КУРСОВАЯ РАБОТА

Аддиктивное поведение в подростковом и раннем юношеском возрастах.

Оглавление

Введение

Глава 1. Аддиктивное поведение в подростковом и раннем юношеском возрастах как психологическая проблема

.1 Понятие аддиктивного поведения и его критерии

.2 Формы аддиктивного поведения в подростковом и раннем юношеском возрастах

Глава 2. Профилактика аддиктивного поведения. Диагностика аддиктивного поведения

.1 Профилактика аддиктивного поведения

.2 Диагностика аддиктивного поведения

Заключение

Список используемой литературы

# Введение

Данная работа посвящена рассмотрению и анализу аддиктивного поведения в подростковом и раннем юношеском возрасте.

Решение данной проблемы имеет теоретическое и практическое значение. Эта проблема достаточно хорошо исследована отечественными и зарубежными психологами, но все равно не потеряла своей актуальности. Из зарубежных психологов ее исследованием были заняты: Р.Браун [35], G.Valliant [37], J.Parsons [36] и др. В отечественной психологии уделили большое внимание изучению аддикции: Ц. П. Короленко [15], Т. А. Донских [15], Н.В. Дмитриева [9], В.Д.Менделевич [23] и др.

Недавние социологические опросы и медицинские исследования показывают, что употребление алкоголя распространено среди молодежи. С различной частотой употребляют алкоголь, по личному признанию, примерно 82% людей в возрасте 12-22 лет. Средний возраст, в котором молодежь начинает «знакомство» с алкоголем, около 14 лет. Употребляют алкогольные напитки (в том числе и пиво) ежедневно или через день 33.1% молодых людей и 20.1% девушек. Каждый третий подросток в возрасте 12 лет пьет пиво, а в возрасте 13 лет - двое из трех. Доля злоупотребляющих спиртными напитками в школах составляет 15.7%, в ПТУ - 24.4%, в техникумах и колледжах - 33.7%, в вузах - 32.4% [34].

Как отмечала В. Лебедько, «различного рода зависимости окружают нас со всех сторон, мы не считаем эти зависимости патологическими, в отличии, например, от героиновой, ведь они - вроде бы не приносят вреда организму, мало того - мы просто не осознаем сам факт этих зависимостей» [18]. Если учитывать, что одним из важнейших свойств нервной системы является формирование и закрепление привычек, можно точно утверждать, что процесс рассудочного управления привычками есть управление своим поведением. Ведь любые вредные привычки, наносящие ущерб здоровью организма, со временем начинают восприниматься как нормальное явление, как что-то нужное и приятное. Тогда весь смысл управления своим поведением заключается в том, чтобы вовремя распознать предпосылки к образованию ненужной привычки, устранить ее, чтобы не попасть в ее сети.

Целью данной работы является изучение и раскрытие сущности аддиктивного поведения, а также способов его диагностики и профилактики.

Объектом исследования в данной работе будет являться аддикция и аддиктивное поведение.

Предметом исследования - особенности аддиктивного поведения в подростковом и раннем юношеском возрастах.

Задачи исследования:

. Раскрыть сущность понятия аддиктивного поведения и его критерии.

. Исследовать формы аддиктивного поведения в подростковом и раннем юношеском возрастах.

3. Изучить профилактику аддиктивного поведения.

. Рассмотреть диагностики аддиктивного поведения.

При написании работы нами были использованы теоретические методы - анализ, синтез, сравнение, обобщение.

Структура работы: курсовая работа носит теоретический характер и состоит из введения, двух глав, заключения и списка литературы.

# Глава 1. Аддиктивное поведение в подростковом и раннем юношеском возрастах как психологическая проблема

## .1 Понятие аддиктивного поведения и его критерии

Аддиктивное поведение - один из типов девиантного (отклоняющегося) поведения с формированием стремления к уходу от реальности путем искусственного изменения своего психического состояния с помощью приема некоторых веществ или постоянной фиксацией внимания на определенных видах деятельности с целью развития и поддержания интенсивных эмоций [15].

В русском языке сильная склонность, безотчетное влечение к чему-либо обозначается словом пристрастие (С.И.Ожегов, Н.Ю.Шведова. Толковый словарь русского языка, 1996) [41]. Это слово и является синонимом заимствованного слова аддикция.

Аддиктивное поведение как вид девиантного поведения личности имеет несколько форм:

 химическая зависимость (курение, токсикомания, наркотическая зависимость, алкогольная зависимость);

 нарушение пищевого поведения (переедание, голодание, отказ от еды);

 игровая зависимость (компьютерная зависимость, азартные игры);

 религиозно-деструктивное поведение (религиозный фанатизм, вовлеченность в секту).

Термин аддикция зарубежными исследователями все чаще трактуется как синоним слова зависимость, а аддиктивное поведение как зависимое поведение. Отечественные исследователи считают аддиктивное поведение не полностью сформировавшейся болезнью. Так, например, В. Худяков [31] выделяет 4 критерия аддиктивного поведения:

. Социальным критерием аддиктивного поведения является такая частота группового употребления психоактивных веществ и возникающих физиологических, психологических и социальных последствий, при которой употребление психоактивных веществ становится ведущим способом решения проблем. Аналогично критерий действует и при нехимических аддикциях. Для подростков 13 лет и моложе пороговой частотой является частый прием опьяняющих доз, а для 14-летних и старше - употребление алкоголя чаще одного раза в месяц при неоднократных интоксикационных дозах, а также независимо от возраста - повторное употребление других психоактивных веществ.

. К психологическим критериям аддиктивного поведения относятся: ослабление мотивов, препятствующих приему психоактивных веществ, с формированием группового употребления и закрепление вариантов психологической защиты в виде отрицания, проекции, генерализации и рационализации. Одновременно личностные реакции становятся более острыми и приводят к учащению межличностных и семейных конфликтов и к нарушениям адаптации.

. Физиологическим критерием является рост толерантности не менее чем в 2-3 раза с угасанием рвотного рефлекса при закреплении группового способа злоупотребления психоактивными веществами - при химических зависимостях. 4. Клиническими критериями аддиктивного поведения являются: амнестические расстройства в состоянии алкогольного и токсико-наркологического опьянения; усиление акцентуаций характера с возникновением патохарактерологических реакций, эмоционально-поведенческие и аффективные расстройства с колебаниями настроения дисфорически-дистимического характера; усиление интенсивности аффективного компонента в структуре влечений.

И.Данилина [40] выделяет 6 критериев аддикции:

1. игнорирование значимых ранее событий и действий, как результат зависимого поведения;

. распад прежних отношений и связей, смена значимого окружения;

. враждебное отношение и непонимание со стороны значимых для зависимого человека людей;

. скрытность или раздражительность, когда окружающие критикуют его поведение;

. чувство вины или беспокойства относительно собственной зависимости;

. безуспешные попытки сокращать зависимое поведение.

В.Д. Менделевич [23] считает основным критерием диагностики всех видов аддиктивного поведения «изменение состояний сознания в период реализации патологического влечения, которые феноменологически сопоставимы с «особыми состояниями сознания» и «сумеречным расстройством». В. В. Шабалина [33] обращает внимание на то, что «ощущение управляемости со стороны является одним из признаков психической зависимости, личностно-поведенческим компонентом ее когнитивной структуры». Также можно выделить мотивационно-ценностный компонент зависимости, который заключается в представлении объекта зависимости ценности, и эмоционально-волевой компонент, выражающийся в представлении о непреодолимости влечения к объекту зависимости.

Р. Браун и М.Гриффитс [35] сформулировали шесть компонентов, универсальных для всех вариантов аддикции:

 особенность, «сверхценность»;

 модификация настроения;

 рост толерантности;

 симптомы отмены;

 конфликт с окружающими и самим собой;

 рецидив.

Таким образом, мы в своей работе будем рассматривать более узкий аспект - злоупотребление психоактивными веществами, такими как: табакокурение, злоупотребление ингалянтами, алкоголем и наркотиками. Именно так изначально в отечественной психологии трактовалось понятие аддикции.

## 1.2 Формы аддиктивного поведения в подростковом и раннем юношеском возрастах

Алкоголизм. "По данным Всемирной организации здравоохранения, алкогольная проблема, рассматриваемая только в медицинском аспекте, занимает третье место после сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний. Роль злоупотребления алкоголем в современном обществе особенно возрастает с учетом связанных с этим явлением психологических и социально - экономических последствий", - писали Ц.П. Короленко и Т.А.Донских [15].

Пьянство и алкоголизм в подростковом и раннем юношеском возрастах имеют свои особенности в сравнении с пьянством и алкоголизмом взрослых людей. Это связано с физиологической и социальной незрелостью детей, но этапы формирования алкоголизма и типичные его проявления одинаковые. Сейчас подростков, которые не употребляют алкоголь, во много раз меньше, чем тех, кто его употребляют, а некоторые выпивают постоянно. Эта проблема относится не только к мальчикам, но и к девочкам.

То, что подростки употребляют алкоголь, является патологией, независимо от количества выпитого алкоголя. Прием доз, пусть даже незначительных для зрелого человека, является чрезмерным для подростка и приводит к алкогольной интоксикации. Подростки с самого начала злоупотребляют спиртным: у большинства из них регулярно случается тяжелая алкогольная передозировка с рвотой и потерей сознания.

Подростков, употребляющих алкоголь, не пугают случаи отравления. На этой стадии тяга к спиртному еще не формируется. Они регулярно напиваются "до рвоты" и тяжелого опьянения не из-за того, что осознанно хотят достичь именно такого эффекта, а из-за желания не отрываться от своих друзей, среди которых всегда есть более "опытные" и более выносливые. В результате регулярного потребления алкоголя повышается переносимость спиртного, формируется влечение к нему. В этот момент изменяются увлечения и характер ребенка. Ученики теряют интерес к занятиям, прогуливают школу, хамят преподавателям и родственникам. Любыми способами ищут деньги на выпивку. Поэтому с каждым годом растет преступность среди детей подросткового и юношеского возрастов. По различным причинам, образ жизни таких школьников для большинства родителей остается секретом вплоть до задержания юных нарушителей работниками правоохранительных органов.

"Злокачественное течение алкоголизма характеризуется стремительным формированием патологического влечения к алкоголю (в некоторых случаях после одно - двукратного приема спиртного) отсутствием этапов борьбы мотивов "выпить" или "не выпить". Возникшее влечение без раздумий реализуется изначальным отсутствием количественного контроля или его ранней утраты, систематическими передозировками и последующими амнезиями, появлением неуправляемого поведения уже на начальной стадии алкоголизма и социальными конфликтами" [13].

При худшем варианте подросткового алкоголизма родители вынуждены прибегать к помощи нарколога. Но на этом этапе дети становятся неуправляемыми: не соглашаются на лечение, не соблюдают режим лечебного учреждения.

Чаще всего попытки родственников помочь не дают ожидаемого результата. Родственники не выдерживают их поведения и предоставляют подросткам полную свободу. Дальнейший сценарий жизни подростков, страдающих этой формой алкоголизма, весьма однообразен: вначале они становятся попрошайками, затем начинают воровать и после неоднократных судимостей попадают в колонии для несовершеннолетних, покидая которые пополняют "ряды" маргиналов. К счастью, не все подростки обречены на подобный образ жизни. Все-таки большинство детей в нашей стране получает среднее образование, а многие даже - высшее.

Наркомания. На сегодняшний день существует множество трактовок термина «наркомания».

Некоторые исследователи используют его и для обозначения таких форм одурманивания, при которых зависимость еще не сформирована, а также при применении веществ, не являющихся "настоящими" наркотиками (лекарственных препаратов, средств бытовой химии и т.д.). При таком употреблении стирается грань между наркоманией как болезнью и одурманиванием как социальной болезнью. Вещества, которые способны вызывать зависимость, можно распределить на две большие группы - наркотические и токсикоманические.

Для того чтобы вещество считалось наркотическим, оно должно отвечать трем критериям:

 медицинскому (вещество оказывает такое воздействие на центральную нервную систему человека, которое является причиной его немедицинского потребления, говоря "подростковым" языком - вызывает "кайф");

 социальному (наносит вред обществу);

 юридическому (распространение этого вещества ограничено и находится под строгим юридическим контролем).

В большинстве случаев употребление наркотических веществ связано со стремлением к новым ощущениям, к расширению их спектра. Ищутся новые способы введения, новые вещества и разные сочетания этих веществ, чтобы достичь максимального эффекта. Наиболее популярными являются мягкие наркотики. От этих наркотиков происходит довольно быстрый переход на более сильные вещества в виде ингалянтов (кокаин, экстази) и в виде инъекций (героин), вводимых внутривенно, почти сразу же вызывающих физическую зависимость. Наркотическая зависимость носит наиболее ярко выраженный характер, по сравнению с алкогольной, так как быстрее наступает опустошенность. Подросток становится замкнутым в себе. Круг друзей уменьшается до тех, кто злоупотребляет наркотиками. Лица, принимающие наркотики, пытаются прилечь в свой круг больше людей, также мешают попыткам ухода из этой среды. Параллельно с личностным распадом развиваются серьезные нарушения на органном и психическом уровнях. Возрастает необходимость в увеличении дозировки, которая повлечет за собой потерю контроля над собой и смерть от передозировки. Наркотическая зависимость часто сопряжена с преступной деятельностью, так как постоянно актуальна проблема наличия денег для покупки наркотиков.

Формирование наркотической зависимости происходит в несколько этапов:. Важное событие - проба наркотика в первый раз. Дети в подростковом и юношеском возрастах подчиняются наркогенному давлению окружающей среды, пробуют вещество для того, чтобы стать частью компании. Большую часть несовершеннолетних привлекает возможность испытать новые, неизведанные ощущения. . Для него характерно первое ощущение эйфории. Здесь начинает формироваться наркогенная потребность. Меняются психологические и социальные характеристики несовершеннолетнего. Именно на этом этапе эйфорические ощущения наиболее яркие и значительные. У подростка формируется представление о "положительной" стороне наркотизации. Пока что никаких реальных отрицательных последствий наркотизации не ощущается, поэтому подростку все сложнее поверить взрослому, говорящему об опасности наркомании. . Ключевое событие этого этапа заключается в появлении у подростка симптома психической зависимости. Тогда подросток начинает испытывать чувство беспокойства, тревоги. Снижается сила эйфорических ощущений. Подросток стремится использовать наркотическое вещество, чтобы снять неприятные ощущения. Надо сказать, что только на этом этапе взрослые начинают догадываться о том, что с ребенком что-то не так. Круг общения сужается до тех, кто употребляет наркотики. . У подростка формируется физическая зависимость от наркотика. Все завершается "ломкой", мучительными ощущениями. Чтобы снять эти ощущения, подросток идет на всё, ведь теперь для него нет преград. В отсутствии наркотика чувствительность организма к сигналам, идущим от внутренних органов, повышается настолько, что наркоман начинает ощущать даже незначительное функционирование кишечника. Громкий звук, яркий свет начинают буквально бить по нервам.

Если посмотреть официальную медицинскую статистику, то можно увидеть, что продолжается активное вовлечение подростков в потребление наркотиков.

Токсикомания - это систематическое употребление токсических средств, которое сопровождается формированием психической зависимости от него, ростом толерантности, возникновением абстинентного синдрома и разнообразными психическими, соматическими и социальными нарушениями.

Э. А. Бабаян [2] выделяет следующие наиболее часто встречающиеся группы токсических веществ, вызывающих болезненное пристрастие к ним:

 снотворные средства,

 транквилизаторы,

 стимуляторы,

 анальгетики,

 антигистаминные средства,

 летучие ароматические вещества.

Большое значение в развитии токсикоманий у несовершеннолетних придается влиянию коллектива, подражанию и интересу, характерным для подростков. Введение чрезмерных дозировок, пусть и однократно, могут привести к летальным случаям или к тяжелейшим последствиям, связанным с необратимыми повреждения мозга.

Самой популярной среди несовершеннолетних является токсикомания ингалянтами - летучими органическими растворителями. Для этого используют газ для заправки зажигалок, керосин, газолин, клей, лаки, краски, эмали. Поскольку эти вещества доступны в любом хозяйственном магазине и дешевы, их используют подростки.

Существует несколько фаз интексикации:. Подъем настроения, головокружение, ощущение теплоты и расслабленности. . Если вдыхание продолжается, наступает вторая фаза - ощущение веселья, искажение восприятия. Агрессивности обычно нет.. Следующая фаза характеризуется появлением зрительных, красочных, подвижных галлюцинаций. При выходе из состояния интоксикации наблюдается ощущение усталости, вялости.

Установить, что подросток начал нюхать летучие вещества, несложно:

.от вещей и волос исходит характерный запах;

.дома появляются пустые и полные флаконы, баллоны со средствами бытовой химии; 3.появляются внешние следы, такие как сыпи вокруг рта и носа, раздражение век и глаз.

После 3-6 месяцев регулярного вдыхания развивается абстинентный синдром. Он появляется к концу первых суток после прекратившегося вдыхания. Сначала наблюдается подавленное настроение или злобная раздражительность, тяжелая головная боль, приступ потливости, двигательное возбуждение.

На вторые сутки - тревога, настороженность, больной становится скандальным, угрожает самоубийством.

Затем настроение падает, возникает тоска, подросток лежит в постели. Общее состояние ухудшается в течение 4-6 дней, затем постепенно проявления абстиненции проходят, но длительное время остаются приступы тоски или злобы. Общая длительность абстинентного синдрома 10-15 дней. Еще 1-1,5 месяц длится состояние неустойчивого равновесия.

Курение. Никотин - алкалоид, который содержится, главным образом, в листьях и семенах различных видов табака. Никотин является жидкостью с неприятным запахом и жгучим вкусом.

В последние годы среди несовершеннолетних широко распространяется курение. В.В. Дунаевский и В.Д.Стяжкин [11] в своей книге приводят статистику, что современный российский школьник начинает курить в среднем в 13 лет, в т.ч. юноши в 12,3 г., а девушки - в 13, 9 лет. В составе учащейся молодежи курят в среднем 55%, в т.ч. среди учащихся школ - 45,5%. Среднедневное потребление сигарет учащейся молодежи - 10,5 штук, т.е. большинство категорий учащейся молодежи выкуривает больше, чем по половине пачки сигарет в день.

Воспитываясь в семье курящих, ребенок не подозревает, что курение - это отвратительная привычка. Он считает этот процесс таким же естественным, как дыхание или приемы пищи. По их представлениям курение - это общепринятая норма поведения. Доказано, что в семье курильщиков около 50% детей начинают курить в подростковом или раннем юношеском возрасте. А в семье некурящих вдове меньше, то есть 25%.

Важную роль в приобщении к курению играют шумные компании, дискотеки и прогулки, так как они являются самыми популярными формами проведения досуга среди подростков. Из-за возрастающего числа курильщиков-девушек были выведены основные мотивы начала приобщения к этой привычке:

. стимулом явилась мода;

. получение приятных ощущений;

. курение привлекает внимание молодых людей.

Очень часто курение вызывает неприятные ощущения: першение в горле, тошноту, рвоту, но если человек продолжает курить, то неприятные ощущения постепенно проходят, вырабатывается привычка. [24].

У курильщиков постепенно формируется так называемый никотиновый синдром. Точкой отсчета начала никотинового синдрома стоит считать тот момент, когда пропадают неприятные ощущение, именно в тот момент формируется зависимость. У никотинового синдрома выделяются 3 стадии, в основе которых лежат 6 ведущих синдромов: психическое и физическое привыкание, измененная реактивность, психические, соматические и неврологические нарушения.

стадия - начальная: болезнь начинает развиваться с пропаданием неприятных и появлением легких эйфорических ощущений. Именно тогда появляется привычка, ощущение, что выкуренная сигарета поднимает настроение. Продолжительность от 1 до 5 лет. В это время курильщик может покончить с вредной привычкой самостоятельно.

стадия - хроническая: отличается особой стойкостью, так как имеется тяга к табакокурению, появляется физическая зависимость.

стадия - поздняя: изменение реактивности организма, выраженное в снижении толерантности, появляются дискомфортные ощущения, боли в области сердца.

Курение подростков отражается на физическом развитии, дети плохо растут, отстают в весе, у них изменяется цвет лица. Самым вредным является тот факт, что дети курят в тайне от родителей, торопятся, сильнее втягивают в себя дым. Именно так в организм попадает большее количество опасных веществ. Этот факт усугубляет другой: дети докуривают сигареты до фильтра, где находятся самые вредные вещества, подростки подбирают бычки незнакомых людей и докуривают их. А через сигарету могут передаваться различные заболевания. Из-за отсутствия необходимого количества денег подростки курят самые дешевые сигареты, в них никотина больше, так как это табак низкого сорта.

У курящих подростков ухудшается сон, нарушаются внимание и память. Дети становятся нервными и раздражительными. Курение вызывает рак. Первый симптом этой болезни - сухой кашель.

К сожалению, подростки не осознают всех отрицательных влияний этой привычки.

На данный момент в России употребление психоактивных веществ несовершеннолетними является наиболее важной проблемой, оказывающей негативное влияние на социально-экономические основы благополучия семей, на здоровье индивидов. Нахождение способа решения этой проблемы является ключевым вопросом для Российской Федерации и многих других стран.

# Глава 2. Профилактика аддиктивного поведения. Диагностика аддиктивного поведения

## .1 Профилактика аддиктивного поведения

Профилактика - это направленная на предупреждение наркомании, алкоголизма и табакокурения работа (по воспитанию и просвещению) с населением (детьми, родителями, педагогами), включающая действия со стороны местной власти, прессы и всего общества, необходимые для того, чтобы дети, подростки и молодёжь не начали принимать наркотики, употреблять алкоголь и курить, чтобы их ближайшее окружение (родители, близкие и педагоги) не провоцировали на это» [22].

Всемирная организация здравоохранения классифицирует профилактику по трём этапам:

. Первичная профилактика зависимости от психоактивных веществ имеет целью предупредить начало употребления психоактивных веществ лицами ранее их не употреблявшими. Она является преимущественно социальной, наиболее массовой и ориентирована на общую популяцию детей, подростков, молодежи. Первичная профилактика стремится уменьшить число лиц, у которых может возникнуть заболевание, а ее усилия направлены не столько на предупреждение развития болезни, сколько на формирование способности сохранить либо укрепить здоровье.

. Вторичная профилактика зависимости от психоактивных веществ является избирательной. Она ориентирована на лиц, имеющих эпизоды употребления психоактивных веществ, либо на лиц, имеющих признаки формирующейся зависимости в ее начальной стадии. Необходимость во вторичном профилактическом воздействии возникает в тех случаях, когда заболевание имеет вероятность возникнуть (профилактика для групп риска) либо когда оно возникло, но не достигло пика своего развития. 3. Третичная профилактика зависимости от психоактивных веществ является преимущественно медицинской, индивидуальной и ориентирована на контингенты больных, зависимых от психоактивных веществ. Третичная профилактика типа «А» направлена на предупреждение дальнейшего злоупотребления психоактивными веществами больными либо на уменьшение будущего вреда от их применения, на оказание помощи больным в преодолении зависимости. Третичная профилактика типа «Б» (именуемая так же четвертичной) направлена на предупреждение рецидива заболевания у больных, прекративших употреблять психоактивные вещества.

Существенный прогресс в области профилактики зависимостей связан с разработкой подходов, сосредоточенных на понимании профилактики, учитывающей, личностные факторы, социальные и психологические.

Н.Сирота и В.Ялтонский [29] выделяют следующие профилактические подходы:

. Подход, основанный на распространении информации о наркотиках.

Существуют три различных варианта информационного подхода:

) предоставление частичной информации о фактах влияния употребления психоактивных веществ на организм, поведение, а также статистических данных о распространенности зависимостей;

) стратегия запугивания, инициирования страха, цель которой - предоставить устрашающую информацию, описывая неприглядные и опасные стороны употребления психоактивных веществ;

) предоставление информации об изменениях личности людей, употребляющих психоактивные вещества, и о проблемах, с этим связанных.

Данный подход должен быть строго дифференцирован в зависимости от пола, возраста, экономических и социальных условий, характерных для "фокусных" групп населения, ориентироваться как на индивида, так и на отдельные конкретные контингенты, слои, общество в целом.

.Подход, основанный на аффективном (эмоциональном) обучении.

Этот подход концентрируется на ощущениях, переживаниях индивида, его навыках их распознавать и управлять ими. В рамках этого подхода выделяются следующие цели: повышение самооценки; определение значимых личностных ценностей; развитие навыков распознавания и выражения эмоций; развитие навыков принятия решений; формирование способности справляться со стрессом.

.Подход, основанный на роли социальных факторов.

Этот подход основывается на признании того, что влияние сверстников и семьи играет важную роль в этом процессе, способствуя или препятствуя началу употребления психоактивных веществ. Данный подход базируется на теории социального научения А. Бандуры, утверждающей, что поведение индивида постепенно формируется в результате позитивных и негативных последствий его собственного поведения и воздействия примеров соответствующего и несоответствующего поведения окружающих (родителей, других родственников или значимых лиц из окружения).

Данный подход рассматривается как относительно успешный, так как он достигает цели, предотвращая или "отодвигая" начало употребления психоактивных веществ. Исследователями отмечается успешное влияние указанного подхода на прекращение многими подростками курения, подчеркивается важная роль формирования системы позитивных лидеров-сверстников.

.Подход, основанный на формировании жизненных навыков.

Данный подход базируется на понятии изменения поведения.

Теория социального научения А. Бандуры и теория проблемного поведения Р. Джессора являются основой этого направления, позволяя, с одной стороны, приблизиться к пониманию причин возникновения зависимости, а, с другой стороны, создать потенциально эффективные профилактические стратегии. Первая теория связывает данный подход с направлением социальных влияний, вторая - с социально-психологическим направлением, учитывающим проблемы, являющиеся актуальными в подростковом возрасте. Реализация данного подхода в российской практике привела к созданию на основе базовых программ Life Skills International пособия по первичной профилактике зависимостей для общеобразовательной школы, внедрению в нескольких школах Москвы адаптированных программ антинаркотического обучения. По сравнению с другими подходами модель программ развития жизненных навыков оценивается исследователями как имеющая шансы быть успешной, однако социально-психологические и культуральные особенности России требуют поисков более углубленного профилактического подхода.

.Подход, основанный на альтернативной потреблению наркотиков деятельности.

В настоящее время можно выделить четыре варианта программ, которые основываются на модели поведенческой альтернативы употреблению наркотиков:

) предложение специфической позитивной активности (например, путешествия с приключениями), которая как вызывает сильные эмоции, так и предполагает преодоление различного рода препятствий;

) комбинация специфических личностных потребностей со специфической позитивной активностью;

) поощрение участия во всех видах такой специфической активности;

) создание групп поддержки молодых людей, заботящихся об активном выборе своей жизненной позиции.

Результаты внедрения этих программ не свидетельствуют о явных успехах или неудачах. Данные программы особенно эффективны для групп высокого риска аддиктивного и других форм отклоняющегося поведения.

.Подход, основанный на укреплении здоровья.

Идея, основывающаяся на развитии жизненных навыков и компетентности у каждого члена общества с тем, чтобы он мог регулировать факторы, определяющие здоровье, а также требование вмешательства в окружающую среду для усиления влияния факторов, благоприятных для здоровья, составляют концептуальную основу данного подхода. Эта стратегия в сжатом виде выражается фразой «Делать здоровый выбор максимально доступным". Концепция укрепления здоровья интегрирует школьную среду и связанные с ней группы взрослых. Она подразумевает изменение типа и структуры школьного образования. Действия на ее основе рассчитаны на длительный позитивный эффект в результате усиления личностных ресурсов и готовности людей использовать их.

.Интегративный подход.

Данный подход представляет собой варианты комбинаций профилактических стратегий, применяющихся для реализации выше перечисленных подходов. Многокомпонентные программы позволяют получить наилучший эффект.

Получается, что анализ современных подходов к профилактике употребления подростками психоактивных веществ обнаруживает их неэффективность. Необходимо разрабатывать новые подходы, которые будут применимы в современном мире. Разрешение этой проблемы невозможно без осознания того, какие личностные качества и условия окружающей среды помогут сохранить здоровье и благополучно преодолеть искушение употребления психоактивных веществ.

Технологии профилактики обращения к психоактивным веществам различных категорий населения разрабатываются в рамках медицины, психологии, педагогики, социологии. В мировой практике накоплен большой опыт формирования программ, рассчитанных на работу со всеми детьми и подростками в учебных заведениях и учреждениях дополнительного образования, в системе социально-поддерживающих учреждений.

## 2.2 Диагностика аддиктивного поведения

На данный момент в современной науке не существует уникальной методики диагностирования аддикции. Существует большое количество различных конкретных опросников для определенных типов аддикции: алкоголизм, табакокурение, наркомания и т.д. Эти опросники довольно просты в употреблении и эффективны, но, к сожалению, имеют очень узкую направленность.

Метод комплексной оценки аддиктивного статуса индивида и популяции с помощью системы AUDIT-подобных тестов. Авторы: Линский И.В., Минко А.И., Артемчук А.Ф., Гриневич Е.Г., Маркова М.В., Мусиенко Г.А., Шалашов В.В., Маркозова Л.М., Самойлова Е.С., Пономарёв В.И., Бараненко А.В., Минко А.А., Гольцова С.В., Сергиенко О.В, Линская Е.И., Выглазова О.В. [19].

В качестве основы для создания метода комплексной оценки аддиктивного статуса был избран AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) - тест, предназначенный для выявления расстройств, связанных с использованием алкоголя. AUDIT является одним из наиболее испытанных и надёжных тестов. Как было установлено, он обеспечивает необходимую точность оценок независимо от пола, возраста, и культурной принадлежности респондента. Кроме того, тест краток и хорошо структурирован. Его вопросы сведены в три концептуальных раздела, которые охватывают все стадии и составляющие формирующейся алкогольной зависимости: от донозологических её форм до клинически выраженных проявлений.

Шкала поиска ощущений (Sensation SeeKing Scale). Автор: Цукерман М. [28].

Методика предложена М.Цукерманом в 1964 году. Данный тест определяет уровень потребностей в ощущениях различного рода. Высокие показатели по шкале острых ощущений, несмотря на всю информативность и стремление к личностному росту, могут привести к отрицательным последствиям для жизни индивидуума. Особенно характерны высокие показатели по шкале острых ощущений для подростков в силу ограниченности восприятия жизни в целом, стремлением к познавательной активности и получению информации о жизни. Высокий уровень потребностей в ощущениях обозначает наличие влечения, возможно, бесконтрольного, к новым, «щекочущим нервы» впечатлениям, что часто может провоцировать испытуемого на участие в рискованных авантюрах и мероприятиях. Считается, что высокие показатели являются факторами риска девиантного поведения. Реальная действительность не предоставляет подросткам с высоким уровнем потребностей в ощущениях возможность удовлетворить их. Употребление психоактивных веществ - это один из путей получения необычных ощущений, связанных с измененным состоянием сознания. Участие же аддиктивного подростка в противоправных мероприятиях прогнозируемо по причине того, что участие в них дает возможность получить «щекочущие нервы» впечатления. Благополучные подростки более осмотрительны и осторожны.

Патохарактерологический диагностический опросник. Авторы: Иванов Н.Я., Личко А.Е. [21].

Патохарактерологический диагностический опросник (ПДО) для подростков разработан в отделении подростковой психиатрии Психоневрологического Института им. В.М.Бехтерева.

Метод патохарактерологического исследования подростков, названный Патохарактерологическим Диагностическим Опросником, предназначен для определения в возрасте 14-18 лет типов акцентуации характера и типов психопатий, а также сопряженных с ними некоторых личностных особенностей (психологической склонности к алкоголизации, делинквентности и др.), перечисленных в предыдущем разделе. ПДО может быть использован психиатрами, медицинскими психологами, врачами других специальностей и педагогами, получившими специальную подготовку по медицинской психологии.

Специальные дополнительные шкалы предназначены для оценки склонности к депрессиям, риска социальной дезадаптации, возможности формирования психопатий (расстройства личности), риска злоупотребления наркотиками и другими дурманящими средствами, риска ранней половой жизни у девочек и для дифференциальной диагностики истинных и демонстративных попыток самоубийства у подростков. Предпосылками для создания ПДО послужили опыт психиатрии и концепция психологии отношений.

На основании описания типов патологических характеров в руководствах и монографиях: Э.Крепелина, Э.Кречмера, К.Шнайдера, П.Б.Ганнушкина, Г.Е.Сухаревой, К.Леонгарда, А.Е.Личко были составлены наборы фраз, отражающие отношения при разных типах характера к ряду жизненных проблем, актуальных в подростковом возрасте. В число таких проблем вошли оценка собственных витальных функций (самочувствие, сон, аппетит, сексуальное влечение) отношение к окружению (родителям, друзьям, незнакомым и т.д.) и к некоторым абстрактным категориям (к правилам и законам, к опеке и наставлениям, к критике в свой адрес и др.). В эти наборы были включены фразы индифферентные, не имеющие диагностического значения.

Диагностика и коррекция факторов риска аддиктивного поведения (новые перспективы физической культуры). Авторы: Ежов И.В., Туревский И.М., Малыгин В.Л. [12].

Данная психодиагностическая система впервые в России построена в виде озвученного игрового интерактивного диалога между анимационными персонажами, происходящего на экране компьютера.

Все это вызвало необходимость создания новых подходов к диагностике риска аддиктивного поведения. Эта интерактивная система диагностики состоит из 54-х вопросов с двумя возможными вариантами ответов. Результатом тестирования является выявление 11 вариантов идивидуально-типологических свойств, в том числе 4-х дезадаптивных, с высоким риском обращения к психоактивным веществам. Для каждого из дезадаптивных типов разработана система психологической коррекции.

В отличие от множества других тестов данная психодиагностическая система реализована в виде озвученного игрового интерактивного диалога между анимационными персонажами, происходящего на экране компьютера. Включение подростков в игровой диалог снижает уровень психологических защитных механизмов и тем самым существенно повышает качество диагностики.

Теоретической основой для создания системы диагностики явились выявленные в процессе исследования ведущие факторы риска формирования аддиктивного поведения - фрустрированность и гедонистическая направленность личности.

Структурно-динамический подход по выявлению факторов риска аддиктивного поведения основан на теории деятельности. В предлагаемой психодиагностической системе структура личности представлена как целостная структура с взаимовлияющим сочетанием базовых факторов личности.

Таким образом, ведущая роль в борьбе с подростковыми зависимостями принадлежит системе образования, т.е. школе. Именно в образовательном учреждении можно и нужно организовывать работу по профилактике и диагностике употребления психоактивных веществ в ходе воспитательного процесса. Ведь педагоги имеют возможность наблюдать за развитием, поведением своих учеников, могут на основе сравнения или разговора выявить у подростка склонность к психоактивным веществам. Всегда проще предотвратить беду, чем потом исправлять ошибки.

аддиктивный поведение подростковый зависимость

# Заключение

В нашей работе мы рассмотрели проблему приобщения подростков к психоактивным веществам, также мы упомянули, что к аддикции относятся не только освещенные нами химические зависимости: алкоголизм, наркомания, табакокурение и токсикомания, но и нехимические, такие как: переедание, гиперрелигиозность, шопоголизм, игромания, фанатизм и сектантство и т.д.

Люди с аддиктивным поведением всегда отрицают свои проблемы или не связывают их с опасной зависимостью. Они думают, что их аддиктивное поведение не больше, чем «баловство», что в любой момент они могут избавить от этой пагубной привычки. Подростковая и юношеская аддикция осложняется незнанием или недостаточным знанием о вредной привычке, желанием соответствовать моде, казаться старше, быть «своим» среди друзей и сверстников, желанием стать самостоятельным и рядом других причин, характерных для подросткового возраста. Одной из первых причин такого поведения и отклонения подростков от нормы выделяется нарушение взаимодействия ребенка с социальной микросредой, в которой он находится и развивается. Наибольшее влияние на подростка оказывают родители, сверстники, друзья и школа. Период переходного возраста - тяжелый период. Если ребенок не может найти поддержки и понимания в семье, либо атмосфера в семье не является благополучной, то ребенок может перестать контролировать себя, и это вскоре приведет к печальным результатам. Ведь под воздействие психоактивных веществ чаще всего попадают несовершеннолетние от 11 до 17 лет. Различные психоактивные вещества, будь то алкоголь или наркотики, хотя бы один раз употребляли 85% детей. Наша работа на тему аддиктивного поведения в подростковом и раннем юношеском возрастах и анализ литературы по данной теме приводит нас к выводу: данная проблема не решена в современном обществе, несмотря на многочисленные исследования, она, напротив, преумножается в своих размерах. Причины этой проблемы различны: родители, окружение ребенка и т.д.

В нашей работе мы определили критерии развития аддикции, формы ее проявления, а также рассмотрели некоторые диагностические методики, с помощью которых можно предупредить или выявить аддикцию у ребенка.

# Список используемой литературы

1. Александров А.А. Психодиагностика и психокоррекция // Под ред. А.А. Александрова. СПб.: Питер, 2008. 384 с.

. Бабаян Э. А., Гонопольский М. Х. Наркология: (Учебное пособие). - М.: Медицина, 1987. - 335 с.

. Березин С.В., Лисецкий К.С., Назаров Е.А. Психология наркотической зависимости и созависимости. Монография. / С.В. Березин, К.С. Лисецкий, Е.А. Назаров - М.: МПА, 2001. 191 с.

. Братусь В. С., Сидоров П. И. Психология, клиника профилактика раннего алкоголизма. - М., 1984.

. В. Д. Менделевич. Психология зависимой личности. - Казань, 2004. 240 с.

. Головко А.И. О месте эпидемиологических показателей наркологии в общей информационной структуре наркологической ситуации // Биомедицинский журнал. 2007. №8. С.616-621.

. Головко А.И. Современные классификации психоактивных веществ // Биомедицинский журнал. 2007. №8. С. 622-636.

. Даулинг С. Психология и лечение зависимого поведения / Под ред. С. Даулинга - М.: Класс, 2000. 240 с.

. Дмитриева Н.В., Четвериков Д.В. Психология аддиктивного поведения. Новосибирск, 2002.

. Дружинин В.Н. Психология: Учебник для гуманитарных вузов // Под общ. ред. В.Н. Дружинина. СПб.: Питер, 2009. 656 с.

. Дунаевский В. В., Стяжкин В. Д. Наркомания и токсикомания. - М.: Медицина, 1990. 206 с.

. Ежов И.В., Туревский И.М., Малыгин В.Л. Диагностика и коррекция факторов риска аддиктивного поведения (новые перспективы физической культуры) // Вестник спортивной науки. М.,2003.№2. С.44-51.

. Еникеева Д. Д. Как предупредить алкоголизм и наркоманию у подростков: Учебное пособие для студентов средних и высших педагогических учебных заведений. - 2-е изд., стереотипное. - М.: Издательский центр "Академия", 2001. 144 с.

. Захаров Н.П. Психотерапия пограничных расстройств и состояний зависимости / Н.П. Захаров - М.: "ДеЛи-принт", 2004. 288 с.

. Короленко Ц.П., Донских Т.А. Семь путей к катастрофе. - Новосибирск, 1990.

. Котляров А.В. Другие наркотики, или Homo Addictus / А.В. Котляров - М.: "Психотерапия", 2006. 480 с.

. Котляров А.В. Освобождение от зависимостей, или школа успешного выбора / А.В. Котляров - М.: "Психотерапия", 2005. 448 с.

. Лебедько В., Баранник О. Механизмы человеческих зависимостей и стратегии освобождения от них М.: МГУ, 2005. 56 с.

. Линский И. В., Минко А. И., Артемчук А. Ф., Гриневич Е. Г., Маркова М. В., Мусиенко Г. А., Шалашов В. В., Маркозова Л. М., Самойлова Е. С., Пономарёв В. И., Бараненко А. В., Минко А. А., Гольцова С. В., Сергиенко О. В., Линская Е. И., Выглазова О. В. Метод комплексной оценки аддиктивного статуса индивида и популяции с помощью системы AUDIT-подобных тестов // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. - 2009. - № 2. С. 56-70.

. Лисецкий К.С., Литягина Е.В. Психология не-зависимости / К.С. Лисецкий, Е.В. Литягина - М.: "Универс-групп", 2003. 352 с.

. Личко А. Е., Иванов М. Я. Патохарактерологический диагностический опросник для подростков и опыт его практического применения. М.: «Фолиум», 1995, 64 с., 2-е изд.

22. Майтова В.М <http://okrlib.ru/irbis/cgi-bin/irbis64r\_91/cgiirbis\_64.exe?Z21ID=&I21DBN=URAI&P21DBN=URAI&S21STN=1&S21REF=&S21FMT=&C21COM=S&S21CNR=20&S21P01=0&S21P02=1&S21P03=A=&S21STR=%D0%9C%D0%B0%D0%B9%D1%82%D0%BE%D0%B2%D0%B0,%20%D0%92%D0%B5%D1%80%D0%B0%20%D0%9C%D0%B8%D1%85%D0%B0%D0%B9%D0%BB%D0%BE%D0%B2%D0%BD%D0%B0>. Как решать проблему наркомании: Проект: Информация к размышлению и действиям / В. М. Майтова. - М., 2002. 80 с.

. Менделевич В.Д. Руководство по аддиктологии / Под ред. проф. В.Д. Менделевича - СПб., 2007. 768 с.

. Морозов Г.В., Стрельчук И.В. Курение как фактор риска / Г.В. Морозов, И.В. Стрельчук. - М. : Знание, 1983. 96 с.

. Пил С., Бродски А. Любовь и зависимость / С.Пил, А. Бродски - М.: Институт общегуманитарных исследований, 2005. 384 с.

. Психодиагностика и коррекция детей с нарушениями и отклонениями развития: Хрестоматия.-СПб.: Питер, 2008. 256 с.

. Реан А.А. "Психология подростка. Полное руководство / Под общей ред. А.А.Реана. СПб., 2008.

. Рожков М. И., Ковальчук М. А. Профилактика наркомании у подростков: Учебное методическое пособие. - М.: Гуманитарное издание центра ВЛАДОС, 2003. 144 с.

. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Эффективные программы профилактики зависимости от наркотиков и других форм зависимого поведения. М., 2004.

. Тимошенкова Е.Д. Аддиктивное поведение в подростковом возрасте. Смоленск, 2006.

. Худяков А. В. Клинико-социальный анализ формирования и профилактика зависимости от психоактивных веществ у несовершеннолетних. Автореф. дисс. . докт. мед. наук. М., 2003. 48 с.

. Цукермен М. Шкала поиска ощущений // Альманах психологических тестов. М., 1995, С.187-189.

. Шабалина В. Аддиктивное поведение в подростковом и юношеском возрасте / В. Шабалина // Психология подростка. - М., 2003: Прогрессив. био-мед. технологии, 2000. 84 с.

. Шереги Ф.Э., Арефьев А.Л., Вострокнутов Н.В., Зайцев С.Б., Никифоров Б.А. Девиация подростков и молодежи: алкоголизация, наркотизация, проституция. М. 2001. 48 с.

35. Brown R.I.F. Some contributions of the study of gambling to the study of other addictions. In W.R. Eadingtone & J.A. Cornclius, Gambling Behavior and Problem Gambling. Reno: University of Nevada Press. 1993. P. 241-272.

36. Parsons J. Opioid dependence. Are pharmacotherapies effective? // Austral. Family Physician 2002 Jan;31(1):4-5

. Vaillant, G.E. A 20-year old follow-up of New York narcotic addicts. // Arch. Gen. Psychiatry. - 1973. - V. 29. - P. 237-241.

. Winick, C. Maturing out of narcotic addiction. // Bull. Narc. - 1962.- V. 14. - P. 1-7.

. Winick, C. The life cycle of the narcotic addict and of addiction. // Bull. Narc. - 1964. V. 16. - P.1-11.

40. <http://www.narkotiki.ru/rup.html>

41. <http://www.ozhegov.org/>