



МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

**ПРИВАТНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«МЕДИКО-ПРИРОДНИЧИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**

Кафедра психології

**НАВЧАЛЬНА ДИСЦИПЛІНА
«Психологія роботи із залежними станами»**

Лекція 1. Залежність від психоактивних речовин: загальні закономірності розвитку.

Серед психічних і поведінкових розладів внаслідок уживання психоактивних речовин виділяють синдром залежності, що по визначенню ВІЗ являє собою "стан періодичної або хронічної інтоксикації, викликуване повторним уживанням природної або синтетичної речовини"

Залежність характеризується наступними ознаками:

- бажанням, що опановує, або нескоримим потягом (компульсією) продовжувати вживання даної речовини, добуваючи його будь-якими шляхами;
- тенденцією збільшувати дозу, виявляючи ріст толерантності;
- виникненням "індивідуальних і соціальних проблем", обумовлених зловживанням.

Відповідно до даного визначення до синдрому залежності ставляться захворювання, традиційно обумовлені у вітчизняній психіатрії й наркології як алкоголізм, наркоманії й токсикоманії.

Алкоголізм, наркоманії й токсикоманії - це прогресивні захворювання, що виникають у результаті систематичного зловживання алкоголем (при алкоголізмі), наркотичними (при наркоманії) або іншими психоактивними засобами, не включеними в список наркотиків (при токсикоманії), і сприяючими формуванням психічної й фізичної залежності від уживаної речовини, патологічним потягом до його прийому, зміною реактивності

організму, абстинентними порушеннями й специфічними змінами особистості.

Для встановлення діагнозу залежності в будь-якому її варіанті (алкоголізм, наркоманія, токсикоманія) необхідна наявність одного й більше з наступних ознак:

- синдром зміненої реактивності організму до дії даного психоактивного засобу (зникнення захисних реакцій, зміна толерантності, форми споживання й форми сп'яніння);
- синдром психічної залежності (обсесивний потяг, відчуття психічного комфорту в інтоксикації);
- синдром скасування (компульсивний потяг, втрата контролю над дозою, абстинентний синдром, фізичний комфорт в інтоксикації).

Толерантність до психоактивної речовини визначається її мінімальною дозою, здатною викликати бажаний психофізичний ефект (стан одурманення, купіровання абстинентних порушень). Для синдрому залежності характерно первісне підвищення толерантності до психоактивної речовини.

Це проявляється в необхідності збільшення доз психоактивного засобу для досягнення колишнього ефекту або в необхідності вводити дану речовину все більше число раз протягом доби. У зв'язку із цим виділяють толерантність разову (кількість психоактивної речовини, здатного викликати очікуваний психофізичний ефект при однократному прийомі) і добову (загальна кількість прийнятого психоактивної речовини протягом доби для підтримки бажаного психофізичного стану).

Зміна разової й добової толерантності залежить від стадії захворювання:

- На 1-й стадії формування синдрому залежності відзначається ріст і разової, і добової толерантності.
- На 2-й стадії - або наростає разова при стабілізації добовій толерантність, або, навпаки, стабілізується разова при значному росту добової (залежить від виду психоактивного засобу).
- Для 3-й стадії розвитку синдрому залежності, незалежно від уживаного психоактивного засобу, відзначається зниження разової толерантності й лише потім добової.

Толерантність, як правило, знижується й після тривалого періоду утримання від прийому психоактивного засобу (так зване "омолодження наркоманії").

Різні психоактивні речовини мають неоднакову здатність підвищувати толерантність, що необхідно враховувати при виявленні даного синдрому. При опіоманії, уживанні амфетамінів і галюциногенів відзначається швидке нарощування доз, при цьому при опіоманії стерпні дози можуть значно перевищувати летальні для інтактних індивідуумів. При вживанні кокаїну ріст толерантності відсутній, при вживанні марихуани він незначний, при гашишеманії толерантність зростає лише при тривалому застосуванні.

Психічна залежність від психоактивної речовини - стан психічного комфорту можливого тільки в стані сп'яніння, поза сп'янінням виникає дратівливість, знижений настрій, постійні думки про вживану психоактивну речовину. Суб'єктивним проявом психічної залежності є постійне прагнення хворого до повторного вживання психоактивної речовини, що деякими авторами трактується як обсесивний потяг. На відміну від невротичних обсесій подібний потяг з бажанням, що опановує, не обтяжує хворих, вони не намагаються від нього позбутися.

Синдром скасування - це група симптомів, що виникають при повному або частковому припиненні вживання психоактивного засобу, а також при неадекватній його заміні. Він включає: фізичну залежність, фізичне (компульсивне) потяг і абстинентний синдром.

Фізична залежність від психоактивної речовини - поза станом сп'яніння виникають тяжкі фізичні відчуття, грубі соматичні й неврологічні розлади, які легко проходять при введенні звичного психоактивного засобу.

Фізичний (компульсивний) потяг - виражається в нескоримому прагненні до наркотизації, по своїй інтенсивності досягає ступеня вітальності, здатного витіснити інші вітальні потяги (голод, спрагу), визначає умонастрій хворих, їхнє афективне тло, поведження, усуває всі суперечні мотиви й контроль, заповнює собою весь зміст свідомості на момент своєї появи. Комппульсивний потяг може виникати поза інтоксикацією (так звана суха абстиненція), у стані сп'яніння й у структурі абстинентного синдрому.

Абстинентний синдром - виникає після припинення вживання психоактивного засобу й включає психічні, вегетативні й соматоневрологіческие порушення, які часто є антиподами аналогічних проявів у періоді гострої інтоксикації. Замість ейфорії, що спостерігалася в сп'янінні, виникає тривога, замість посилення активності - апатія й бездіяльність, замість релаксації - занепокоєння й безсоння, замість міозу - мідріаз і т. д.

Співвідношення психічних і вегетативно-неврологічних порушень, так само як і час розвитку абстинентних порушень після припинення прийому психоактивного засобу, визначається його видом. Найбільше швидко

абстиненція з'являється при вживанні алкоголю (через кілька годин), найбільший інтервал часу між спадом дії психоактивної речовини й абстинентними симптомами при опіоманії й гашишизмі (20-24 години).

Час повного формування абстинентного синдрому визначається видом уживаної психоактивної речовини. Більш повільно він формується при алкоголізмі, скоріше - при гашишизмі, ще швидше - при вживанні стимуляторів і снотворних засобів, у найбільше короткий термін - при вживанні опіатів.

Абстинентний синдром розвивається не при всіх видах залежності. При вживанні деяких психоделічних засобів синдром скасування обмежується тільки компульсивним потягом.

Для хворих алкоголізмом і наркоманією характерне формування специфічних змін особистості:

- морально-етична деградація,
- егоїзм,
- егоцентризм із фіксацією інтересів тільки на вживанні психоактивного засобу,
- ігнорування інтересів родини, моральних цінностей і соціально-обмежувальних подань.

На віддалених етапах хронічного алкоголізму й наркоманії в результаті хронічної інтоксикації психоактивними засобами з'являються ознаки органічного (інтоксикаційного) поразки головного мозку з формуванням у підсумку органічного слабоумства.

Сам факт уживання респондентом якого-небудь психоактивного засобу не є підставою для констатації в нього синдрому залежності. Із всіх можливих мотивів уживання психоактивної речовини із синдромом залежності зв'язані тільки патологічні мотиви, обумовлені наявністю абстинентного синдрому й патологічного потяга до психоактивному речовини.

Всі інші мотиви вживання психоактивної речовини - традиційні, соціально обумовлені, субмисивні (підпорядкування тиску з боку інших людей або в референтній групі), гедоністичні (прагнення відчувати ейфорію), псевдокультуральний тип мотиву (прагнення пристосуватися до певної групи осіб), мотив гіперактивації поведінки й спроба купірування за допомогою психоактивного засобу різних суб'єктивно неприємних і тяжких психофізичних розладів (наприклад, тривоги, депресії, безсоння) - до синдрому залежності відносини не мають.

Ідентифікація вживаного психоактивного засобу здійснюється на основі анамнестичних даних, отриманих як від самої особи, так і з інших джерел. Однак незалежні від щирості респондента результати можна одержати лише при біохімічних дослідженнях сироватки крові, при визначенні змісту в них алкалоїдів алкоголю й інших психоактивних речовин.

Подібні аналізи проводяться методами газожидкостної хроматографії, радіоімунохімічних методів і ін. Певне значення має характерна для опійних наркоманів майже постійна легка гіперглікемія, а для курців гашишу, навпаки, гіпоглікемія.

Однак варто пам'ятати, що лабораторні методи дослідження мають лише допоміжне значення, оскільки сам факт виявлення в організмі респондента психоактивної речовини не є підставою для постановки діагнозу залежності.

Семінар 1.

Тема. Залежність від психоактивних речовин: загальні закономірності розвитку.

1. Загальні питання наркології.
2. Міждисциплінарні зв'язки наркології та медичної психології Клінічні аспекти наркології.
3. Основні наркологічні синдроми та стадії перебігу наркологічних захворювань

Лекція 2. Поняття та сутність залежності як психологічного феномену

Наявність у сучасній Україні тенденції до збільшення кількості різновидів адиктивної поведінки та осіб із різними формами залежностей є безсумнівною. Для багатьох громадян характерна орієнтація на життя за принципом «як хочеться», на самоствердження будь-якою ціною і будь-якими засобами. В даних випадках ними керує не лише користь та прагнення задовольнити свої потреби, а приваблює й сам процес, участь у ньому задля компанії, розваги, щоб не бути боягузом і «білою вороною». Тобто, адиктивна поведінка – розповсюджений феномен, який супроводжує процес зрілості та соціалізації, набирає все більших обертів у період підліткового віку та передбачає можливий спад у другому періоді (ранньої дорослості).

Відповідно до проведених досліджень, вплив соціальних умов життя на психологічні особливості особи може виявлятися в тих чи інших формах поведінкових розладів, до яких належить й адиктивна поведінка. Серед таких розладів варто розрізняти вікові адикції, пов'язані з особистісним розвитком у період неповноліття, і адиктивну поведінку дорослих, коли вона суперечить соціально-культурним нормам, але не виходить за рамки неформальних взаємодій, тобто не має асоціальної спрямованості.

1. Поняття та види адиктивної поведінки.

Виділяють чотири форми адиктивної поведінки як відходу від реальності: 1) відхід у тіло – прагнення до безмежного фізичного або психічного «удосконалення» себе; 2) відхід у роботу – надлишкова концентрація на службових справах (навчанні); 3) відхід у контакти або самотність – постійне прагнення до спілкування або, навпаки, до усамітнення; 4) відхід у фантазії – життя у світі ілюзій та фантазій. У контексті останньої форми найчастіше йдеться про алкоголізацію, наркотизм,

токсикоманію та різного роду нехімічні залежності, серед яких у теперішній час найбільш розповсюдженими є Інтернет-адикція та ігроманія.

Адиктивна поведінка – один із різновидів девіантної поведінки, що характеризується непереборним бажанням пережити інтенсивні емоції за допомогою штучної зміни свого психічного стану внаслідок вживання деяких речовин або постійної фіксації уваги на певних видах діяльності. Адиктивну особу відрізняють: прагнення до відходу від реальності та ознаки особистісної незрілості (невираженість інтелектуальних та духовних інтересів, моральних норм, нестійкість, безвідповідальність, почуття стадності та ін.).

Виділяють наступні психологічні особливості осіб із адиктивними формами поведінки:

- знижена стійкість щодо труднощів повсякденного життя поряд із достатньою стійкістю у кризових ситуаціях;
- прихований комплекс неповноцінності у поєднанні з зовнішніми проявами неперевершеності;
- зовнішня соціабельність у поєднанні зі страхом перед стійкими емоційними контактами;
- неправдивість;
- прагнення звинувачувати інших, знаючи, що вони невинні;
- уникнення відповідальності за прийняття рішень;
- стереотипність поведінки;
- високий рівень тривожності.

Хімічні адикції характеризуються системним споживання психоактивних речовин, непереборним потягом до постійного вживання обраної речовини, відчуваючи при цьому значні труднощі в добровільному припиненні.

Об'єктом залежності при нехімічних адикціях стає поведінковий паттерн, а не психоактивні речовини. Відрізняють наступні форми нехімічних залежностей: піроманію, kleptomанію, геймблінг (залежність від азартних ігор), комп'ютерну залежність або інтернет-залежність, адикцію відносин, сексуальну, любовну адикції, роботоголізм, адикцію до витрачання грошей, прослуховування ритмічної музики, залежність від фізичних вправ, потяг до духовного пошуку, владолюбство, залежність від ризикованого водіння автомобіля (синдром Тоада) та ін.

2. Історичні витoki проблеми адиктивності

Психоактивні речовини відомі людству протягом декількох тисяч років. Вони вживалися людьми різних культур, з різними цілями: під час релігійних церемоній, для відновлення сил, для змінювання свідомості, для зняття болю і дискомфорту.

Вже до початку письменства є докази, що люди знали і використовували психоактивні хімічні речовини: алкоголь і рослини, споживання яких впливає на свідомість. Археологічні дослідження засвідчують, що вже в 6400 р. до н.е. люди знали пиво й інші алкогольні

напої. Очевидно, процеси бродіння були відкриті випадково (виноградне вино, наприклад, з'явилося лише в 4-3 ст. до нашої ери).

Люди кам'яного віку знали опіум, гашиш і кокаїн, використовуючи ці препарати для зміни свідомості (в релігії) і перед битвою. На стінах поховання індіанців Центральної і Південної Америки є образи людей, які жують листя коки (один із способів прийому кокаїну), починаючи з середини 3 тис. до н.е.

П'ять тисяч років тому стали відомими психоактивні властивості маку, його використовували шумери. Пізніше про лікувальні властивості маку (опіуму) дізналися в Персії та Єгипті (рецепт завезли з Вавилону). Опіум використовували в медичних цілях греки і араби. В VIII ст. араби розширили межі вирощування маку від Малої Азії до Індії та Китаю. В Європу опіум завезли в XIII ст. з Близького Сходу хрестоносці.

Використовувалися й інші рослини, які викликають фізіологічні та психологічні зміни, як правило, у релігійних церемоніях або під час медичних процедур. Прикладом є використання на Близькому Сході в 5 тис до н.е. «злаку радості». Близько 2700 р. до н.е. в Китаї використовували коноплю (у вигляді чаю): імператор Шен Нунг наказав своїм підданим приймати її як ліки від подагри і від розсіяності.

З розвитком суспільного життя з'явилися особи, які виконували особливі функції: вожді племен, чарівники, маги, шамани, жерці. В давнині право вживання наркотиків мали лише вони, і лише з певною метою; для простих смертних на такі засоби накладалося табу, а їх рецепти зберігалися в таємниці. Таким чином привілейовані класи оберігали народ від самознищення.

Першим письмовим свідченням використання одурманюючих речовин є розповідь про пияцтво Ноя з Книги буття.

Світова історія зафіксувала випадки масового отруєння речовинами рослинного походження. В 994 р. вмерло сорок тисяч французів.

При цьому слід мати на увазі, що застосування препарату в одній культурі не дає нам права вважати, що в інших культурах в той же час люди знали цей наркотик і вживали його. Як і зараз, у вживанні наркотиків людьми різних культур є схожість і відмінності.

Протягом всієї історії людства контакти між далекими культурами відбувалися через торгівлю та у військових походах. Наприклад, в результаті хрестових походів і подорожі Марко Поло європейці дізналися про опіум і гашиш, поширений на сході. Пізніше подорожі європейців (британських, французьких, португальських та іспанських) до Америки принесли нові відкриття. Основні психоактивні речовини, завезені до Європи з Америки – кокаїн (з Південної Америки), галюциногени (з Центральної Америки) і тютюн (з Північної Америки). Як засвідчують дослідження, між культурами відбувався двосторонній обмін. Батьківщина кавового дерева – Ефіопія. Європейці зустрілися з кавою в XVII ст., моряки завезли кавові зерна в Південну Америку, яка зараз є основним виробником кави. Крім того, з

Європи до Америки прийшов технологія виробництва алкоголю шляхом перегонки, а в Чилі в 1545 р. з'явилася конопля.

До початку ХХ ст. не існувало практично ніяких обмежень на виробництво і споживання наркотиків. Іноді мали місце спроби зменшити або запобігти використанню деяких речовин, але вони були недовгими і, зазвичай невдалими. Наприклад, тютюн, кава і чай спочатку в Європі зустріли в багнеті. Перший європеець, який публічно вжив тютюн – супутник Колумба Родріго де Херес – в Іспанії був відправлений в'язницю, оскільки влада вирішила, що в нього вселився диявол. Було декілька спроб оголосити поза законом каву та чай.

Відомі й випадки, коли держава не забороняла наркотики і, навіть, сприяла процвітанню торгівлі. Найкращим прикладом тут є конфлікт між Британією і Китаєм у середині ХІХ ст. Він одержав назву опіумних війн, оскільки англійські торговці ввозили опіум до Китаю. До середини ХІХ ст. мільйони китайців стали залежними від опіуму. На той час Китай був світовим лідером споживання опіуму, який вирощували в Індії та завозили в країну англійці. Британці не хотіли скорочувати опіумну торгівлю: по-перше, вона давала великі прибутки, по-друге, в самій Англії не спостерігалось сплеску наркоманії, хоча опіум широко застосовувався в медицині.

Це призвело в 1842 р. до першої опіумної війни, в якій більш могутній воєнно-морський флот Великобританії примусив китайців знову відкрити двері британському наркотику. Через 15 років, в 1857 р. спалахнула друга опіумна війна, в якій до Великобританії приєдналися Франція і США. Китай програв і цю війну. Для припинення відтоку золотого запасу і врятування країни від інфляції Китай розпочав вирощувати власний опіумний мак. Мільйони китайців проводили більшу частину свого життя в опіумних курільнях, у наркотичному сні.

Опіумна торгівля був скорочена і, врешті-решт, закінчилася лише на початку ХХ ст., коли розгорнулася всесвітня кампанія за дозвіл використовувати препарат тільки для медичних цілей (як знеболююче).

На прикладі опіумних війн ми бачимо, як здійснювалася політика поширення масового вживання наркотиків із метою підкорення одних держав іншим, з усіма жахливими наслідками, що впливають на психічне здоров'я нації в наступних поколіннях.

Перший медичний препарат, виготовлений із опіуму, прописав хворому Парацельс в ХУІ ст. В 1805 р. аптекар Зертюрнет виділив перший алкалоїд опіуму і дав йому назву «морфін», в 1832 р. Робіке виділив кодеїн; в 1848 р. Мерк виділив з опіуму папаверін. Але переворотом став 1853 р. В цьому році лікар з Единбургу Александр Буд винайшов голку для підшкірних ін'єкцій, і прийом морфіну, опіуму та інших алкалоїдов став більш ефективним. Внаслідок цього виникло хибне уявлення, що таке вживання не призводить ні до фізичного, ні до психологічного звикання. До кінця ХІХ ст. опіум став застосовуватися майже в усьому світі.

Масове вживання наркотиків у Європі розпочалося в ХІХ ст., в період, коли група інтелектуальних авантюристів почала експериментувати над

власною свідомістю. Французький лікар Моро де Тур привіз із Алжиру «давамеску» – печиво з гашишу. Ефект був вражаючим, особливо для групи літераторів, серед яких були Шарль Бодлер та Теофіл Готье. Скоро був організований «Клуб любителів гашишу» з центром в готелі «Пимодан» в Парижі. Члени цього клубу регулярно зустрічалися і вживали гашиш у кількостях, які сьогодні оцінюються як дуже великі.

Ці два письменники описали свої переживання щодо гашишу та опіуму: Бодлер – в «Неприродному раю» і поемі про гашиш. Т. Готье писав: «Мій слух розширив свої межі; я чув звучання кольорів: зелені, червоні, сині й жовті кольори набігали не мене хвилями і ці хвилі не змішувалися». Пізніше в цей клуб вступили й інші письменники та поети того часу, найвідоміші з них – П. Верлен і А. Рембо.

На початку ХХ ст. американський письменник Ф. Ладлоу пропагує вживання марихуани та описує власні враження від її дії. Підвищується інтерес і до інших засобів, здатних змінювати стан психіки. Особливої популярності набув закис азоту (веселящий газ). Видатний американський психолог Уільям Джеймс випробував цей наркотик та опублікував свої враження, поставивши на перший план релігійне значення відчуттів, що виникають під дією психоактивних наркотиків. Експеримент із мескаліном став для У. Джеймс невдалим, але й пізніше він був упевнений, що хімічні речовини можуть викликати в свідомості людини містичні стани і зробити духовне життя людини багатшим.

Не зайве згадати, що батько психоаналізу З. Фрейд в 1884 р., ще будучи молодим неврологом, вживав деякий час кокаїн у часи депресії і навіть радив своїм знайомим використовувати кокаїн як обезболююче. Своє перше враження від дії кокаїну від описав наступним чином: «Малі дози цих ліків винесли мене на вершину. Тепер я збираю матеріал, щоб скласти оду на честь цієї чарівної речовини».

В листах до своєї нареченої Марти він назвав кокаїн «чудодійними ліками». Пізніше, коли один із його пацієнтів впав у психоз, викликаний кокаїном, у нього з'явилися кошмарні галюцинації, Фрейд злякався і відмовився від його використання. Він навіть став рішучим противником використання кокаїну в психіатрії.

1938 р. став дуже важливим для історії наркоманії. В цьому році швейцарський хімік Альберт Хоффман синтезував лизергінову кислоту, що стало початком масового вживання наркотиків у межах, що не мали прецеденту в історії людства. Через декілька років, цілком випадково Хоффман став першим, хто випробував дію нової речовини на собі. Як це часто буває, він не знав, що саме відкрив. Ось що він писав про ЛСД-25: «П'ятниця... я повинен припинити роботу в лабораторії... мене охопило якесь дивне почуття непокою та легкої приглушеності... Я дома, лежу на підлозі і повільно поринаю в деліріум, про який я не можу сказати, що він мені неприємний. Він характеризується виключно збуджуючими фантазіями. Я лежу в напівсвідомому стані з закритими очима... мене охоплюють фантастичні видіння незвичайної реальності з інтенсивною грою фарб – як у

калейдоскопі». Після експериментів Хоффмана з ЛСД наркотик був занесений у групу психозомиметичних засобів, оскільки була підтверджена його здатність викликати в людини незвичні стани, схожі на психоз.

Після відкриття мескаліну і виділення його з мексиканського кактуса в світі галюциногенних наркотиків з'явився ще один. В 1950 р. зразки цих двох наркотиків були розіслані провідним психіатрам світу з метою лабораторного та клінічного дослідження препаратів, що, як вважалося, повинне було допомогти встановити сутність та походження шизофренії. Попередні результати виявилися досить суперечливими, оскільки наркотик застосовувався в різних умовах і за відсутності будь-якого досвіду.

У ХХ ст. в Європі та Америці вживали практично ті ж самі наркотики. Цікаво, що багато нових або «добре забутих старих наркотиків» вперше почали вживатися в США, а потім вони поширилися на інші країни, так що Америка завжди задавала тон в міжнародному вживанні наркотиків.

Перш ніж завершити історичний огляд, слід звернути увагу на багаторічний зв'язок між вживанням наркотиків як психоактивних речовин та їх використанням для іншого призначення. Багато з цих препаратів свого часу використовувалися в лікувальних цілях. Медицина не відразу стала наукою, як ми її знаємо зараз. Навіть в ХХ ст. широко використовувалися різні народні засоби і так звані «патентовані ліки». Можливо, найкращим прикладом є опіати (опіум і морфін), які протягом ХІХ ст. застосовувалися при лікуванні ревматизму, лихоманки, білої гарячки, застуди тощо. Опіати були анестетиками при хірургічних операціях. Лікарі широко використовували опіати і часто призначали їх хворим, погано уявляючи, як вони впливають на організм. Вони лише знали, що опіати здатні полегшити біль і інші, здебільшого незрозумілі, симптоми. На жаль, таке широке застосування призвело до значного збільшення кількості людей, які потрапили у фізичну залежність від цих речовин. Що до наркотиків є звикання, стало чітко зрозуміло лише в кінці ХІХ ст.

Можна навести й інші приклади. Хлороформ і ефір був розроблені для анестезіології, але вони також використовувалися не за медичним призначенням. В історії кокаїну був період, коли його використовували для лікування депресії і полегшення болю. Його навіть використовували для лікування опіумної наркоманії! У другій половині ХІХ ст. лікарі застосовували марихуану при безсонні та нервових розладах, але цей список менший, ніж для опіатів. У ХХ ст. ми були свідками появи синтетичних стимуляторів амфетамінів, і деякі з них довго продавалися без рецепту.

Важливо зрозуміти, що в медицині (народній чи традиційній) використання психоактивних речовин для лікування та для немедичних цілей завжди тісно пов'язані. Такі речовини в медицину часто приходять із релігійних обрядів і знахарської практики. У наші дні звичною є ситуація, коли лікарські препарат починають використовувати як наркотики. У будь-якому разі, відділити медицину і наркотики неможливо.

3. Психологічна характеристика особи, схильної до адиктивності

Мотивацією поведінки адиктивних осіб є спроба змінити спосіб життєдіяльності, який найчастіше визначається ними в поняттях «сірий», «нудний», «монотонний», «апатичний». Таким людям не вдається знайти в реальності які-небудь сфери діяльності, здатні надовго привернути увагу чи викликати виразно позитивну емоційну реакцію. В той же час адиктивна активність має вибіркового характеру – особа може проявляти незвичайну активність за для досягнення мети, яка (нехай і тимчасово) приносить задоволення, відволікає зі світу емоційної стагнації (бездушності).

Виділяють декілька основних різновидів *мотивації вживання алкоголю і наркотичних речовин*, тобто спонування до виникнення хімічних адикцій.

1. Мотивація прагнення пом'якшити або усунути явища емоційного дискомфорту (душевного неблагополуччя, страху, тривоги тощо).

2. Гедоністична мотивація – якщо в попередньому випадку йдеться про приведення емоційного стану в норму з пониженого, то гедонізм сприяє підвищенню нормального (непониженого) настрою. Спрямованість гедонії виявляється в отриманні задоволення, переживання почуття радості.

3. Мотивація активації поведінки – ґрунтується не на ейфоризуючому, а на активуючому ефекті речовини. Цей мотив спонукається потребою вивести себе зі стану пасивності, байдужості, апатії і бездіяльності за допомогою речовин, що провокують незвичайну, позамежову жвавість реакції і активність, у тому числі – ризиковану поведінку. Особливо важливою стає стимуляція сексуальної активності і досягнення «рекордних результатів» в інтимній сфері.

4. Субмісивна мотивація – відображає нездатність людини відмовитися від пропонованого оточуючими алкоголю або наркотичних речовин і обумовлюється залежними рисами (боязкістю, соромливістю, конформністю, тривожністю, обережністю в спілкуванні), при яких індивід прагне уникати ситуацій осуду (зокрема, за небажання «за компанію» спожити спиртні напої).

5. Псевдокультурна мотивація – ґрунтується на світоглядних установках і естетичних пристрастях особи. Людина розглядає вживання алкоголю або наркотичних речовин крізь призму «вишуканості смаку», причетності до кола «обраних». Тут більшою мірою важливе не саме вживання речовин, а демонстрація цього процесу оточуючим.

Можна стверджувати, що одним із вагомих критеріїв схильності індивіда до адиктивних форм поведінки є розузгодження психологічної стійкості у ситуаціях буденних відносин і криз. У нормі, як правило, люди легко («автоматично») пристосовуються до вимог буденного (побутового) життя і важче переносять кризові ситуації. Вони, на відміну від осіб із різноманітними адикціями, прагнуть уникати криз і нетрадиційних подій. Класичним антиподом адиктивної особи виступає «пересічний громадянин» – особа, яка живе інтересами сім'ї, родичів, близьких людей і добре пристосована до такого життя. На відміну від нього, адиктивній особі, навпаки, неприємне традиційне життя з його засадами, розміреністю і прогнозованістю, коли «ще при народженні знаєш, що і як відбудеться...».

Передбаченість, заданість власної долі стає дратуючим моментом для адиктивної особи. Кризові ж ситуації з їх непередбачуваністю, ризиком і вираженими афектами виявляються для неї тим підґрунтям, де можна знайти впевненість в собі, самоповагу і відчуття переваги над іншими. У адиктивної особистості спостерігається феномен *«жадання гострих відчуттів»* (В.А. Петровський), що характеризується спонуканням до ризику, обумовленим досвідом подолання небезпеки.

Разом із тим, об'єктивно і суб'єктивно *погана переносимість труднощів повсякденного життя*, постійні докори в непристосованості і відсутності життєлюбства з боку близьких та оточуючих формують у адиктивних осіб прихований *«комплекс неповноцінності»*. Вони страждають від того, що відрізняються від інших, від того, що не здатні «жити, як люди».

Проте такий тимчасово виникаючий *«комплекс неповноцінності»* обертається гіперкомпенсаторною реакцією: від заниженої самооцінки індивіди переходять відразу до завищеної, минаючи адекватну. Поява почуття переваги над оточуючими виконує функцію психологічного захисту, сприяючи підтримці самоповаги в несприятливих мікросоціальних умовах – умовах конфронтації особи з сім'єю або колективом. Почуття переваги засновується на порівнянні *«сірого обивательського болота»*, в якому знаходяться оточуючі, зі *«справжнім, вільним від зобов'язань життям»* адиктивної людини.

Враховуючи той факт, що тиск на таких людей з боку соціуму виявляється достатньо інтенсивним, адиктивним особам доводиться підстроюватися під норми суспільства, грати роль *«свого серед чужих»*. Внаслідок цього вони навчаються формально виконувати ті соціальні ролі, які нав'язуються суспільством (зразкового сина, чемного співбесідника, добродішного колеги). Зовнішня *соціабельність, легкість* налагодження контактів супроводжується маніпулятивною поведінкою і поверхневостю емоційних зв'язків. Така людина страшилася *стійких і тривалих емоційних контактів* внаслідок швидкої втрати інтересу до однієї і тієї ж людини або виду діяльності і побоювання відповідальності за яку-небудь справу.

Прагнення говорити неправду, одурювати оточуючих, а також звинувачувати інших у власних помилках і промахах витікають із структури адиктивної особи, яка намагається приховати власний *«комплекс неповноцінності»*, обумовлений невмінням жити відповідно до засад і загальноприйнятих норм.

Базисною характеристикою великої кількості адиктивних осіб є також *погана переносимість самотності* – готовність до значних зусиль, щоб її уникнути; відчуття спустошеності або безпорадності, коли обривається близький зв'язок; охопленість страхом бути знехтуваним; легка ранимість при щонайменшій критиці або несхваленні з боку інших, тощо.

4. Чинники виникнення залежності від психоактивних речовин.

В етіології адиктивної поведінки представлені *біологічні, психологічні та соціальні чинники*.

До біологічних чинників належать:

1) *спадковість* – у батьків, що вживають наркотики, дитина народжується з низькою толерантністю до наркотичної речовини і високою чутливістю, отже, перша невелика доза викликає максимальний ефект, і залежність від психоактивної речовини сформується швидше;

2) *стать* – жіночий організм більш чутливий до психоактивних речовин через вищу питому вагу жирових тканин;

3) *вага* – існує зворотна залежність між вагою та схильністю до наркотизації;

4) *вік* – ферментна система, що засвоює і переробляє наркотик, найбільш вразлива у підлітків та людей похилого віку;

5) *стан здоров'я* – «обтяжуючими обставинами» тут слід вважати: патологію вагітності та ускладнені пологи; тяжкі та хронічні захворювання дитячого віку; струси головного мозку;

6) *толерантність* – індивідуальна стійкість (чутливість) до впливу хімічної речовини. З часом толерантність зростає через підвищення ступеня метаболізму наркотичної речовини, далі – падає (йдеться, відповідно, про алкоголізм чи наркотизм I, II та III стадії);

Біологічні концепції розглядають адиктивну поведінку як хворобу, спричинену аномальним функціонуванням окремих частин організму. Зокрема, *стосовно зловживання психоактивними речовинами* виділяють наступні біологічні концепції: генетична, генетотрофічна, етанолова, адренохромна, ендокринопатична, біоенергетична та ін.

Генетична концепція спирається на дані, отримані клініко-генеалогічним і близнюковим методами, які свідчать про роль спадкової схильності до залежності, а також на дані молекулярно-біологічних досліджень, які вказують на те, що індивідуальна схильність до залежності визначається особливостями функцій «системи підкріплення» мозку, різною організацією діяльності катехоламінової системи та її контролем з боку генетичного апарату.

Генетотрофічна концепція пов'язує появу залежності зі спадково обумовленими порушеннями метаболізму, в основі якого лежить дефіцит енергії та висока погрешка в деяких відсутніх в організмі нутрієнтах.

Етанолова концепція пояснює появу адиктивної поведінки наявністю чи відсутністю (дефектністю) ферменту, який метаболізує психоактивну речовину. Зокрема, для алкогольної адикції наявність ферменту алкоголь-дегідрогенази сприяє розвитку алкоголізму, а його відсутність – гострим інтоксикаціям без переживання ейфорії. Згідно даної концепції, люди поділяються на алко(нарко)резистентних та алко(нарко)нерезистентних. Європейці за цією концепцією вважаються алконерезистентними, тоді як азіати – навпаки.

Адренохромна концепція розглядає залежну поведінку як наслідок порушення біохімічного обміну, що призводить до хронічної психічної напруги, яка залежить від співвідношення в організмі адреналіну та продуктів його метаболізму (адренохрому і адренолітину), тобто чим більше

в організмі адреналіну і менше його метаболітів, тим більше виражене напруження.

Ендокринопатична концепція пояснює появу залежності як наслідок первинної дисфункції в ендокринній системі, коли для адекватних емоційних реакцій необхідна постійна штучна стимуляція. Психоактивні речовини виступають такими стимуляторами, впливаючи на гіпофіз, вони активують ендокринну систему.

Біоенергетична концепція виходить з того, що психоактивні речовини впливають, перш за все, на водно-іонну структуру організму, порушуючи її стабільність. При хронічній інтоксикації виникає патологічна архітектоніка водно-іонної системи з резонансною спектральною пам'яттю. Резонансне налаштування біоенергетичної системи потребує постійного вживання психоактивних речовин, що призводить до фізичної залежності.

Але більшість дослідників переконана, що біологічні чинники не можуть повністю пояснити схильність індивіда до адикцій. Більш важливими є *психологічні та соціокультурні чинники*.

Психологічні концепції залежної поведінки вибудовуються у певній психологічній системі.

Так, згідно з *класичним психоаналізом* адиктивна поведінка розглядається як регресія – повернення загальної психосексуальної організації до ранніх етапів розвитку. На думку психоаналітиків, ефективним терапевтичним підходом до подолання наркозалежної поведінки є сублимація, тобто переключення енергії на соціально і культурно прийнятну діяльність.

Біхевіоральна психологія вважає, що людські дії обумовлені її життєвим досвідом. Серед важливих чинників виникнення адиктивної поведінки називається страх перед певними ситуаціями ризику, травмуючими ситуаціями тощо.

В межах *соціального конструктивізму* (Герман, Харч, Векслер та ін.) залежна поведінка розглядається як наслідок дисфункції родини, спільноти чи суспільства. Терапія у цьому випадку передбачає перебудову соціальних перспектив особистості.

Когнітивна психологія пояснює механізми адикцій наявністю неадаптивних думок, які заважають справитися з життєвими ситуаціями, що викликають внутрішню дисгармонію, хворобливі емоційні реакції. Неадаптивні думки характеризуються автоматичністю, слабким усвідомленням та резистентністю. Терапевтичний підхід у рамках когнітивної психології передбачає допомогти людині розпізнати і змінити свої помилкові когнітивні процеси та структурувати свої життєві ситуації. Основна увага приділена тому, як люди можуть покращити своє сприйняття і подолання ситуацій шляхом виконання різних когнітивних вправ.

Гуманістична психологія приписує причинність залежної поведінки специфіці «образу Я», який має тенденцію до самоактуалізації та потребу реалізувати свої вроджені потенційні можливості. Така поведінка

розглядається як захисний механізм при порушенні самоактуалізації і є ознакою «неприспосованої особистості» (К. Роджерс).

Соціальна модель дає можливість краще зрозуміти адиктивну поведінку через аналіз зовнішніх впливів. Наприклад, це відсутність соціальної впевненості, непередбачуваність соціально-економічної ситуації, безробіття та ін., а також вплив на поведінку особи таких її соціально-психологічних характеристик, як статус (позиція) та соціальні ролі.

До соціальних чинників належать:

1) *сім'я* – вживанню психоактивних речовин сприяють: зловживання алкоголем чи наркоманія батьків; психотичні стани батьків; трагічні події в родині (суїцид одного з батьків і т.ін.); вимушена розлука з особою, до якої була сильна емоційна прихильність; позбавлення ролі «кумира родини», положення «Попелюшки» у зв'язку зі зміною складу родини (поява вітчима, зведеного сиблінгу і т.ін.); «сімейний крах», що різко змінив соціальний і психологічний статус підлітка; постійні конфлікти між батьками; виховання в неповній сім'ї; постійна зайнятість одного з батьків (тривалі відрядження, ділова завантаженість і т.ін.); відсутність інших дітей в сім'ї; «бунт» проти надмірної опіки з боку батьків і інших членів родини; жорстоке поводження з підлітком у родині.

На думку Б. Уїльямса, серед адиктивних осіб спостерігається певна схожість, що стосується їх сімей, а саме:

- батько відсутній або відрізняється слабким характером;
- зайво дбайлива, поступлива або, навпаки, владна мати;
- непослідовна поведінка батьків і відсутність стримуючих чинників;
- нереальні прагнення батьків щодо дітей (завищені вимоги, очікування).

Психологічні дослідження сімей (В.Д. Менделевич), в яких підліток страждає на наркоманію, дозволяють зробити висновок про те, що існує психологічний тип батька наркозалежного, якого можна позначити, за аналогією з «шизофреногенною матір'ю», «*наркогенним батьком*». Сутністю його психологічного портрету є поєднання таких рис, як підвищені вимоги до себе і свого оточення (зокрема, дитини, дружини), небажання зважати на індивідуальні, вікові особливості і ситуативні моменти, емоційна холодність у поєднанні з жорсткістю і, нерідко, з жорстокістю, схильність до конкурентної боротьби, гіперактивність і товариськість, що часто носить поверхневий характер і не супроводжується бажанням зрозуміти та емоційно прийняти співбесідника.

Дослідження сімей, в яких у одного з членів була виявлена залежність, засвідчують, що адиктивні форми поведінки властиві не тільки пацієнтові, але й, як правило, одному з батьків (частіше – батьку). Адиктивна поведінка у родича виявляється у вигляді: трудоголізму (38,7% випадків), надцінних захоплень, зокрема «параноїї здоров'я» (22,6%), алкогольної залежності (16,1%), геймблінгу (12,9%), релігійного фанатизму (9,7%). Тому можна припустити, що формування залежності базується на *сімейному адиктивному патерні*;

2) *неформальна група ровесників* – серед чинників ризику вживання психоактивних речовин у підлітковому віці одним із найбільш значимих соціальних чинників визнається наявність друзів, що вживають алкоголь чи наркотики. Він спрацьовує, якщо в родині склалася несприятлива обстановка; конфліктні відносини батьків між собою і з дітьми, має місце фізичне насильство над дітьми чи над кимсь із батьків, втрата емоційної прихильності до батьків, відчуженість – усе це змушує підлітка шукати психічний комфорт у колі друзів-приятелів. Також для підліткового віку характерні реакції групування з однолітками, коли знижується авторитет дорослих і актуалізуються взаємини з однолітками;

3) *навчально-професійні колективи* – досить часто підлітки чи юнаки вперше вживають психоактивні речовини в навчальних закладах. Відзначено закономірність: чим престижніша школа чи ВУЗ, тим більш дорогі наркотики вживаються молоддю;

4) *доступність* наркотичних речовин;

5) *вплив макросередовища* – нестабільна економічна ситуація, що характеризується зниженням життєвого рівня більшої частини населення, зменшенням ділової активності, істотний рівень безробіття, відсутність розуміння людьми умов для швидкого поліпшення ситуації призводять до стану так званої «соціальної депресії», відсутності почуття особистої перспективи і значущості.

Рекламовані деякими засобами масової інформації (ЗМІ) високі стандарти індивідуального добробуту, що сформовані під впливом закордонної кіно- і телепродукції, здатні спричиняти виникнення в частини психічно незрілої молоді імітаційних моделей поведінки.

До зазначеного слід додати відсутність цілісної інформаційної стратегії, що орієнтує молоде покоління країни на збереження власного здоров'я і працездатності, як основного й обов'язкового чинника власного життєвого благополуччя. Необережне і, найчастіше, легковажне поводження з матеріалами про наркотики в окремих ЗМІ викликає нездоровий інтерес до споживання і споживачів, «позитивне» до них ставлення.

Семінар 2.

Тема. Поняття та сутність залежності як психологічного феномену

1. Поняття та види адиктивної поведінки.
2. Історичні витоки проблеми адиктивності.
3. Психологічна характеристика особи, схильної до адиктивності.
4. Чинники виникнення залежності від психоактивних речовин.

Лекція 3. Тема 3. Психологічні засади профілактики залежних станів

На жаль, історично так склалося, що ні зусилля професіоналів, ні спрямоване фінансування не змогли підняти протидію адиктивній поведінці до рівня основних суспільних завдань. Існує два можливих пояснення такого стану речей. Одне з них полягає в тому, що витрачені в минулому зусилля на запобігання адикціям принесли вельми скромні результати. Друге пояснення полягає в тому, що в даний час адиктивність особливо помітна і знаходить більш швидкий відгук в людських і фінансових ресурсах. Таким чином, фіксується не реальний стан проблеми, а її відображення в сприйнятті громадян.

Хоча профілактиці завжди приділялося менше уваги, ніж лікуванню, настав час, коли вивчення і розвиток запобігання адиктивності знаходиться на підйомі. Можливо, найзначнішим чинником, що викликав цю зміну, є зв'язок проблеми адиктивної поведінки, особливо – наркоманії, з проблемою СНІДу. Особи, що вживають наркотики внутрівно, складають другу за чисельністю групу інфікованих ВІЛ в США і Європі. Крім того, вплив наркотиків в ряді випадків може провокувати безладні статеві зв'язки, що збільшують ризик зараження СНІДом.

Більшість науковців і практиків згодна з тим, що профілактика повинна бути важливим компонентом у сучасних підходах до вирішення проблеми адиктивної поведінки, в тому числі – зловживання різними речовинами.

1. Різновиди і моделі профілактики адиктивності

Профілактика залежності в широкому сенсі має відношення до уникнення або полегшення проблем, пов'язаних із вживанням речовини. Тому профілактика можуть мати різні цілі. Наприклад, мета зусиль, спрямованих на запобігання використанню нелегальних наркотиків, –

зупинити випадки їх вживання. Так чи інакше, додатковою метою такої діяльності може бути зведення до мінімуму ефектів використання нелегальних наркотиків, яке має місце. Раз так, то підходи, обрані для здійснення намічених цілей, можуть бути різні. Тому, говорячи про профілактику залежності, важливо уточнити, що саме запобігається: початок вживання, повторюване вживання, негативний вплив на суспільство, проблеми зі здоров'ям конкретної особи або щось ще.

Профілактика залежності традиційно поділяється на три етапи. Перший – **первинна профілактика**, якій важливо уникнути зловживання до того, як у нього взагалі з'явиться шанс мати місце. Наприклад, однією з цілей такої профілактики буде перешкодження початкового вживання речовини. Ніколи не починаючи вживання наркотику, людина не буде мати з ним жодних проблем. В основі цього підходу лежить принцип «Просто Скажи Ні», коли, особливо молодим людям, пропонується наркотик. Іншою метою первинної профілактики може бути розвиток відповідального ставлення та / або культури вживання речовин. Кращий приклад цьому – відповідальне ставлення до випивки. Численні рекламні плакати та телевізійні передачі повинні приділяти більше уваги тому, що не можна сідати за кермо в стані алкогольного сп'яніння або дозволяти нетверезим друзям сідати за кермо.

Вторинна профілактика має справу з уже розпочатим зловживанням. Цей тип профілактики аналогічний до раннього лікування, коли проблеми тільки спливли на поверхню. Вторинна профілактика повинна здійснюватися системою, відповідальною за неправильне вживання речовин. Наприклад, людину, затриману за водіння в нетверезому вигляді, можуть направити на спеціальні курси, навчання на яких має запобігти повторенню ситуації. У деяких штатах США так чинять із малолітніми правопорушниками, затриманими за зберігання наркотиків. В обох випадках робиться акцент на ранньому виявленні подібних проблем і знищення проблеми «в зародку».

Третя форма профілактики, яка називається **третинною**, полягає в лікуванні людей, які вживають наркотики і вже повністю залежні від них. Її мета полягає у припиненні вживання наркотиків та уникненні подальших погіршень в організмі людини. Третинна профілактика і лікування наркоманії збігаються. Надалі ми сфокусуємо свою увагу на первинній та вторинній профілактиці.

Незважаючи на безперечність висловлених положень, вони вимагають деяких пояснень :

1) у кримінології профілактика традиційно підрозділяється на загальну – адресовану невизначеній кількості людей та індивідуальну – адресовану конкретній людині. Описані нами раніше проблемні аспекти взаємодії між підлітками (молодими людьми) та їх батьками становлять сутність індивідуальної профілактики;

2) слід розрізняти реальну поширеність хімічних адикцій та їх презентацію в суспільній свідомості.

Самі цифри не можуть повідомити нічого або майже нічого, якщо не помістити їх у контекст інших цифр і, що ще більш важливо, не інтерпретувати їх на основі певних поглядів, цінностей, переконань. Наприклад, результати дослідження петербурзьких соціологів Л. Кесельман і М. Мацкевич, проведеного в 2000 р., показали, що 18 % петербуржців хоча б раз у житті пробували наркотики. Багато це чи мало? Тим, хто виходить із передумови, що кількість тих, хто пробували або вживають наркотики (часто люди не схильні бачити особливої різниці між цими категоріями) повинна дорівнювати нулю або коливатися біля нього, як було в колишньому СРСР, ці цифри вселяють жах. Для тих же, хто обізнаний, що в розвинених західних країнах рівень наркотизації приблизно такий же вже десятки років, а в деяких країнах, наприклад у США, бував і більшим (65,5 % школярів у 1981 р.), ці цифри не виглядають настільки страшними.

Таким чином, суспільна реакція на вживання наркотиків багато в чому обумовлена не абсолютними цифрами, що показують рівень наркотизації населення, а ставленням або протиріччям між уявленнями про існуючий і належний стан речей, між тим, якою є ситуація, і тим, якою вона бути повинна. Уявлення про «нормальний» рівень поширеності наркотиків залежать від картини світу – світогляду.

Інша проблема з цифрами, отриманими під час соціологічних опитувань, полягає в їх валідності, особливо коли це стосується вивчення настільки табуйованих питань, як вживання наркотиків, що мають високу латентність. Через стигматизованість споживання наркотиків у суспільстві респонденти приховують свої наркотичні уподобання і не дають щирих відповідей. Що ж до офіційної статистики, то тут справи ще більш сумні: медична статистика має відомості лише про зареєстровані випадки звернення в медичні установи, а міліцейська – про кількість злочинів, пов'язаних із наркотиками. Про те, скільки людей споживають наркотики, але не потрапляють в поле зору медичних і правоохоронних органів, залишається тільки гадати.

Моделі загальнодержавної політики профілактики хімічних адикцій

У результаті дискусій і деяких наукових досліджень сформувалося декілька основних моделей профілактики. В основі кожної лежить своя філософія, яка визначає, застосування якого підходу буде рекомендовано для запобігання проблеми зловживання психоактивними речовинами.

Соціокультурна модель. Соціокультурний аспект розуміння зловживання полягає в тому, що соціальні норми прямо впливають на вживання або зловживання психоактивними речовинами. Ця модель в основному використовувалася для запобігання вживання алкоголю. Вона складається з трьох основних компонентів:

- підкреслення культурних нормативів;
- необхідність включити прийняття алкоголю у соціально значиму діяльність;
- фокусування уваги на розвитку культури вживання алкоголю.

Основні зусилля цієї моделі спрямовані на зміну ставлення до прийняття алкоголю в рамках культури. Один із найбільш значних захисників соціокультурного підходу, Руперт Вілкінсон вважає, що на вживання алкоголю можна впливати заходами чітко спланованої політики. Вілкінсон зауважує, що існують приклади вживання алкоголю, які не пов'язані ні з якими проблемами, і що ці приклади можуть бути використані в якості орієнтирів для вкорінення подібної культури пиття.

Вілкінсон визначив п'ять пропозицій для зміни культури вживання алкоголю.

Перша передбачає створення в суспільстві низького рівня емоційності, пов'язаної з алкогольними напоями, і одночасне внесення ясності в суперечливі уявлення, що стосуються вживання алкоголю. Емоційність навколо алкоголю створює тиск на людину, а також на середовище, в якому обговорення і зміна культури прийняття спиртних напоїв просто неможливі. Більш продуманий і злагоджений підхід збільшить користь шляхом роз'яснення протиріч і забезпечить більшу ясність щодо норм пиття.

Другий основою соціокультурної моделі Вілкінсона є те, що має бути проведена чітка межа між нормальним вживанням алкогольних напоїв і пияцтвом. Завдання полягає в тому, щоб чітко визначити, що є прийнятним вживанням спиртних напоїв, а що – пияцтвом. На жаль, прийти до такої ясності далеко не просто.

Третій принцип Вілкінсона: після того, як досягнута визначеність із приводу того, де починається пияцтво, на нього потрібно накласти сувору заборону.

Четвертий, центральний принцип – вживання алкоголю має бути інтегроване в соціальний контекст у широкому сенсі цього слова. Інакше кажучи, вживання алкоголю не повинно бути сенсом життя або окремо взятої вечірки, а має стати просто доповненням до інших видів діяльності.

На закінчення Вілкінсон робить висновок, що суспільство може дозволити вживати алкоголь тільки тоді, коли це супроводжується вживанням їжі. Він вважає, що коли є закуска, вживання алкоголю перестає бути єдиним сенсом діяльності. Більше того, їжа потенційно сприяє зменшенню сп'яніння.

Всі разом ці принципи створюють уявлення про прийнятне і неприйнятне вживання алкоголю і, таким чином, формують бажаний зразок відповідальної поведінки. Такий зразок необхідно вкоренити в звичайне сімейне життя та іншу соціальну активність. Примітно, що метою соціокультурного підходу є не припинення вживання алкоголю взагалі, а зміна соціальних норм, що стосуються цього вживання. Таким чином, його стратегія не зосереджена на забороні, і багато хто вважає, що основною помилкою цього підходу є те, що він підтримує вживання алкоголю.

Критика цього підходу полягає також у тому, що він не може отримати широкого застосування. У багатьох країнах, наприклад в США і Канаді, одночасно існують різні види культур і субкультур, тому звичаї і цінності, прийняті в одній із них, можуть не підходити або відторгатися іншою.

Другий напрям критики полягає в тому, що соціокультурний підхід, роблячи акцент на помірному вживанні, не бере до уваги того, яке задоволення приносить деяким надмірне вживання алкоголю. Третій сумнів полягає в тому, що зміна ставлення призведе до бажаних змін у поведінці. У підсумку, звертають увагу на те, що соціокультурний підхід не бере до уваги фізіологічні проблеми, пов'язані з вживанням алкоголю (рак, хвороби печінки і шлунка). Тому багато хто вважає, що введення соціокультурної моделі викличе переважання саме фізіологічних проблем, навіть якщо соціальні проблеми і будуть усунені, просто завдяки широкому поширенню вживання алкоголю.

Всупереч цим сумнівам, соціокультурна модель не втрачає свого впливу, і в даний час є переважаючою стратегією. Прикладами її служать рекламні та освітні підходи до проблеми водіння в нетверезому вигляді.

Соціокультурна модель застосовується, переважно, для вирішення проблем, пов'язаних зі зловживанням алкоголем, але також є наріжним каменем у запобіганні багатьох проблем, пов'язаних із вживанням інших наркотиків. Як було зазначено вище, прикладом останнього може служити кампанія «Просто Скажи Ні», яка закликає всіх, але особливо молодих людей, відмовитися від пропозиції спробувати наркотики. Іншим прикладом рекламної кампанії такого типу є «Партнерство по Порятунку Америки від Наркотиків». Ця кампанія, сфокусована на марихуані, кокаїні і креку, намагається знизити соціальну прийнятність вживання наркотиків у молоді і попереджає тих, хто вже вживає їх або тільки збирається спробувати, про небезпеки, пов'язані з вживанням. Переважно ця кампанія проводиться на телебаченні. Але її ефективність може бути знижена за рахунок того, що вона спрямована на молодь середнього та верхнього соціальних класів, які менше піддатні цій небезпеці. Основною відмінністю в застосуванні соціокультурної моделі до зловживання наркотиками, порівняно зі зловживанням алкоголем, є те, що в першому випадку робиться спроба зробити нормою відсутність вживання взагалі, а в другому – сформувані розумні норми вживання.

Споживча модель. Другою моделлю профілактики є популяризація споживацького підходу. Ця модель вивчалася, переважно, в контексті запобігання і зниження вживання алкоголю, хоча в останні роки стала поширюватися й на інші наркотичні засоби. Вона заснована на статистичному вивченні вживання алкоголю у різних культурах. Першою роботою в цій області стало дослідження французького математика Саллі Лідерман в 50-х роках. Вид моделі сильно змінився протягом наступних років під впливом міжнародних досліджень.

Виділяють три основні положення цієї моделі. Перше полягає в тому, що відсоток сильно п'яних людей від даного населення прямо залежить від середнього рівня споживання алкоголю в даному суспільстві. Тому число алкоголіків зростає в суспільстві, де росте вживання алкоголю. У зв'язку з цією залежністю можна передбачити, що зниження споживання алкоголю в

даній культурі буде супроводжуватися зниженням числа хронічно хворих алкоголіків.

Друге положення полягає в тому, що збільшення сильного споживання алкоголю підвищує ймовірність виникнення пов'язаних із ним негативних наслідків у духовній, фізичній та соціальній сферах. Отже, як тільки середнє споживання алкоголю в суспільстві зростає, зростає кількість алкоголіків і, відповідно, можна очікувати зростання таких несприятливих наслідків.

Суть третього твердження у тому, що суспільство має намагатися зменшити негативні наслідки вживання алкоголю обмеженням його доступності. Стверджується, що обмеження доступності алкоголю, особливо шляхом підняття вартості спиртних напоїв, знизить споживання алкоголю і, відповідно, пов'язані з ним наслідки. Інші шляхи – скорочення робочого дня барів та забігайлівок із алкогольними напоями, контроль над роздрібним продажем алкоголю, підняття вікового цензу для купівлі спиртних напоїв.

Хоча ця модель докладно розглядає шляхи запобігання, вона також піддається критиці. Існує думка, згідно з якою ця модель цілком описова і не розкриває глибинних причин – чому люди п'ють або як середовище, в якому існує людина, впливає на її ставлення до спиртного. Проблема була розглянута більш докладно, і модель повинна бути вдосконалена шляхом введення таких соціокультурних змінних, як навколишнє середовище. Також існує критика того, що «нормально» питущі в соціальній групі можуть по-іншому реагувати на зусилля, спрямовані на зниження доступності алкоголю, ніж хронічні алкоголіки. Критика знову заснована на тому, що соціокультурні та психологічні змінні не включені в споживчу модель. Наприклад, відмінності між помірно питущих і алкоголіками можуть стати вирішальними у спробах передбачити поведінку. Так, реакція алкоголіків на підвищення цін на алкоголь та інші заходи, спрямовані на зниження вживання алкоголю, менш передбачувана. У зв'язку з цим можливі ситуації, в яких подібні заходи виявляться безрезультатними. Якщо, наприклад, ціна на алкоголь зростає дуже суттєво, то результат тут же проявиться у зростанні домашнього виробництва та розливу спиртних напоїв і загадковому іміджі навколо вживання алкоголю. Як видно з вищесказаного, завдання зниження середнього рівня вживання алкоголю дуже складне.

Заборонююча модель. Третя модель дуже проста сама по собі. Вона займає моральну позицію у вирішенні проблем використання різних речовин. Її суть у тому, що якщо немає вживання речовини, то немає й самої проблеми. Якщо людина вживає яку-небудь речовину, то це не суспільна проблема, а продукт якоїсь вади людського характеру. Якщо так, цілі заборонюючої моделі полягають в: а) забороні доступності та б) утриманні від використання.

Заборонююча модель застосовується як до алкоголю, так і до наркотиків. Найбільш відоме втілення цієї моделі до алкоголю на практиці – Сухий закон у США в 1921 – 1932 роках. Тим не менше, ця модель більш застосовна щодо зловживання наркотиками. Протягом десятиліть існувала суворі заборона на вживання наркотиків, головним чином, марихуани і

героїну, а пізніше й кокаїну. Заборонююча модель в 30 -40-х роках в Америці виявлялася у фільмах, газетах, журнальних статтях, спрямованих на масову аудиторію. Сенсаційні історії про сплеск злочинів, викликаних марихуаною, стали відомі завдяки газетним публікаціям та фільмам тих років «Божевільна сигарета з марихуаною», «Вбивця молодості», «Марихуана: травичка з корінням у пеклі». Тоді, як і зараз, «ключ» до таких компаній полягав у тому, що «хороші» люди не вживають наркотики.

Хоча заборонююча модель залишається популярною, вона не внесла значного успіху у вирішення проблем, пов'язаних із вживанням наркотиків. Добре відомо, що Сухий Закон не призвів до бажаних результатів, і проблеми вживання інших наркотиків також тривають. Може бути, основним недоліком цього підходу є те, що в межах намагаються вирішити складну проблему простими методами.

Нульова толерантність до наркотиків. Серед найостанніших методів заборонюючого підходу до зловживання наркотиками добре відома політика «нульової толерантності». Її сутність полягає у виробленні нульової терпимості до будь-якого наркотику в будь-якій кількості, в будь-якому місці, у будь-який час. Мета цієї політики – в атаці на попит на наркотики і, таким чином, зробити наркоманів відповідальними за їх роль у поширенні наркотиків.