогрессирующим и имеющим серьезные вредные последствия для здоровья. Развитие алкоголизма сопровождается частыми эпизодами интоксикации, повышенным влечением к спиртному, употреблением алкоголя несмотря на неблагоприятные его последствия, компульсии к поискам и употреблению спиртных напитков, утратой контроля в ограничении потребления алкоголя, возникновении негативного эмоционального состояния при его отсутствии. Сложность, противоречивость и многосторонность проблемы алкогольной зависимости, обуславливают стремление отечественных и зарубежных ученых продолжать

поиски новых диагностических и коррекционных методик для ее выявления и профилактики.

1.3 Психологическая характеристика лиц с алкогольной и наркотической зависимостью

Самое отрицательное и опасное воздействие спиртное оказывает на нервную систему. Первыми попадают под удар клетки головного мозга, что проявляется заторможенностью, употребивший спиртное начинает неадекватно воспринимать окружающую действительность. Нарушениям подвергаются рефлекторные функции, из-за чего появляется нарушение координации, двоение изображения, изменяется походка, становиться сложно выполнять точные движения и пр [12].

Под воздействием алкоголя происходит нарушение работы коры головного мозга, с чем и связано алкогольное опьянение. При этом также происходит повреждение [18]:

- затылочной части мозга (контролирующей вестибулярный аппарат), в связи с чем нарушается координация движений;

- работы «нравственного» центра, в результате чего погибают клетки, контролирующие поведение индивида, притупление чувства стыда, из-за чего человек становится гораздо более развязным и «раскрепощенным»;

- повреждение клеток, которые отвечают за процесс запоминания, наблюдается нарушение памяти, воспоминания становятся отрывочными, человек на следующий день может не вспомнить что он делал, где был.

Чрезмерный прием алкогольных напитков затрудняет и замедляет работу различных мозговых центров, провоцирует нарушение внимания и памяти. В результате указанных изменений, а также непрерывного влияния алкоголя на человека, формируются глубокие трансформации в его характере и психике. Кроме постепенного разрушения отдельных аспектов мыслительной и психической стороны деятельности мозга, алкоголь во всё

возрастающей степени приводит к отключению нормального функционирования мозга [21].

В системе деятельности людей с алкогольной зависимостью в активной фазе употребление доминирует патологически деформированный телесный уровень, в котором потребность в алкоголе перешла в разряд естественных потребностей. Личностный и социальный уровни психики с «управляемыми» и подчинены в структуре деятельности телесному уровню. Человек с такой структурой личности практически не способна оставаться длительное время трезвой.

В психологический портрет наркомана часто включаются такие черты, как оригинальность, высокая чувствительность, ранимость, противоречивость, образное, художественное восприятие мира, спонтанность, детская инфантильность, эмотивность, склонность к фантазированию, нестандартность и большое количество ассоциаций, т.е. черты, свойственные творческим людям. В то же время исследователи отмечают низкую способность к творчеству у наркозависимых, «деградацию» воображения, слабость мышления.

Закон об основах охраны здоровья граждан определяет лишь общие параметры оказания медицинской помощи гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих. Так закрепляется, что указанная помощь предоставляется в соответствующих медицинских организациях. Основные гарантии лицам, страдающим некоторыми опасными заболеваниями, предусматриваются специальными федеральными законами.

Российская Федерация является правовым государством (ч.1 ст. 1 Конституции РФ), в котором «человек, его права и свободы являются высшей ценностью» (ст. 2 Конституции РФ). Права и свободы человека и гражданина могут быть ограничены только федеральным законом в строго установленных случаях. К таким случаям ч. 3 ст. 55 Конституции РФ относит необходимость защиты, нравственности, здоровья, прав и законных интересов других лиц,

обеспечение обороны страны и безопасности государства. Наличие наркологического диагноза влечет для гражданина следующие негативные правовые последствия:

- не позволяет человеку заниматься определенными видами профессиональной деятельности, а также деятельностью, которая связана с источником повышенной опасности (Соответственно Переченя медицинских психиатрических противопоказаний для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности, утвержден Постановлением Совета Министров-Правительства РФ от 28 апреля 1993 г. № 377);
- является основанием для лишения родительских прав (ст. 69 Семейного кодекса РФ);
- дает основание суду для освобождения одного из супругов от обязанности содержания другого нетрудоспособного супруга, в случае, если его нетрудоспособность обусловлена приемом наркотических веществ (ст. 92 Семейного кодекса РФ);
- является медицинским противопоказанием в случае усыновления ребенка или же установления над ним опеки или попечительства (Перечень заболеваний, при наличии которых лицо не может усыновить ребенка, принять его под опеку (попечительство), взять в приемную семью, утвержден Постановлением Правительства РФ от 14 февраля 2013 года N 117);
- в случае осуждения больного наркотической зависимостью к лишению свободы может выступать как основание для назначения медицинской комиссией исправительного учреждения обязательного лечения (ч. 3 ст. 18 Уголовно-исполнительного кодекса РФ).

Таким образом, заболевание наркоманией значительно ограничивает права больного. Исходя из этого, можно сделать вывод, что оказание наркологической помощи, одним из элементов которой выступает установление диагноза наличия наркотической зависимости, должно иметь

четкую нормативно-правовую регуляцию на уровне федерального законодательства.

В соответствии со ст. 4 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан задачами законодательства РФ об охране здоровья граждан выступают:

- правовая регуляция деятельности в сфере охраны здоровья граждан;
- определение прав граждан и отдельных групп населения в сфере охраны здоровья;
- определение профессиональных прав, обязанностей и ответственности медицинских работников.

Роль нормативно-правовой регуляции в сфере оказания наркологической помощи формально можно подтвердить тем, что в уставах всех лечебно-профилактических учреждений сформулирована обязательность соблюдения требований действующего законодательства РФ.

Наркотическая зависимость оказывает серьезное негативное воздействие не только на физиологическое состояние организма человека, она также разрушает его психику, что в конечном итоге приводит к разрушению социальных взаимосвязей и социальной деградации. Исходя из этого, человек, страдающий наркотической зависимостью, начинает представлять опасность для общества: снижается уровень моральных качеств личности, повышается риск совершения уголовных преступлений и других правонарушений.

Как следствие изложенного, потребностью первого этапа выздоровления с интегральным развитием различных сфер социального уровня психики.

Естественно, что в каждой стране существуют свои специфические особенности оказания помощи данной категории населения, которые обусловлены национальным своеобразием, социально - экономическими факторами, психолого - педагогическими традициями, а также ориентацией на определенные научные подходы. Однако, можно выделить и некоторые общие

тенденции, которые необходимо учитывать при создании системы социальной реабилитации таких людей:

1) Максимально возможная интеграция человека в общественную жизнь.

2) Преимущество комплексной работы с семьей.

3) Направленность на раннюю диагностику наркотических зависимостей и их своевременное лечение.

4) Оказание индивидуального подхода к реабилитациии человека, страдающего наркотической зависимостью, в каждом конкретном случае.

Реабилитация – это восстановление и преобразование человека ранее психологически и физически зависимого в здорового члена социума. Во время реабилитации воздействие происходит на трех уровнях: биологическом, психологическом и социальном.

На биологическом уровне воздействия основными критериями являются:

- перестройка систем организма, участвующих в формировании потребности в наркотическом веществе;
- перестройка процессов в организме, которые формируют влечение;
- Работа на этом уровне – не медикаментозная, через укрепление здоровья больного путем обучения навыкам здорового образа жизни.

На психическом уровне воздействия основным критерием является патологическое влечение к наркотическому веществу.

Реабилитационная работа на этом уровне – тесное общение с зависимым в быту и в повседневной жизни с целью развития (роста) личности, развития ее творческого потенциала. Основные методы и средства:

- дискуссионные методы по развитию мышления, улучшения коммуникаций;
- коррекция образа «Я», повышение самооценки, мотивирование к жизни без употребления наркотических веществ, когда осознание своей

жизненной позиции направлено к самому себе в настоящем времени, воспитание ответственности за свои поступки и выбор определенных действий;

- апелляция к высшим ценностям и их активизация в процессе обсуждения таких проблем, как жизнь и смерть, свобода и изоляция.

Все это реализуется за счет, безусловно позитивного отношения к наркотически зависимому больному и искреннему его принятию.

На социальном уровне воздействия основным критерием является созависимость (под созависимостью понимают деформацию взаимоотношений и индивидуального поведения, ролевые сдвиги и искажение психоэмоционального состояния у членов социального окружения наркозависимого – супругов, детей, родителей и других), тип работы – социально-ориентированные мероприятия. Основные методы и средства:

- группы само- и взаимопомощи, простые формы и приемы поддержки;
- организация сети трудовых мастерских;
- организация встреч и духовных бесед со священнослужителями различных конфессий (представителями религиозных организаций), представителями различных общественных организаций, докторами, психологами и социологами и переориентации жизненных ценностей на общепринятые в обществе нормы морали.

Таким образом, социальная реабилитация человека с наркотической зависимостью предполагает поэтапную работу, направленную на искоренение причин, которые привели человека к употреблению наркотиков, формирование основ здорового образа жизни, трансформацию ценностей, возвращение личности в семейную и социальную систему в целом.

Для работы нами выделены четыре сферы психики: когнитивная, эмоциональная, мотивационно-антиципационная и поведенческая. Тогда развитие социального уровня психики заключается в развитии конкретно-наглядного мышления, интеллектуальных и социальных эмоций,

ситуационного прогнозирования, способности к целеустремленных действий. Также важным на первом этапе выздоровления является обеспечение социальной среды, которое принимает и поддерживает [31].

Однако прохождение первого этапа выздоровления оказывается недостаточно, поскольку неразвитый личностный уровень психики зависимого человека не дает возможности полноценно адаптироваться в социальной среде с поддержкой сообщества, следовательно, человек становится зависимым от социального окружения, что поддерживает ее. Так, например, некоторые члены АА заявляют, что настоящая жизнь происходит в АА, а другая часть общества для них чужая. Оставив общество, такие люди, как правило, со временем возвращаются к употреблению алкоголя [23].

Второй этап выздоровления заключается в обработке патологических изменений на социальном и телесном уровнях психики с постепенным развитием личностного уровня. Решение интро - и интра - личностных конфликтов дает человеку возможность жить полноценной социальной и внутренне-личностной жизнью, получать удовольствие от своей трезвости.

Следующим этапом в выздоровлении с развитие способностей к самоактуализации и дальнейшему саморазвитию. Этот этап предполагает дальнейшее развитие в когнитивной, эмоциональной, мотивационно-антиципационной и поведенческой сферах психики. Именно развитие системного взгляда на жизнь, возрождение нравственных чувств и сознания жизни, постановку более далеких целей. Этот этап личностного развития является обязательным для поддержания стабильной трезвости, поэтому немассовые необходимости включения его в систему обязательной терапии.

Согласно предложенной схеме весь процесс выздоровления от зависимости можно условно разделить на шесть фаз (по две фазы на каждый из описанных этапов) [4].

Фаза 1. Принятие ответственности за выздоровление. Эту фазу можно назвать вводной ко всему процессу выздоровления. Задача этой фазы в том, чтобы помочь зависимому [8]:

а) признать наличие проблем в своей жизни, связанных с употреблением алкоголя;

б) признать невозможность контроля над употреблением алкоголя;

в) признать наличие физиологических, психологических, социальных нарушений и личностных проблем;

г) признать необходимость самостоятельной работы и профессиональной помощи;

д) научиться воздерживаться от употребления алкоголя и освоить элементарные стратегии психической и социальной жизнедеятельности, направленные на поддержку трезвости.

Для работы с клиентами в рамках этой фазы больше всего подходят поведенческие и учебные виды психотерапии.

Фаза 2. Остановка компрессии. Цель этой фазы - развитие социального уровня психики и переход его в структуре личностной деятельности на ведущее место перед телесным уровнем. Задача этой фазы: обучение альтернативным конструктивным способам (копингам) социального поведения, ситуационного планирования, эмоционального реагирования и мышления. Положение о необходимости выработки адаптивных копингов на ранних сроках ремиссии (до 1 года) коррелирует с недавними отечественными исследованиями в этой области [25].

Для работы в этой фазе также используются в более углубленной форме психотерапевтические методы с первой фазы. При работе на первых двух фазах выздоровления не рекомендуется затрагивать внутриличностные конфликты и другие личностные проблемы клиентов, поскольку еще не сформированы внутренние ресурсы для их решения.

При прохождении первых двух фаз и выводе социального уровня психики в структуре деятельности на первый план, зависимый от алкоголя человек будет способен оставаться трезвым длительное время при правильной организации внешней среды для поддержания трезвости. Например, при регулярном посещении собраний взаимопомощи, прохождении личной или

групповой терапии и/или кардинальной смене системы взаимоотношений в семье.

Фаза 3. Эмоциональная стабилизация. Главная задача этой фазы- проработка и контроль актуальных внутреннеличностных и социальных конфликтов, деструктивных психологических паттернов. Задачами этой фазы являются: развитие навыков управления своим внутренним состоянием, адаптивное общения с людьми вне системы поддержки трезвости, поиск и получение удовольствия трезвой жизнью.

В системе психокоррекции могут применяться более глубокие методы работы, чем на первых двух фазах, например, работа с промежуточными убеждениями в пределах конгитивной терапии, работа с ролями и функциями и т.д. Однако на этом этапе следует избегать методов обращения к детству, глубокого погружения и проработки прошлого опыта.

Фаза 4. Социальная стабилизация. Цель этой фазы - осознание себя уникальной независимой личностью со своими собственными целями в жизни и осуществления этих целей (идентичность в теории Эриксона). Задачами этой фазы с обнаружения утечек психологических конфликтов, проработка детских проблем и т.д.

Существует мнение, что психологический подход к проблеме зависимости от наркотических веществ более комплексный чем в физиологии и медицине. Но фактически в психологии нет четкой грани между изучением причин возникновения зависимости, а также изучением механизмов ее возникновения и формирования. Большинство существующих школ и направлений рассматривают проблему наркомании в рамках своих теоретических построений, поэтому все решения и выводы, которые они предлагают, отличаются друг от друга.

Эффективность лечения и профилактики наркозависимости связана с адекватностью выявления причин, которые приводят к ее возникновению.
Среди наркоманов встречаются как психически неполноценные, так и высокоинтеллектуальные индивиды, люди с низким социально-

экономическим уровнем жизни, и с высоким, но с отсутствием актуальных потребностей.

В психотерапевтической практике используется работа с прошлым. При прохождении третьей и четвертой фаз выздоровления человек вырабатывает личностные навыки, которые полностью снимают необходимость в алкоголе. Она живет полноценной трезвой жизнью, не требует постоянной помощи среды, что поддерживает трезвость (хотя желательна профилактика в виде регулярных консультаций или личной терапии).

Фаза 5. Личностная идентификация. Целью этой фазы является осознание других людей и всего мира как независимых объектов со своими целями и стремлениями и построение взаимоотношений с ними, когда учитываются не только свои интересы, но и интересы других.

Лучшей модальностью психотерапии для этой фазы является психотерапия гуманистических школ, ставящих своими мишенями самоактуализацию, личностный рост, развитие конгруэнтности и т.д.

Фаза 6. Моральная стабилизация. Цель этой фазы - осознание смысла жизни, дальнейшее укрепление полноценных взаимоотношений с собой, окружением, на осмысленной основе.

Модальность психотерапии - с экзистенциальным уклоном, направленная на поиск смысловой основы жизни (как более далекой цели).

Прохождение двух последних фаз не является обязательным в системе восстановления личности, поскольку они направлены на решение задач, которые далеко выходят за пределы алкогольной зависимости, и касаются вопросов, которые в конечном итоге должна решать для себя каждый человек (как «зависимая» и «независимая»).

Следует заметить, что, хотя ИЛОР-модель (интегрированная личностно-ориентированная развивающая модель) выздоровления от алкогольной зависимости построена на иной теоретической основе, чем развивающая модель Пойти, но в результате приводит к схожим результатам. Это дает возможность сделать предположение, что разработка теоретических

обоснований и последовательность реализации ИЛОР-подхода (интегрированный личностно-ориентированный развивающий подход) имеют высокую валидность в терапии зависимостей [18].

Вывод: химическая зависимость выступает хроническим рецидивирующим заболеванием, прогрессирующим и имеющим серьезные вредные последствия для здоровья. Развитие алкоголизма сопровождается частыми эпизодами интоксикации, повышенным влечением к спиртному, употреблением алкоголя несмотря на неблагоприятные его последствия, компульсии к поискам и употреблению спиртных напитков, утратой контроля в ограничении потребления алкоголя, возникновении негативного эмоционального состояния при его отсутствии.

Проблема клинических проявлений и динамике употребления алкогольных и наркотических веществ на различных этапах заболевания (интоксикация, ААС, постабстинентное состояние, ремиссия, предрецидив) на сегодняшний день до сих пор остается, по нашему мнению, недостаточно изученным. Остаются открытыми для обсуждения вопросы, которые касаются психопатологических проявлений хронического алкоголизма, в частности, воздействия данного синдрома на специфику развития психических процессов личности. Динамическое изучение клинических особенностей хронического алкоголизма имеет особую роль, так как может позволить более дифференцированно разрабатывать терапевтические программы с учетом этапности заболевания, что в конечном итоге должно привести к формированию качественных и длительных ремиссий.

Следующим этапом после описания общей теоретической концептуализации модели выздоровления в разработке программы реабилитации, и ее практическая реализация в конкретных социальных условиях. Для этого важным является изучение личностных особенностей лиц, склонных к химическим аддицкиям, в частности, проявления и динамики формирования копинг-стратегий. Разрешение этой задачи будет представлено в следующих главах работы.

2. Копинг-стратегии. Ресурсы, профилактика, применение в реабилитации

2.1 Особенности копинг-стратегий

Понятие психологической защиты или защитного поведения (defensivebehavior) впервые появилось в 1894 году в работе З. Фрейда «Защитные нейропсихозы», а двумя годами позже более подробно описаны автором в «Этиологии истерии».

З. Фрейд, который рассматривал проблему поведения индивида, утверждал, что его действия не всегда поддаются контролю разума, наоборот, во многом подчиняются бессознательному. Психологические защиты используются человеком неосознанно. Их целью является снижение уровня эмоциональной напряженности и предупреждение дезорганизации поведения психики и сознания [4].

Позже механизмы психологической защиты рассматривали и другие авторы, пересматривающие и дополняющие это понятие с собственной точки зрения. Так, Э. Фромм представлял психологическую защиту как механизм бегства, обусловленный отказом от индивидуальности и Я. В соответствии с его позицией, это дает индивиду возможности для смягчения возникшего чувства тревоги, сделать более терпимой его жизнь в «невротическом» обществе [11].

К. Хорни, в отношении защитного поведения, вводит понятие «защитные стратегии», представляя их как невротические тенденции. Она определяет их как защиту, которая нужна индивиду для того, чтобы справиться с чувством беспомощности, недостаточного уровня безопасности и враждебности, сопутствующих базальной тревоге.

К. Роджерс характеризует психологическую защиту как реакцию организма человека на угрозу целостности структуры его «Я», как осознанное искажение переживаний, образовавшихся для минимизации несоответствия

между переживанием и структурой Я, или же для отвержения любых переживаний [12].

Р. Плутчик рассматривает психологические защиты как средства, которые помогают совладанию человека с базисными эмоциями. Центральная идея концепции автора сводится к тому, что механизмы психологической защиты выступают производными эмоций, а структура психологической защиты повторяет структурную модель эмоций [8].

Изучение психологической защиты в отечественной психологии началось на несколько десятилетий позже, чем за рубежом, в 60-е гг. XX века. В 1969 году в статье «О силе «Я» и психологической защите» В. Ф. Бассин говорит о важности и необходимости включения в сферу исследования отечественной психологии таких понятий, как «психологическая защита», «бессознательное», «сила Я». Основным в психологической защите, в соответствии с позицией Ф. В. Бассина, выступает перестройка системы установок, которая направлена на ликвидацию повышенного напряжения и предупреждение дезорганизации поведения [25].

Таким образом, в отечественной психологии защитные механизмы рассматриваются как самостоятельное и целостное понятие.

А. А. Налчаджян представляет защитные механизмы как схемы психических действий, которые приводят к адаптированности личности и преодолению фрустрирующей ситуации.

В. А. Ташлыков рассматривает явление психологической защиты в качестве механизма адаптивной перестройки восприятия и оценки, который «запускается» в ситуациях, когда индивид не способен адекватно оценивать чувство беспокойства, вызванное внутренним или внешним конфликтом, в результате чего не в состоянии справиться со стрессом.

И. М. Никольской и Р. М. Грановской психологическая защита определяется как специальная регулятивная система личностной стабилизации, которая ограждает сферу сознания от неприятных и

травмирующих переживаний, обусловленных внутренними и внешними конфликтами, а также с состоянием тревоги и дискомфорта.

Во второй половине XX века в понимании феномена психологической защиты возникли некоторые противоречия. Во-первых, традиционно психологические защиты интерпретировались как феномен, тормозящий личностное развитие. Но вместе с этим ученые указывали и на очевидность наличия позитивных эффектов психологической защиты в преодоления трудных жизненных ситуаций. Это противоречие повлекло за собой и следующее – понимание «нормы» функционирования защиты. В клинической психологии встала объективная потребность в здоровой активизации защитного поведения личности. Помимо этого, развитие психологии стресса указало на то, что в стрессовой ситуации человек не только переживает и действует в соответствии с этими переживаниями, но и способен преодолевать трудные обстоятельства, действовать целенаправленно и обдуманно [32].

В ходе разрешения этих противоречий был выделен новый феномен, который в большей степени был лишен негативного подтекста, нежели термин «психологическая защита». Речь идет о совладающем поведении, копинге (от англ. «соре» – успешно справиться, преодолевать). Понятие копинга включает в себя различные формы активности личности, оно охватывает практически все формы взаимодействия человека с задачами, носящими внешний или внутренний характер, а также с трудностями, которые нужно разрешить, избежать, взять под собственный контроль или смягчить.

Психологическая защита и копинг выполняют схожие функции – ограждение психики человека от чрезмерных эмоционально-когнитивных нагрузок и поведенческого разрешения затруднительных жизненных ситуаций, вызывающих стресс. Эти понятия являются близкородственными, но реализуются при помощи различных механизмов, и, соответственно, имеют свои отличия [32].

1. Целевая организация. Основной целью и психологической защиты, и копинга, является сохранение нормального уровня

жизнедеятельности и психического самочувствия индивида в различных трудных жизненных ситуациях. Но особенности разворачивания психологической защиты представляют собой набор частных случаев, реакцию на одиночный фактор угрозы или серию последовательных раздражителей, опасных для личностного благополучия. Эта реакция позволяет найти временное решение проблемы. Использование копинга же предполагает более развернутый план действий и перспективу решения проблемы как в социальном, так и личностном контекстах. Копинг обладает большими возможностями стратегического построения ответной реакции на вызов окружающей действительности. При этом решаемые данными феноменами задачи могут по содержания быть близки друг к другу. И психологическая защита, и копинг направлены на сохранение Я-концепции, на поддержание положительного непротиворечивого «чувства Я». Но достижение эффекта происходит разными путями: психологическая защита не позволяет негативной информации повлиять на внутренний образ Я. Копинг, в свою очередь, стремится к «реабилитации» личности в собственных глазах за счет проявления активности изменения смысла, содержания ситуации или отношения к ней.

Еще одна общая для обоих феноменов задача – обеспечение и поддержание субъективно благополучного состояния человека в неблагоприятной ситуации. Психологическая защита здесь направлена на стабилизацию ранее достигнутого, расцениваемого как позитивное состояние. Для этого она ограждает психику от травмы, обеспечивая внутренний комфорт и благополучие, но не принимает во внимание требования ситуации и вероятное последующее нарушение внешней адаптации. В отличие от защиты, копинг в равной степени направлен и на внутриличностное, и на социальное благополучие личности, при этом пути достижения у копинга более разнообразны.

2. Уровень регуляции. Психологическая защита функционирует на личностном уровне, обеспечивая ее целостность и сохранность, а ее целевым

объектом является внутреннее состояние, а не социальное проявление личности. Копинг напрямую связан с активностью личности, его инициативой, целенаправленными и сознательными действиями, направленными на разрешение ситуации.

3. Ресурсы. Психологическая защита опирается лишь на ресурсы личности, потенции психических процессов, в то время как для копинга, помимо перечисленных, добавляются также и ресурсы социального плана: поиск поддержки у других людей, общение, использование собственного социального статуса, чужой социальный опыт.

4. Степень осознанности. Психологическая защита изначально относится к неосознанным психологическим феноменам, деятельность которых не может контролироваться и произвольно изменяться. Копинг в этом отношении противопоставляется защите и считается сознательным и произвольным феноменом.

5. Связь между характером приспособления и содержанием проблемной ситуации. Работа копинга, и работа психологической защиты, подразумевает переработку поступившей в ситуации угрозы информации, но алгоритм дальнейших действий этих двух феномен различен.

Переработка информации в случае психологической защиты «включает» ряд бессознательных действий, способствующих блокированию, изменению смысла (от незначительного искажения вплоть до формирования прямо противоположного) или потере информации. Потенциально опасные для благополучия психики данные при этом «отсеиваются» и «обезвреживаются». Отсутствие ответной реакции на саму ситуацию, ведет к пассивному приспособлению личности, созданию внутреннего собственного образа, не соответствующего реальности, при этом попытки воздействия внешней реальности и ее перемены отсутствуют [5].

В случае копинга наблюдается активность, которая позволяет не только приспособиться к собственному внутреннему состоянию, но и к внешней проблеме. Решение трудной ситуации и восстановление

психическогобалгополучия в случае работы копинга подразумевает многошаговые интеракции между сложившейся ситуацией и личностью, применение различных поведенческих стратегий и когнитивных линий.

6. Основные виды. В основаниях типологии психических защит и копингов имеются существенные расхождения. Механизмы психологической защиты традиционно делят относительно степени зрелости, связей с другими психическими процессами, степени адаптивности, локализации времени возникновения в онтогенезе.

Копинги имеют несколько отличные основания для выделения их обобщенные кластеры: модальность стратегии, ориентация действия в системе «Я-ситуация», степень активности, про- или асоциальная направленность, конструктивность.

7. Структурные составляющие. При выделении элементов структуры психологических защит и копингов, ученые сходятся во мнении, что и то, и другой феномен имеют сложную, многосоставную организацию, в которую входят базовые составляющие и построенные на их основе системы. Так, З. Фрейд выделяет некоторые виды защит, направленные против определенных влечений. Несколько позднее при изучении феномена психологических защит исследователи пришли к пониманию того, что помимо отдельных защит существуют также и довольно сложные их стили, состоящие из отдельных механизмов и отражающие индивидуальные особенности защиты личности.

Что касается копингов, то тут авторы выделяют простые единичные копинги, определяемые и провоцируемые ситуацией, копинг-стратегии – как достатчоно четкие образы действий в проблемной ситуации и копинг-стили – объединенные общими характеристиками группы копинг-стратегий. Также копинги условно подразделяют на два уровня организации совладания со стрессом: отдельные стратегии, которые определяют конкретику действия в трудной ситуации (например, поиск социальной поддержки, отвлечение и др.) и обобщенные диспозиции совладающего поведения, которые детерминируют

общую направленность активности в поле взаимодействия личности и проблемной ситуации (контроль, блокирование информации, преобразование, изменение дистанции).

8. Методы коррекции. Некоторые исследователи и психологи-практики указывают на возможность разрешения проблемы коррекции психологических защит и копингов. Так, цель психотерапии в классическом психоанализе заключается в «ломке» защиты, осознания человеком существующих конфликтов, выражение подлинного чувства и поощрение его «выхода наружу» [5].

В. Райх для снятия психологической защиты, или как он ее называл, «брони характера», необходимо применение техники телесной терапии. По его мнению, применение этой техники дает более ощутимый результат, нежели простое «проигрывание», применяемое в психоанализе. Разработанные в гештальт-терапии упражнения для снятия психологической защиты основаны на критической ситуации, искусственно создаваемой в группе, которая позволяет человеку в атмосфере безопасности раскрыть свое Я. Так или иначе, суть всех методов работы с психологическими защитами сводится к тому, чтобы постепенно, «мелкими шажками» изменять понимание и прогноз ситуации человеком, подвести его к реалистичной оценке происходящего [12].

Копинг – феномен осознаваемый, поэтому в работе с копингами применяются менее глубокие технологии. В основном они сводятся к обучению человека определенным поведенческим актам, формированию когнитивных схем или освоению техник отреагирования эмоций для разрешения проблемной ситуации и эффективного взаимодействия.

Таким образом, несмотря на то, что психологическая защита и копинг являются родственными феноменами, они имеют ряд определенных характеристик, позволяющих их дифференцировать. Так, защита и копинг имеют разную целевую направленность, уровень регуляции, степень осознанности, характер приспособления, взаимодействие с проблемной ситуацией, структурные элементы возможности коррекции [36].

Признавая важную роль механизмов психологической защиты в процессе социальной адаптации личности, многие авторы, тем не менее, поддерживаются точки зрения, согласно которой действие психологической защиты неоднозначно – при определенных условиях она способна препятствовать развитию личности и самореализации в социальном мире.

З. Фрейд первым обратил внимание на патогенную роль защитных механизмов. По его мнению, в процессе развития Я механизмы, которые призваны служить предотвращению опасности, могут обернуться самой опасностью. За их услуги Я приходится платить слишком высокую цену: защитные механизмы возлагают ограничения на Я, требуют значительных энергетических затрат на их поддержание, становятся тяжелым бременем для психики. Единожды оказав Я услугу, они не пропадают, а закрепляются в нем и делаются постоянными способами реагирования, присущими характеру человека и повторяющимися в течение всей его жизни, как только ситуация, подобная первоначальной, возникает вновь. Защитные механизмы делаются своего рода инфантилизмами, оберегающими Я взрослого человека от опасностей, которых уже не существует в действительности. Более того, человек начинает искать такие ситуации, которые могли бы заменить первоначальную опасность, чтобы оправдать тем самым его фиксацию на ранее использованных и ставших привычными ему способах реагирования. Поэтому, замечал З. Фрейд, можно понять, как защитные механизмы, постоянно ослабляя Я и все более отчуждая его от внешнего мира, готовят вспышку невроза [36].

Функции психологических защит, с одной стороны, возможно рассматривать как положительные, так как у они предохраняют человека от отрицательных переживаний, восприятия психотравмирующей информации, устраняют тревожность и помогают в сохранении в ситуации конфликта самоуважения. С другой стороны, они могут расцениваться и как негативные. Влияние защит, как правило, является недолговременным и продолжается до тех пор, пока нужна пауза для новой активности. Однако если состояние

эмоционального благополучия человека фиксируется на длительный период и, по сути, заменяет активность, то психологический комфорт личности достигается ценой искажения восприятия реальности, или самообман.

Преобладание в структуре личности определенного защитного механизма может приводить к формированию определенных черт и акцентуаций характера. Одновременно с этим, люди, имеющие определенные свойства, склонны к использованию конкретных защитных механизмов, которые, как средство искажения реальности свойственны конкретным серьезным личностным расстройствам. Наиболее полно указанный тип взаимосвязи был представлен в исследованиях таких авторов как Г. Келлерман и Р. Плутчик, предложивших специфическую сеть взаимосвязей между разными личностными уровнями: эмоция, защита и диспозиция [19].

Таким образом, психологические защиты, помогающие личности строить барьеры на пути неблагоприятных влияний, способных нанести ущерб самооценке человека, вместе с тем обладают и негативным влиянием на личностное развитие человека. Помещая его в иллюзорный мир спокойствия и благополучия, они блокируют информацию о реальных обстоятельствах, не давая таким образом влиять на реальную действительность.

2.2 Роль копинг-стратегий в реабилитации

Проблема оказания помощи лицам, страдающим наркотической зависимостью, существует достаточно давно. Однако, организованной системы оказания помощи таким лицам не существовало вплоть до второй половины 20 века, когда активно начали открываться специализированные заведения для больных, страдающих наркологическими заболеваниями.

Естественно, что в каждой стране существуют свои специфические особенности оказания помощи данной категории населения, которые обусловлены национальным своеобразием, социально - экономическими факторами, психолого - педагогическими традициями, а также ориентацией на определенные научные подходы. Однако, можно выделить и некоторые общие

тенденции, которые необходимо учитывать при создании системы социальной реабилитации таких людей:

5) Максимально возможная интеграция человека в общественную жизнь.

6) Преимущество комплексной работы с семьей.

7) Направленность на раннюю диагностику наркотических зависимостей и их своевременное лечение.

8) Оказание индивидуального подхода к реабилитациии человека, страдающего наркотической зависимостью, в каждом конкретном случае.

Реабилитация – это восстановление и преобразование человека ранее психологически и физически зависимого в здорового члена социума. Во время реабилитации воздействие происходит на трех уровнях: биологическом, психологическом и социальном.

На биологическом уровне воздействия основными критериями являются:

- перестройка систем организма, участвующих в формировании потребности в наркотическом веществе;
- перестройка процессов в организме, которые формируют влечение;
- Работа на этом уровне – не медикаментозная, через укрепление здоровья больного путем обучения навыкам здорового образа жизни.

На психическом уровне воздействия основным критерием является патологическое влечение к наркотическому веществу.

Реабилитационная работа на этом уровне – тесное общение с зависимым в быту и в повседневной жизни с целью развития (роста) личности, развития ее творческого потенциала. Основные методы и средства:

- дискуссионные методы по развитию мышления, улучшения коммуникаций;
- коррекция образа «Я», повышение самооценки, мотивирование к жизни без употребления наркотических веществ, когда осознание своей

жизненной позиции направлено к самому себе в настоящем времени, воспитание ответственности за свои поступки и выбор определенных действий;

- апелляция к высшим ценностям и их активизация в процессе обсуждения таких проблем, как жизнь и смерть, свобода и изоляция.

Все это реализуется за счет, безусловно позитивного отношения к наркотически зависимому больному и искреннему его принятию.

На социальном уровне воздействия основным критерием является созависимость (под созависимостью понимают деформацию взаимоотношений и индивидуального поведения, ролевые сдвиги и искажение психоэмоционального состояния у членов социального окружения наркозависимого – супругов, детей, родителей и других), тип работы – социально-ориентированные мероприятия. Основные методы и средства:

- группы само- и взаимопомощи, простые формы и приемы поддержки;
- организация сети трудовых мастерских;
- организация встреч и духовных бесед со священнослужителями различных конфессий (представителями религиозных организаций), представителями различных общественных организаций, докторами, психологами и социологами и переориентации жизненных ценностей на общепринятые в обществе нормы морали.

Таким образом, социальная реабилитация человека с наркотической зависимостью предполагает поэтапную работу, направленную на искоренение причин, которые привели человека к употреблению наркотиков, формирование основ здорового образа жизни, трансформацию ценностей, возвращение личности в семейную и социальную систему в целом.

Копинг-стратегии играют большую роль в реабилетации личности, так как позволяют ей преодолевать жизненные трудности. В данном случае лицам, которым свойственна химическая аддикция, свойственно большое количество жизненных трудностей, как [11]:

- непонимание со стороны общества;

- неуспехи на работе;

- отсутствие семьи;

- часто бывает такое, что человек «спивается» до того, что теряет квартиру, машину и все, что у него есть;

- нисходящая последовательность, ведущая к получению статуса «бомжа»;

- смерть.

Видно, что лицам, которые имеют склонность к химической аддикции, необходима специальная психологическая помощь, при этом применение копинг-стратегий позволяет решить большое количество различных трудностей.

Совладание – это процесс, в котором на разных его этапах субъект использует различные стратегии, иногда даже совмещая их. При этом не существует таких стратегий, которые были бы эффективными во всех трудных ситуациях. Одна и та же ситуация может требовать различных стратегий, а совершенно разные ситуации – одинаковых. Так, к примеру, эмоциональная экспрессивность в выражении чувств или эмоциональная сдержанность могут выражать хорошее совладание и коммуникативную компетентность в одних случаях, но отсутствие совладания и коммуникативную беспомощность в других.

В целом, копинг-поведение предполагает сформированное умение использовать определенные средства для преодоления жизненных проблем. Это направленная форма поведения на приспособление к различным обстоятельствам [26].

С точки зрения В.А. Бодрова, предназначение «coping» заключается в том, чтобы лучше адаптировать человека к требованиям ситуации. Таким образом, «копинг» – это стремление к решению проблем, которое предпринимает человек, если требования имеют огромное значение для его самочувствия, так как эти требования активизируют адаптивные механизмы.

Совладание личности с жизненными трудностями – многоаспектный феномен. Е.А. Белан отмечает, что одной из главных характеристик совладания является его соотнесенность с особого рода ситуациями осуществления жизнедеятельности личности, в целом обозначаемыми как трудные (значимые).

Если под трудными ситуациями понимать такие ситуации, параметры которых переоцениваются личностью в сторону повышения их субъективной значимости (что ведет к превышению обычных адаптивных возможностей субъекта), то главной функцией совладания будет выступать устранение (или, по крайней мере, уменьшение) рассогласования, неизбежно возникающего во взаимодействии субъекта с жизненными трудностями. Тем самым, совладание может быть классифицировано как разновидность реализации личностью своих адаптивных возможностей, своеобразная форма взаимодействия субъекта с окружающим миром [5].

Внутренняя динамика поведения личности существует в комплексе с динамикой его окружения, поскольку не только внутри, но и вне субъекта содержатся истоки и ориентиры его поведения. Большинство психологов, работающих в рамках гуманистического направления, опираются на положение о том, что испытания, которые предлагает нам жизнь, зависят не только от внешних условий. Предпосылкой к тем или иным возникающим трудностям становятся наши внутренние установки, переживания, наше отношение к себе и другим людям. По сути, внутренние условия определяют то, как мы формируем свой жизненный опыт. Если в самосознании человека это опыт бесконечных обид, потерь и поражений, то ему бывает достаточно трудно выбрать успешную стратегию поведения [18] .

Жизненный опыт, воспринимаемый самим человеком как позитивный, дает ему больше шансов справиться с возникшей жизненной проблемой. Собственно, особенностью людей с осознанно позитивным жизненным опытом является восприятие возникающих трудностей не как проблемы, а как возможности открыть в себе новые резервы, силы, способности.

Е.А. Белан выделяет следующие формы совладающего поведения [10]:

- разрешение проблем;
- поиск социальной поддержки;
- избегание.

Успешность преодоления трудных жизненных ситуаций зависит от личностных ресурсов и тех возможностей, которые предоставляет человеку среда. Один из важнейших ресурсов среды – это социальная поддержка. Среди личностных ресурсов выделяются адекватная «Я – концепция», позитивная самооценка, оптимистическое мировоззрение, способность устанавливать межличностные связи и т.д.

Изучение совладающего поведения в зарубежной психологии включает в себя несколько направлений: изучаются когнитивные механизмы совладания, анализируются стрессовые ситуации и влияние личностных переменных на исход ситуации. В зарубежных исследованиях выделяется два основных стиля реагирования (копинг-поведения) [25]:

1. Проблемно-ориентированный копинг (направлен в большей степени на рациональный анализ проблемы, планирование разрешения трудной ситуации; проявляется в самостоятельном анализе случившегося, поиске дополнительной информации).

2. Субъективно-ориентированный копинг (в большей мере запускается механизм эмоционального реагирования на стрессовую ситуацию, поведение не сопровождается конкретными действиями по разрешению ситуации).

В отечественной науке термин «совладающее поведение» появился в 90-е годы, когда исследование переживаний и поведения людей в стрессе проводились в рамках психологии труда. Большое внимание уделялось изучению влияния стрессовых факторов на работоспособность и надежность производителей, а также на поведение человека в экстремальных ситуациях, связанных с профессиональной деятельностью.

Динамика копинг-поведения детально была изучена Л.И. Анцыферовой в русле ее ценностно-смысловой теории. Автор отмечает, что травмирующие

события всегда неожиданны и человек поначалу просто цепенеет на сенсорном уровне, и только через некоторое время становится способен оценивать ситуацию когнитивно и предпринимать усилия по ее разрешению. От того, каким образом человек проходит этот процесс, зависит выбор стратегии совладания со стрессовым событием [11].

Главными отличительными чертами (признаками) совладающего поведения являются осознанность (отличие данного вида поведения от реактивного и защитного поведения), гибкость в противовес жесткости, ригидности.

Понятие выбора человеком способа действий в ситуации стресса является критериальным для специфики этого вида поведения и ключевым для понимания осознанности совладающего поведения.

В своем теоретико-эмпирическом исследовании Т.Л. Крюкова наиважнейшим критерием трудности стрессовой или трудной ситуации, инициирующей выбор копинг-поведения, отмечает ее субъективное восприятие человеком. Эффективность совладающего поведения, его сформированность зависит от множества составляющих: личного опыта субъекта, индивидуальных личностных особенностей, социального окружения, социальных установок и др.

У. Джемс, американский психолог, занимался рассмотрением «Я - концепции» в отношении с подростками в течение продолжительного времени, на основе которых обосновал свои повседневные и неконтролируемые наблюдения за стратегиями поведения, сознательными переживаниями самого себя. Причем на первом этапе его деятельности он использовал собственную модификацию метода интроспекции.

У. Джемс высказал предположение о том, что на образ «Я» и поведенческий компонент значительное влияние оказывает самоуважение, представляющее собой характеристику личности, заключающуюся в наличии отношения к себе исходя из достигнутых целей [5].

У. Джемс предложил формулу, согласно которой можно просчитать степень самоуважения на основе имеющегося успеха и уровня притязаний:

$$самоуважение = \frac{успех}{притязания}$$

Согласно данной формуле, для увеличения степени самоуважения индивиду стоит прилагать значительные усилия и работать в течение долгого времени. Тогда при возрастании числителя возрастет показатель самоуважения. Существует другой путь: оставить уровень успеха без изменения, но уменьшить притязания, что также не является не легкой задачей.

Вывод: следует отметить, что, несмотря на имеющиеся в психологической науке исследования копинг-поведения личности, до сих пор существуют трудности в его полномерном объяснении. В частности, исследователей волнуют вопросы эффективности копинга, продолжительности его действия, роли личности в этом процессе.

Таким образом, анализ исследований по проблеме совладающего поведения личности позволяет понимать копинг-поведение (совладающее поведение) как постоянно изменяющиеся когнитивные и поведенческие усилия с целью управления внешними и внутренними стрессовыми факторами.

3. Эмпирическое исследование особенностей копинг-стратегий у лиц с химической зависимостью

3.1 Организация и методы исследования

Проведенное нами теоретическое исследование понятия «копинг стратегии», а также трансформация личности при химической зависимости продемонстрировал, что сущность данных качеств, обуславливают потребность в эмпирической проверке возможных различий в проявлении копинг-стратегий, защитных механизмов у лиц склонных к аддикциям, которые были выделены нами в ходе теоретического анализа.

Для проверки выдвинутой гипотезы нами был выделен ряд эмпирических ***задач:***

1. Осуществить подбор методов исследования.
2. Сформировать выборку исследования.
3. Собрать эмпирический материал о проявлении копинг-стратегий в выборке испытуемых.
4. Сравнить динамику проявления копинг-стратегий в выборке испытуемых, на разных этапах в ходе реабилитационной программы.
5. Осуществить математико-статистическую обработку полученных данных и проанализировать полученные результаты.
6. Сформулировать выводы на основании проведенного исследования.

База и выборка исследования. Исследование было проведено на базе реабилитационного центра (Томская область). Выборку исследования составили 30 человек, пациентов центра. Возраст испытуемых составил 27 – 45 лет.

3.2 Результаты диагностики копинг-стратегий у алко- и наркозависимых

Рассмотрим результаты, полученные нами в ходе диагностики испытуемых по выбранным методикам. По тесту «Методика диагностики стресс-совладающего поведения, результаты были такими:

Склонность к проявлению стратегии «Разрешение проблем» демонстрируют 20%, поиск социальной поддержки –35%, стратегию избегания демонстрируют 45%. Представим полученные результаты на рисунке 3.1.

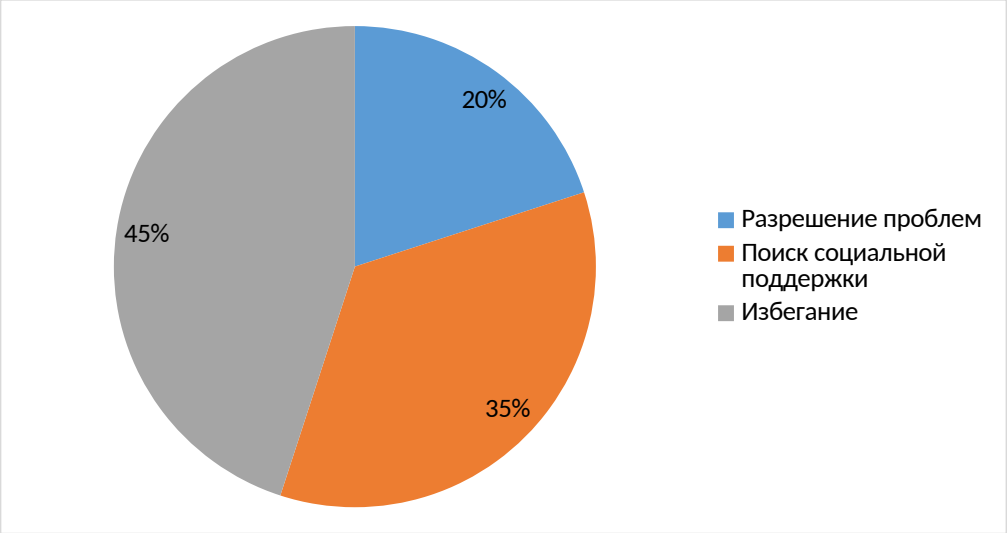

Рисунок 3.1 – Преобладающие копинг-стратегии испытуемых на констатирующем этапе

Представим результаты, полученные в ходе диагностики испытуемых по методике «Способы совладающего поведения» Лазаруса.

Выраженные (высокие) значения были получены по таким шкалам как конфронтационный копинг (45%), бегство-избегание (55%). В то же время, очень низкие значения были получены по таким шкалам как принятие ответственности (12%), самоконтроль (15%), планирование решения проблемы (12%). Значения по таким шкалам как дистанцирование (30%), поиск социальной поддержки (35%), положительная переоценка (27%)

оказались преимущественно нормативными (умеренными). Представим полученные результаты на рисунке 2.2.

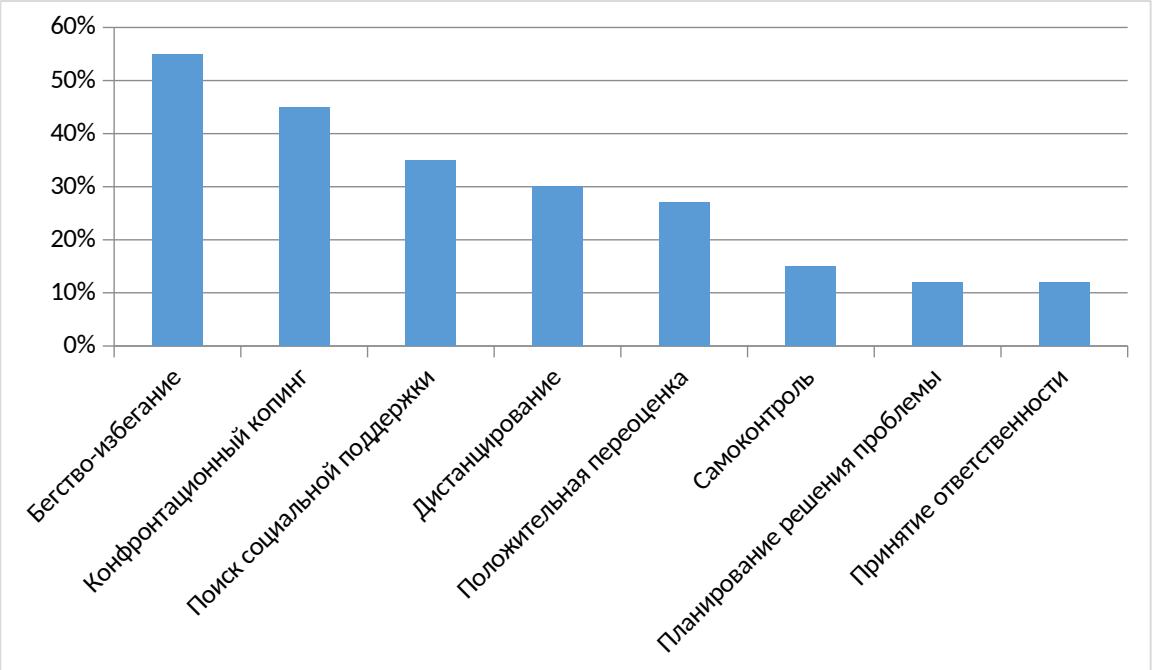

Рисунок 3.2 – Особенности проявления защитных механизмов в экспериментальной выборке

Таким образом, проведенная диагностика показала, что в выборке испытуемых для большинства испытуемых свойственно проявление неконструктивных стратегий, что может рассматриваться нами как причина формирования алкогольной и наркотической зависимостей.

3.3 Характеристика динамики копинг-стратегий в процессе реабилитации от химической зависимости

Реабилитационные центры для алко- и наркозависимых появились в европейских странах в 60-70-х годах. За время существования центрами реабилитации испробовано множество методик, появились новые виды терапии. Но суть всех их сводится к одному общему знаменателю: попадая в наркологический реабилитационный центр, человеку предстоит жить в замкнутом обществе, общаться с другими пациентами, обретая заново навыки построения отношений, обучаясь брать на себя ответственность за свои поступки, быть самостоятельным в быту. Любой центр реабилитации и

восстановительной медицины имеет свой устав и правила, которые являются достаточно жёсткими, но обязательными для исполнения.

Рассмотрим, какова же роль реабилитационных центров в социальной реабилитации лиц, страдающих алкогольным или наркотическим заболеванием, и членов их семей.

Реабилитационный центр для наркозависимых – учреждение закрытого типа, где проводится работа с пациентом, чтобы полностью исключить возможность возврата к употреблению наркотиков. На данный момент в России и непосредственно в Томске действует достаточное количество подобных центров. Как правило, данные учреждения предлагают комплексные программы, где первым этапом является клиника, которая необходима для снятия симптомов зависимости и далее центр для наркозависимых где ведётся работа с психологическим влечением к употреблению алкоголя и наркотиков. Таким образом, сегодня реабилитационные центры, которые открыты по всей территории Российской Федерации, предлагают комплексную помощь в борьбе с проблемами алкоголизма и наркомании. Программа лечения и реабилитации обычно включает в себя:

1. Детоксикацию с индивидуальным подбором препаратов.
2. Мотивацию на комплексное лечение.
3. Помощь психологов.
4. Помощь психиатров.
5. Знакомство с организацией.
6. Доставку пациента в центр (при необходимости).
7. Выявление причин зависимости.
8. Социальную адаптацию и сопровождение.

Крайне важную роль играет в организации работы центров взаимодействие с семьей больного наркотическим заболеванием. Близкие родственники обязаны участвовать в программе реабилитации и работать с психологом центра, так как наркомания – это семейное заболевание, а

родственникам необходимо, учиться противостоять, манипуляциям зависимого человека.

В процессе прохождения реабилитационной программы мной была проведена диагностика копинг-стратегий в выборке испытуемых.

На контрольном этапе среди испытуемых выборки склонность к проявлению стратегии «Разрешение проблем» демонстрируют 55%, поиск социальной поддержки –35%, стратегию избегания демонстрируют 10%. Представим полученные результаты на рисунке 3.3.

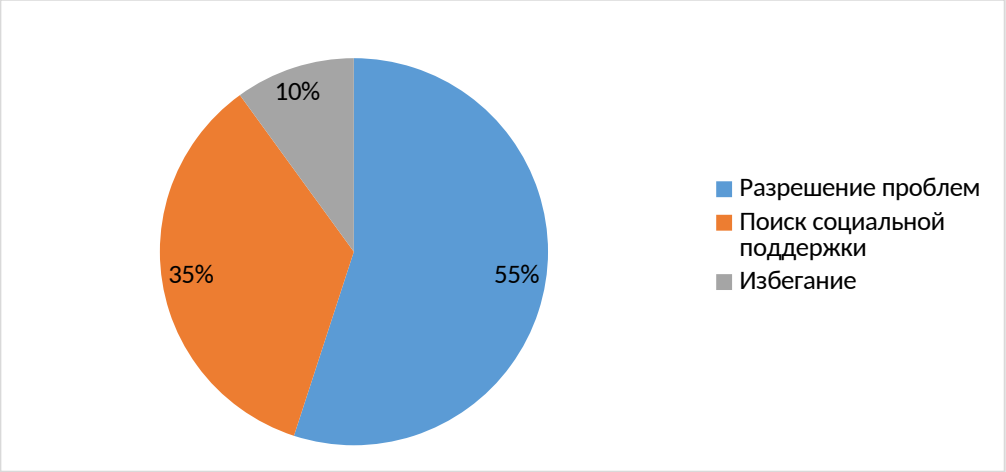

Рисунок 3.3 – Преобладающие копинг-стратегии в выборке на контрольном этапе исследования

Сравним полученные результаты в диаграмме (рисунок 3.4).

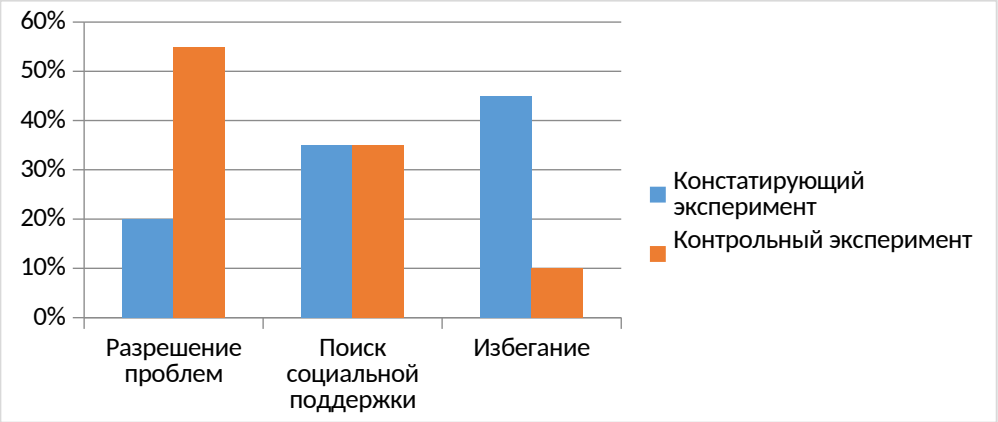

Рисунок 3.4 – Сравнение результатов диагностики преобладающих копинг-стратегий в выборке на контрольном этапе исследования

Как видно из рисунка 3.4 люди, на констатирующем этапе исследования испытуемые были склонны использовать преимущественно стратегию

избегания, в то время как после реабилитации преимущественной стратегией для многих стало разрешение проблем. В то же время, склонность к поиску социальной поддержки имеет в процессе реабилитации одинаковую степень выраженности.

Для проверки значимости выявленных различий нами была произведена математико-статистическая обработка полученных данных и выполнен расчет t-критерия Стьюдента. Результаты расчета представлены в таблице 3.1.

Таблица 3.1

Результаты установления значимости различий в проявлении преобладающих копинг-стратегий в процессе реабилитационной программы

Шкала методики	Среднее значение (1 группа)	Среднее значение (2 группа)	t-эмпир.
Разрешение проблем	15	24	**3,11**
Поиск социальной поддержки	19	17	0,34
Избегание	26	15	**4,0**

Как видно из таблицы 2.1, были выявлены статистически значимые различия в особенностях проявления таких стратегий как «разрешение проблем» и «избегание», в результате чего мы можем сделать вывод о том, что испытуемые в начале реабилитации были склонны склонны к использованию стратегии избегания, в то время как в завершении реабилитации некоторой части из них уже свойственно использование стратегии разрешения проблем.

По второй методике на завершающем этапе высокие значения были получены по таким шкалам как положительная переоценка (45%), самоконтроль (47%), планирование решения проблемы (50%), принятие ответственности (55%). В то же время, преимущественно низкими оказались показатели по таким шкалам как бегство – избегание (20%),конфронтационный копинг (23%). Показатели по таким шкалам как поиск социальной поддержки (40%), дистанцирование (40%) оказались у

большинства испытуемых средними. Представим полученные результаты на рисунке 3.5.

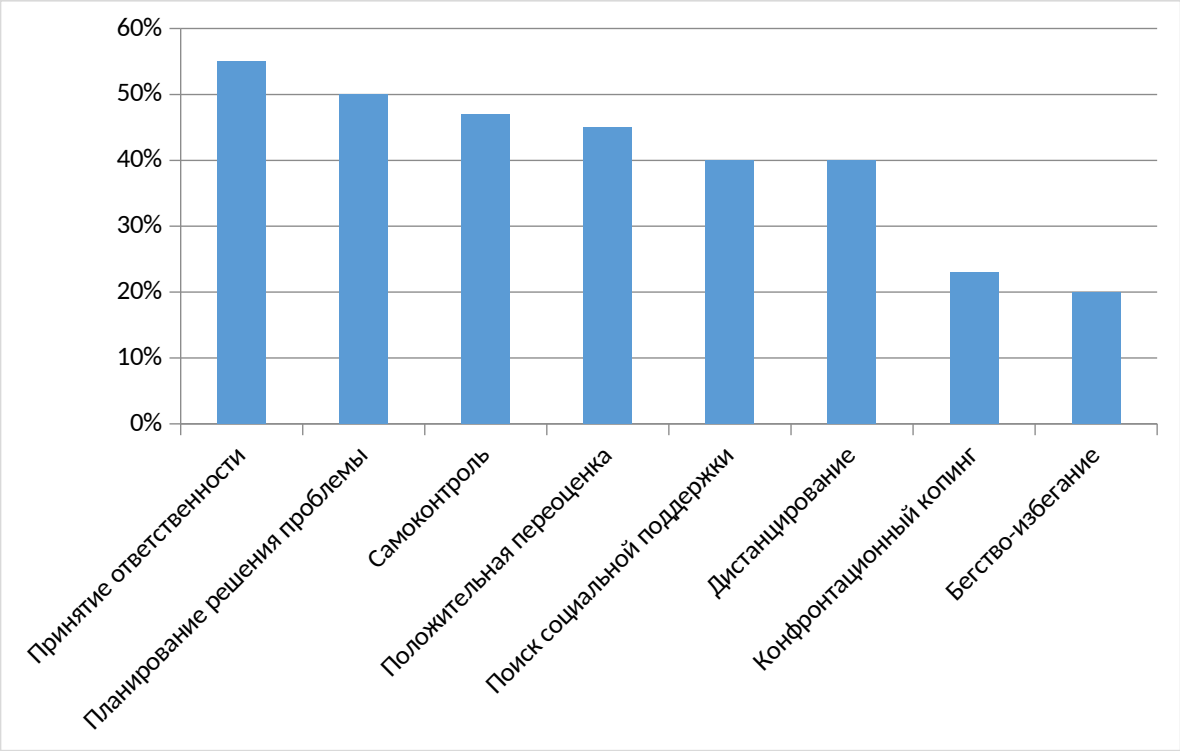

Рисунок 3.5 – Особенности проявления защитных механизмов в выборке на контрольном этапе исследования

Таким образом, сравнив показатели у испытуемых, в процессе реабилитации, мы можем сделать вывод о том, что они различаются между собой: испытуемые, прошедшие реабилитацию, используют в своем поведении стратегии принятия ответственности, решения проблем, самоконтроля, в то время как для испытуемых в начале реабилитации свойственно использование конфронтационного копинга и бегства-избегания. Для проверки значимости выявленных различий нами была произведена математико-статистическая обработка полученных данных и выполнен расчет t-критерия Стьюдента. Результаты расчета представлены в таблице 3.2.

Таблица 3.2

Результаты установления значимости различий в проявлении преобладающих защитных механизмов в процессе реабилитации

Шкала методики	Среднее значение (1 группа)	Среднее значение (2 группа)	t-эмпир.
Принятие ответственности	4	13	**3,22**
Планирование разрешения проблемы	3	10	**3,76**
Самоконтроль	5	11	**2,91**
Положительная переоценка	6	12	**2,75**
Поиск социальной поддержки	14	15	1,98
Дистанцирование	4	3	1,54
Конфронтационный копинг	16	7	**3,92**
Бегство-избегание	14	5	**4,02**

Вывод: таким образом, из таблицы 2.2 мы можем увидеть, что существуют статистически значимые различия в выборках испытуемых по всем шкалам, кроме таких как «поиск социальной поддержки» и «дистанцировние», что свидетельствует о том, что данные защитные механизмы свойственны испытуемым на каждом из этапов исследования в равной степени. В то же время, следует отметить, что результаты по данной методике в целом равнозначны результатам, полученным по предыдущей методике, на основании чего мы можем сделать вывод о том, что действительно существуют различия в использовании защитных механизмов и копинг-стратегий у людей с химической зависимостью до и после прохождения реабилитационной программы.

Заключение

Для изучения особенностей копинг-стратегий у больных с химической зависимостью нами был проведен анализ литературы, который позволил выделить подходы к изучению причин и симптомов химических зависимостей, его значения в формировании определенных личностных качеств, а также психологических защит и копинг стратегий, их видов и факторов формирования; проведен анализ соотношения понятий «психологическая защита» и «копинг»; выявлена позитивная и негативная роли защитных механизмов в развитии личности, в частности, при химической зависимости. Нами было установлено, что алкоголизм оказывает на становление личности выраженное деструктивное воздействие, в связи с чем мы предположили, что это воздействие может касаться и таких характеристик личности как защитное поведение, и, в то же время, выступать фактором его формирования.

Проведенное эмпирическое исследование показало, что до реабилитации испытуемые были склонны к избеганию, конфронтации, а после прохождения реабилитационной программы многие из них нацелены на конструктивное, ответственное сознательное разрешение проблем. В то же время, независимо от прохождения реабилитации, зависимые склонны к поиску в стрессовых ситуаций социальной поддержки, хотя проявляться это может, по нашему мнению, совершенно по-разному.

Научная новизна и практическая значимость полученных результатов заключается в том, что было выполнено обобщение существующих теоретических представлений о копинг-стратегиях, расширено и дополнено представление об их проявлении, в частности, у больных алкоголизмом и наркоманией. Результаты исследования могут быть использованы психологами, психотерапевтами, при разработке подходов к работе с больными, страдающими химическими зависимостями.

Список использованной литературы

1. Аблиева Ю. А., Богданов С. И., Акимова М. А. Личностные особенности больных алкоголизмом, находящихся на лечении в наркологическом стационаре // Вестник Совета молодых ученых и специалистов Челябинской области. - № 1. – 2016. – с. 4 – 10.
2. Александров А. А. Психодиагностика и психокоррекция. - СПб. – 2016. – 334 с.
3. Александровский Ю. А. Психические расстройства в общемедицинской практике и их лечение. - М.: ГЕОТАРМЕД, 2004. - 240 с.
4. Богомолова Н.Н., Бодалев А.А. Основа социально-психологической теории. / Под ред. Бодалева А.А., Сухова А.Н. – М.: Международная педагогическая академия, 2007. – 485 С.
5. Бороздина Л. В., Пукинска О. В. «Триада риска» в онтогенезе // Вопросы психологии. № 6. - 2010. - с. 24—32.
6. Вейн А. М. Стресс, депрессия и психосоматические заболевания . - М., Издательство фармацевтической фирмы Servier. - 2003. - 422 с.
7. Возрастная психология и педагогика / Под редакцией М.В.Гомезо. – М.: Просвещение, 2004. – 385 с.
8. Грановская Р.М. Элементы практической психологии. / Р.М. Грановская. – Л.: Издательство Ленинградского Университета. 1988. – 452 с.
9. Дмитриев А.В. Конфликтология / А.В. Дмитриев. – М.: Гардарика, 2013. – 289 с.
10. Емельянов С. Практикум по конфликтологии / С. Емельянов. – СПб.: Питер, 2013. – 549 с.
11. Исаева Э. Г. Новый подход к проблеме внутриличностной конфликтности // Современные гуманитарные исследования. - № 2. – 2010. – с. 8 – 14.
12. Кле Мишель. Психология подростка / Мишель Кле. – СПб.: Педагогика, 2008. – 759 с.

13. Клиническая психология: Учебник / Под ред. Б.Д. Карвасарского. - СПб.: Питер, 2008. - 960 с.

14. Козырев Г.И. Введение в конфликтологию / Г.И. Козырев. – М.: Туманит, 2011. – 653 с.

15. Кон И.С. Психология ранней юности / И.С. Кон. - М.: Просвещение, 1999. – 897 с.

16. Кон И.С. Какими они себя видят / Под ред. А.В. Лясницкого. – М.: Знание, 2015. – 482 с.

17. Корсакова Н.К. Активизация познавательной деятельности младших школьников / Н.К. Корсакова. – М.: Рос. пед. агентство, 2003. – 230 с.

18. Краснов В.М. Психиатрические расстройства в общемедицинской практике // Русский медицинский журнал. № 25. - 2002. - с. 1187-1191.

19. Крейг Г. Психология развития / Г. Крейг. – СПб.: Питер, 2000. – 329 с.

20. Краснов В.М. Психиатрические расстройства в общемедицинской практике // Русский медицинский журнал. № 25. - 2002. - с. 1187-1191.

21. Кружкова О. В. Психологическая защита и совладание: феноменологическое соотношение и структура // Вестник Ленинградского государственного университета им. А. С. Пушкина. № 1. - 2012. – с. 36–47.

22. Кулагина И.Ю., Колюцкий В.Н. Возрастная психология / И.Ю. Кулагина. – М.: ТЦ Сфера, при участии Юрайт, 2015. – 666 с.

23. Курпатов В. И. Механизмы формирования психосоматических расстройств с позиции биопсихосоциального подхода // Психосоматическая медицина - 2007: Материалы 2-го Международного конгресса. - СПб., 2007. - с. 3-13.

24. Лапкина Е. В. Психологическая защита и совладание: защитная система личности // Ярославский педагогический вестник. № 2. - 2011.– Том II (психолого-педагогические науки). – с. 232–236.

25. Майерс Д. Социальная психология / Д. Майерс. – СПб.: Питер, 2001. – 289 с.

26. Марселин А. Д., Бисалиев Р. В., Пухов Е. Е. Антисоциальное поведение в структуре типичного алкогольного опьянения: клинико-психологические аспекты (литературные и собственные данные) // Известия Волгоградского государственного педагогического университета. - № 1. – 2009. – с. 149 – 153.

27. Махмутов М.И. Проблемное обучение / М.И. Махмутов. – М.: Педагогика, 2004. – 368 с.

28. Попков В. М., Черненков Ю. В., Протопопов А. А. Факторы, влияющие на развитие психосоматической патологии. – Бюллетень медицинских интернет-конференций. - № 7. – 2011. – с. 6 – 13.

29. Сидорин М. В. Расстройства личности при алкоголизме как социально-психологическая проблема // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. - № 5. – 2010. – с. 708 – 713.

30. Субботина Л. Ю. Психологическая защита и стресс. – М.: Гуманитарный центр, 2013. – 300 с.

31. Ташлыков В. А. Психологическая защита у больных с неврозами и психосоматическими расстройствами. Пособие для врачей. – СПб.: Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей, 1992. – 112 с.

32. Тошкушина К. В. Влияние трудной жизненной ситуации на формирование психологических защит личности // Вестник Совета молодых ученых и специалистов Челябинской области. – 2014. – №5 (7). – С. 139–143.

33. Фетискин Н. П. Психология воспитания стрессосовладающего поведения: учебное пособие. – М.: ФОРУМ: ИФРА-М, 2015. – 227 с.

34. Фрейд А. Эго и механизмы защиты. М.: Эксмо, 2003. – 256с.

35. Фромм Э. Анатомия человеческой деструктивности. – М.: АСТ, 2016. – 624 с.

36. Хорни К. Невротическая личность нашего времени. – М.: Питер, 2013. – 304 с.

37. Черенева Е. А. Защитные механизмы поведения как фактор адаптивного поведения личности // Вестник Томского государственного педагогического университета. – 2013. – № 6 (134). – С. 122–126.

38. Шайдукова Л. К., Овсянников М. В. Феномен стигматизации в наркологической практике // Казанский медицинский журнал. - № 1. – 2005. – с. 55 – 58.

39. Шебанова В. И., Шебанова С. Г. Психологическая защита как феномен защитного реагирования организма и личности // Личность в экстремальных условиях и кризисных ситуациях жизнедеятельности. – 2012. – №2. – С. 82–89.

40. Янушко Н. А. Соотношение копинг-стратегий и механизмов психологической защиты // Вестник магистратуры. – 2011. – №3. – С. 30–34.