

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ

Том XX

№ 2

2014

Москва-Павлодар

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Главный редактор профессор, доктор медицинских наук А.Л. Катков;
Главный редактор профессор, доктор медицинских наук В.В. Макаров;
профессор, доктор медицинских наук А.А. Аканов; доктор медицинских наук С.А. Алтынбеков; Н.Е. Мирошниченко (ответственный секретарь); профессор О.Т. Жузжанов; профессор Н.Т. Измаилова; кандидат психологических наук Г.А. Макарова; доктор медицинских наук С.А. Нурмагамбетова; Л.Н. Маркина (редактор); доктор медицинских наук Ю.А. Россинский; А.К. Тастанова; доктор медицинских наук А.Ю. Толстикова; кандидат медицинских наук А.А. Кусаинов; кандидат медицинских наук Ж.К. Мусабекова, Е.Б. Байкенов

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Доктор медицинских наук М. Асимов (Алматы); профессор Н.А. Бохан (Томск); профессор М.Е. Бурно (Москва); академик, доктор медицинских наук, профессор М.Х. Гонопольский (Хайфа); кандидат медицинских наук А.Т. Ескалиева (Павлодар); доктор медицинских наук, профессор В.Ю. Завьялов (Новосибирск); доктор медицинских наук, профессор Н.А. Корнетов (Томск); доктор психологических наук, профессор Р. Кочунас (Вильнюс); доктор медицинских наук, профессор Г.М. Кудьярова (Алматы); доктор медицинских наук И.Е. Куприянова (Томск); доктор медицинских наук, профессор Х. Пезешкиан (Висбаден); кандидат медицинских наук Л.А. Степанова (Томск); профессор, доктор медицинских наук М.К. Телеуов (Астана)

Регистрационное свидетельство № 8864-Ж от 14.12.2007 г.

выдано Министерством культуры и информации

Республики Казахстан

Регистрационное свидетельство ПИ № 77-7054 от 10.01.2001 г. выдано

Министерством Российской Федерации по делам печати,

телерадиовещания и средств массовых коммуникаций

Журнал основан в 1995 году

Периодичность: ежеквартально

Подписной индекс журнала в АО «Казпочта» – 74753

Адрес редакции: 140001, Казахстан, г. Павлодар, ул. Кутузова, 200

Телефон (факс): 8 (7182) 60-50-93

E-mail: neovitae@pisem.net

ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ

СОДЕРЖАНИЕ

СОЦИАЛЬНЫЕ ЭПИДЕМИИ

УЧРЕДИТЕЛИ:

Профессиональная
Психотерапевтическая
Лига

РГКП
«Республиканский
научно-практический
центр медико-
социальных проблем
наркомании»

Байкенов Е.Б., Бикетова Л.А., Аманова Ж.Ш., Мусабекова Ж.К., Пак Т.В.

Отчёт о результатах исследования рисков вовлечения в химические и нехимические аддикции среди детей и молодёжи Республики Казахстан

5-29

Байкенов Е.Б.

Агрессия у лиц с признаками компьютерной зависимости: гендерный и возрастной аспекты

30-35

Байкенов Е.Б.

Особенности времяпрепровождения детей и молодёжи с признаками компьютерной зависимости: результаты сравнительного анализа

35-39

Бикетова Л.А.

К вопросу о первичной профилактике химической зависимости в организациях образования Республики Казахстан

39-41

Бикетова Л.А.

Психосоциальная реабилитация лиц с игровой зависимостью

42-44

Прилуцкая М.В.

Исследование отношения к игре у посетителей букмекерских контор г. Павлодара (предварительные результаты)

44-48

ПСИХОТЕРАПИЯ

Гингер А., Гингер С.

«Инструментарий» и технические приёмы психотерапии

49-59

ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ. ВАЛЕОЛОГИЯ.

Том XX

№ 2

2014 год

Биркин А.А., Рыбкова С.Л., Эсауленко И.А.

Эйфория – субъективный эквивалент сигнального грифеля сознания. Экспериментальное подтверждение

60-69

выходит
4 раза в год

Резюме

70-73

VOPROSY MENTAL'NOY MEDETSINY I ECOLOGII

CONTENT

SOCIAL EPIDEMICS

FOUNDERS:

**Professional
Psychotherapeutic
League**

**RPSE
«Republican Research-
and-Practical Center
of Medical-Social Drug
Addiction Problems»**

**Volume XX
№ 2
2014**

**Published 4 times
in a year**

Baykenov E.B., Biketova L.A., Amanova Zh.Sh., Musabekova Zh.K., Pak T.V.

Report on the results of research involving risks in chemical and non-chemical addiction among children and youth of Kazakhstan Republic

5-29

Baykenov E.B.

Aggression in patients with signs of computer addiction: gender and age aspects

30-35

Baykenov E.B.

Features of pastime of children and young people with signs of computer addiction: results of a comparative analysis

35-39

Biketova L.A.

On the question of primary prevention of chemical dependency in educational institutions of Kazakhstan Republic

39-41

Biketova L.A.

Psychosocial rehabilitation of people with gambling

42-44

Prilutskaya M.V.

Study of attitudes to the game among the visitors of bookmakers in Pavlodar (preliminary results)

44-48

PSYCHOTHERAPY

Ginger A., Ginger S.

«Toolkit» and techniques of psychotherapy

49-59

HEALTH PSYCHOLOGY. VALUEOLOGY.

Birkin A.A., Rybkova S.L., Esaulenko I.A.

Euphoria – a subjective equivalent of an alarm gradient of consciousness. Experimental confirmation

60-69

Summary

70-73

СОЦИАЛЬНЫЕ ЭПИДЕМИИ

УДК 323/324 (574)

ОТЧЁТ О РЕЗУЛЬТАТАХ ИССЛЕДОВАНИЯ РИСКОВ ВОВЛЕЧЕНИЯ В ХИМИЧЕСКИЕ И НЕХИМИЧЕСКИЕ АДДИКЦИИ СРЕДИ ДЕТЕЙ И МОЛОДЕЖИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН*

Библиографическая информация:

Байкенов Е.Б., Бикетова Л.А., Аманова Ж.Ш., Мусабекова Ж.К., Пак Т.В. *Отчёт о результатах исследования рисков вовлечения в химические и нехимические аддикции среди детей и молодежи Республики Казахстан.* Ред. Юсопов О.Г., г. Павлодар: Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании, 2013.

1 Краткая информация

Всплеск в конце XX века и дальнейшее развитие таких кризисных и масштабных социальных явлений, как наркозависимость, игромания, алкоголизм, терроризм, религиозный экстремизм, вовлечение в преступные сообщества и деструктивные секты, привлек к себе внимание широкой общественности (Катков А. Л., 2007).

Следует отметить, что в области химических аддикций мировым сообществом достигнуты определённые успехи в отношении научных исследований, мониторинга ситуации, методов профилактики и лечения зависимостей от психоактивных веществ (ПАВ).

В течение пяти лет, до 2010 года включительно, масштабы незаконного потребления наркотиков в мире оставались стабильными и составляли от 3,4 до 6,6 процента взрослого населения (лиц в возрасте 15-64 лет). В тоже время примерно 10-13 процентов потребителей наркотиков являются проблемными потребителями наркотиков, учитывая, что наркозависимость и/или расстройства здоровья, вызванные употреблением наркотиков, продолжают усугублять глобальное бремя заболеваний и, наконец, что не менее важно, приблизительно 1 случай из 100 случаев смерти среди взрослых связан с незаконным потреблением наркотиков (UNODC, 2012).

В целом, наиболее широко употребляемым запрещённым наркотиком в мире остаётся каннабис (общемировой показатель распространённости потребления каннабиса в течение года колеблется от 2,6 процента до 5 процентов) (UNODC, 2012).

Общемировой показатель распространённости потребления кокаина и опиатов (опия и героина) в течение года оставался стабильным и, соответственно, находился в пределах от 0,3-0,4 до 0,3-0,5 процента численности взрослого населения в возрасте 15-64 лет (UNODC, 2012).

Общемировые данные о немедицинском употреблении препаратов рецептурного отпуска, за исключением опиоидов и амфетаминов, отсутствуют. Тем не менее, согласно имеющейся информации, эта медицинская проблема становится всё более острой, учитывая, что коэффициент распространённости потребления этих препаратов во многих странах выше, чем для многочисленных контролируемых веществ (UNODC, 2012).

Последние результаты исследований в Европе по алкоголю и наркотикам (ESPAD) обеспечивают очень важную возможность взглянуть на тенденции в потреблении различных веществ среди школьников. Многообещающие звучат выводы, сделанные в 2011 году, в отношении того, что для всех основных потребляемых веществ наблюдается снижение или стабилизация уровня потребления. Так в период с 1999 год по 2007 год произошло снижение потребления табака, снижение злоупотребления алкоголем. Потребление наркотиков, в большей степени каннабиса, возрастило до 2003 года, в 2007 году было отмечено небольшое снижение уровня потребления и его стабилизация в последующие годы (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2012).

По данным исследований среди общего населения, в среднем 32,5% молодёжи (15-34 года) в Европе когда-либо потребляли каннабис, в то же время 12,4% потребляли наркотики в течение последнего года и 6,6% потребляли наркотики за последний месяц (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2012).

Интересное наблюдение – страны, в которых отмечается высокая распространённость одного вещества, также имеют высокий уровень потребления и других веществ, как легальных, так и нелегальных. Так, высокий уровень недавнего потребления и злоупотребления алкоголем связан с потреблением наркотиков и ингалянтов. Данные выводы поддерживают профилактические подходы, которые

* Опубликован © РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», 2013

нацелены на комплексную профилактику потребления алкоголя и наркотиков среди молодёжи (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2012).

В отношении нехимических аддикций успехи как в глобальном, так и в стандартизированном изучении этого явления не столь значительны.

Точных данных о количестве лиц, вовлекаемых в деятельность деструктивных культов и сект, на текущий момент нет. Однако многие исследователи считают, что речь идёт о нескольких десятках миллионов (от 10 до 40 млн.) жителей планеты, то есть около 0,1-0,4% населения. В «Кратком антисектантском справочнике» перечислены более 100 организаций с признаками деструктивных тоталитарных сект, действующих на территории постсоветских республик. Многие из них мимикируют под общественные организации, оказывающие помошь социально уязвимым группам населения (Катков А.Л. и Аманова Ж.Ш., 2011).

Данных о количестве населения, вовлечённого в деятельность экстремистских организаций, на сегодняшний день не существует. Такого рода статистику получить крайне сложно. О масштабах распространения экстремизма можно судить по данным о беспрецедентных темпах прироста террористических актов в мире: за последние 30 лет было совершено более 10 тысяч террористических актов, только широко известных и нашедших отражение в СМИ (Катков А.Л., 2012).

Многие исследователи считают серьёзной социальной проблемой азартные игры, как один из видов аддиктивного поведения. Страсть к азартным играм всегда в той или иной степени встречались в обществе. По мнению Л.Н. Юрьевой, широкому распространению этой формы зависимого поведения в странах постсоветского пространства способствует то, что страсть к лёгкой наживе стала всеобщей морально допустимой, общественно одобряемой и интенсивно пропагандируемой СМИ и другими инструментами рекламы (Юрьева Л.Н., 2002).

Кроме того, к резкому повышению распространённости азартных игр ведёт ситуация социально-экономического кризиса и нестабильности. Примером тому служат данные, полученные в США в период «великой депрессии», когда страх перед проигрышем отступал перед страхом жизни. Проблема усугубляется тем, что в процессе игры в ряде случаев возникают расслабление, снятие эмоционального напряжения, отвлечение от неприятных проблем и игра рассматривается как приятное проведение времени. По этому механизму постепенно наступает втягивание и развивается зависимость.

Азартные игры как форма досуга или развлечения существуют повсеместно, и часть людей, иногда, играет в казино, на игровых автоматах, ходит на бега, покупает лотерейные билеты и т.д. Однако число тех, кого считают патологическими игроками, в

большинстве стран, где проводились соответствующие исследования, постоянно. Доля патологических игроков во взрослой популяции варьирует от 0,4 до 3,4%, а в некоторых регионах может достигать и 7%. Число патологических игроков среди подростков и юношей часто превышает среднее число патологических игроков среди взрослых не меньше чем в 2 раза, и достигает показателя в 2,8-8% (Дмитриева и Положий, 2009). В США более 5 миллионов человек относятся к патологическим игрокам, а ещё 15 миллионов человек – к группе риска. По данным R.A. Volberg, в США 5% относятся к аддиктивным игрокам, жизнь которых полностью зависит от игровых автоматов (Volberg R.A., 1996). В других индустрально развитых странах (Италия, Франция) патологической страстью к азартным играм страдают 2-3% населения. В 2001 году распространённость патологического влечения к азартным играм среди населения России составила в пределах 1,27-3,12%, а лиц, находящихся в группе риска, – до 10,5%. По данным зарубежных исследований, проведённых с 1999 по 2002 годы, Распространённость игромании в США, Канаде, Новой Зеландии, Швеции, Великобритании, Швейцарии, Австрии составляет 1-1,5%, в Гонконге – 1,9% (Дмитриева и Положий, 2009).

Из азартных игр, вызывающих зависимость, на территории бывших советских республик наиболее распространены: игровые автоматы, азартные игры в Интернете, карточные игры, рулетка, лотерея (Автономов Д.А., 2009).

Другой приметой современного времени стало появление такого вида поведенческой зависимости, как компьютерная аддикция. Её возникновение на прямую связано с огромным научно-техническим достижением – массовой компьютеризацией большинства сфер нашей жизни. Её сутью является появление у человека патологической непреодолимой тяги к использованию компьютера, в частности Интернета. У таких людей с компьютерной зависимостью стирается грань между реальной и виртуальной жизнью, причём последняя становится более значимой, чем реальная. Компьютерной зависимости наиболее подвержены подростки и молодые люди мужского пола. По данным S. Fisher, в развитых странах число школьников с компьютерной аддикцией составляет 6% (Fisher, 1994).

Данный отчёт представляет результаты исследования рисков вовлечения в химические и нехимические аддикции среди молодёжи (16-21 год) в Республике Казахстан. Исследование проведено в рамках научно-технической программы Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании (РНПЦ МСПН) (г. Павлодар) и при содействии BRIF Research Group (г. Алматы). Исследование проведено на выборке 4000 респондентов. В рамках данного исследования была определена распространённость потребления психоактивных веществ и рисков вовлечения в нехими-

ческие аддикции среди подростков и молодёжи, а также описаны социально-демографические характеристики лиц с рисками вовлечения в химические и нехимические аддикции, выявлены взаимосвязи между химическими и нехимическими зависимостями, а также между рисками вовлечения в зависимости и уровнем психологического здоровья и качеством жизни.

Ввиду того, что последнее национальное изучение распространённости потребления ПАВ среди школьников проводилось в 2006 году, а национальных исследований рисков вовлечения в нехимические аддикции в стране никогда не проводилось, то настоящий отчет направлен на представление общей картины, связанной с распространённостью рисков вовлечения в аддикции среди молодёжи, для всех заинтересованных лиц и учреждений.

2 Методология исследования

2.1 Цели и методы исследования

Основными целями данного исследования были:

- определение распространённости вовлечения в потребление психоактивных веществ;
- определение распространённости рисков вовлечения в нехимические зависимости;
- выявление взаимосвязи между потреблением психоактивных веществ и рисками вовлечения в нехимические зависимости;
- выявление взаимосвязи между уровнем психологического здоровья и рисками вовлечения в химические и нехимические аддикции;
- выявление взаимосвязи между уровнем качества жизни, социализации и рисками вовлечения в химические и нехимические аддикции;
- определение основных факторов, оказывающих существенное влияние на формирование рисков вовлечения в зависимости;

Данное исследование являлось кроссекционным, и было проведено с использованием метода самозаполнения структурированных анкет.

2.2 Инструмент исследования

В качестве инструмента исследования использовалась комплексная оценочная форма, разработанная сотрудниками РНПЦ МСОН и отредактированная экспертами BRIF Research Group. Данная форма включала в себя несколько блоков:

1. Потребление психоактивных веществ (ПАВ) (данный раздел составлен из входящих в анкету ESPAD вопросов, касающихся потребления ПАВ в течение жизни, последних 12 месяцев и 30 дней) (ESPAD, 2011).
2. Компьютерная зависимость (в настоящем разделе был использован способ скрининговой диагностики компьютерной зависимости Юрьева Л.Н., Больбот Т.Ю.).

3. Религиозная зависимость (для оценки степени религиозной зависимости использовался опросник, составленный на основе тестирования на наличие нехимических аддикций Гриффита) (Телепова Н.Н., 2010).
4. Игровая зависимость (в данном разделе применялся тест Такера на выявление игровой аддикции) (Егоров А.Ю, 2007).
5. Агрессивность (для оценки агрессивности был взят опросник Спилбергера STAXI) (Соловьева С.Л. и соавт., 1998).
6. Психологическое здоровье (в этом разделе использовался способ оценки уровня развития психологического здоровья – рисков формирования зависимости от ПАВ) (Катков А.Л. и соавт., 2011).
7. Досуг и удовлетворённость времязпровождением.

Разработанная комплексная оценочная форма предполагала самостоятельное заполнение респондентом и, по сути, представляла собой самоотчёт.

На местах интервьюеры проводили инструктаж по правилам заполнения вопросников. По окончании опроса интервьюеры собирали анкеты и производили их визуальную проверку. Средняя продолжительность проведения одного опроса в учебном заведении составила 1 час.

2.3 Выборка исследования

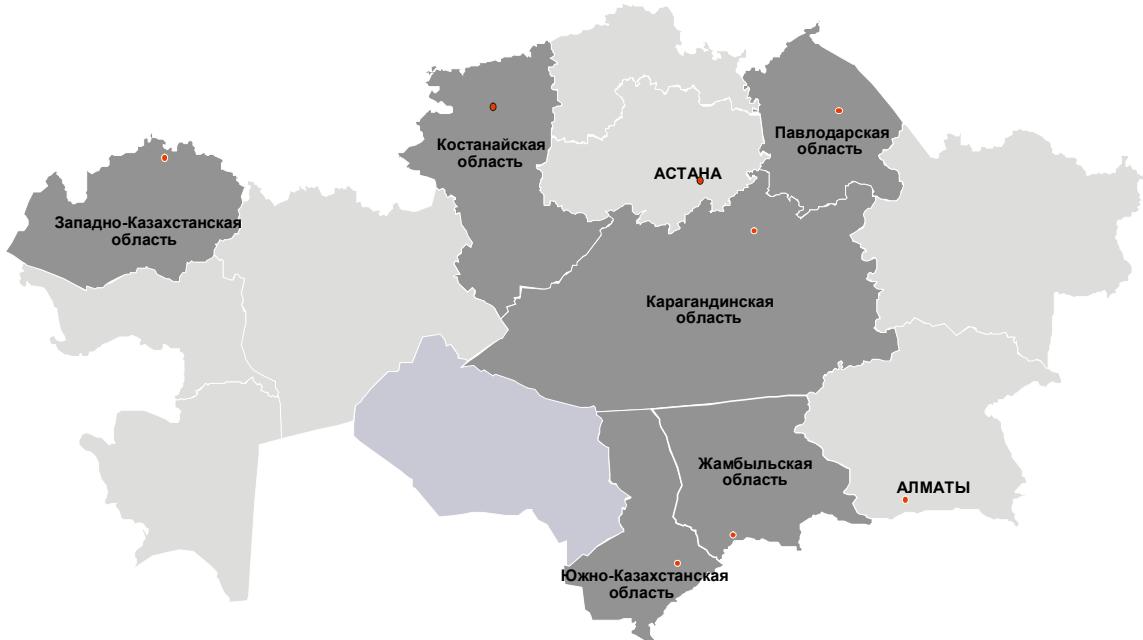
В каждой области выделялись три страты: областной центр, город с численностью населения до 100 000 чел. и 2 села.

Общий объём выборки – 4000 человек (по 500 человек в каждом исследуемом регионе) (*Карта 2-1*).

На первом этапе были отобраны города с численностью населения до 100 000 человек. По статистическим данным для каждого региона был составлен список городов с численностью населения до 100 000 человек. Далее в каждом исследуемом регионе города выбирались методом случайного отбора.

При отборе сёл для каждого исследуемого региона был составлен список сельских населённых пунктов с численностью населения более 1 000 человек, отсортированный в алфавитном порядке. Выбор сёл в каждом регионе осуществлялся с использованием метода Probability Proportional to Size (PPS), который позволяет компенсировать различие в размере населённого пункта вероятностью их отбора.

Таким образом, для участия в исследовании были отобраны: г. Астана, г. Алматы, г. Караганда, г. Сарань, с. Акжол и с. Аксу Аюлы (Карагандинская область); г. Костанай, г. Лисаковск, с. Перелески и с. Барвиновка (Костанайская область); г. Павлодар, г. Аксу, с. Песчаное и с. Щербакты (Павлодарская область); г. Жамбыл, г. Карагатай, с. Беткайнар и с. Толе би (Жамбылская область); г. Шымкент, г. Кентай, с. Манкент и с. Жаскешу (Южно-Казахстанская



Карта 2-1. Регионы, охваченные опросом в ходе проведения исследования

область); г. Уральск, г. Аксай, с. Дарьинское и с. Подстепное (Западно-Казахстанская область).

Отбор учебных заведений в каждом населённом пункте осуществлялся следующим образом. На основе статистических данных (Агентство по статистике РК, август, 2009) были составлены списки учебных заведений для каждого выбранного населённого пункта. Учебные заведения были поделены на типы: общеобразовательные (предполагая, что в этом типе учебных заведений могут быть опрошены учащиеся в возрасте 16 лет), специализированные (предполагая, что в этом типе учебных заведений могут быть опрошены в основном учащиеся в возрасте 16 лет, 19 лет и реже 21 год) и высшие (предполагая, что в этом типе учебных заведений будут опрошены, в основном, учащиеся в возрасте 19 лет, 21 год). Для каждого населённого пункта была установлена квота по количеству интервью в зависимости от типа учебного заведения.

Окончательное число учебных заведений определялось, исходя из квоты по количеству респондентов в каждом типе учебного заведения.

Количество интервью для каждого города рассчитывалось пропорционально, исходя из общей численности городского населения в возрасте 16 лет, 19 лет, 21 год в области (Таблица 2-1). Количество интервью для каждого села рассчитывалось, исходя из имеющегося числа учебных заведений и их типа в исследуемой области (статистические данные, Агентство по статистике РК, август, 2009).

2.4 Процедура сбора данных и контроль качества

Полевые работы были проведены во всех населенных пунктах в период с 17 сентября по 19 октября 2012 г. Перед началом опроса региональные супер-

вайзеры договаривались с представителями учебных заведений о проведении опроса. Представители учебных заведений обеспечивали сбор учащихся необходимого возраста и назначали дату опроса.

Опрос учащихся проводился на добровольной основе.

На местах интервьюеры проводили инструктаж по правилам заполнения вопросников. По окончании опроса интервьюеры собирали анкеты и производили их визуальную проверку.

В ходе исследования было задействовано 46 интервьюеров, прошедших специальную подготовку и имеющих опыт проведения интервью. Перед началом полевого этапа супервайзеры провели инструктаж со всеми интервьюерами, участвующими в исследовании. Инструктаж был проведён 20 сентября 2012 года, в ходе которого интервьюерам были разъяснены цели и задачи исследования, процедура отбора респондентов, правила проведения интервью.

При организации проведения опросов учащихся сложнее всего было своевременно получить официальные письма с директивами от Министерства образования и науки и Департаментов образования. В связи с тем, что директивы на проведение опросов были получены, в основном, ближе к концу полевых работ, то региональные супервайзеры договаривались об организации опроса с руководителями/представителями учебных заведений напрямую. В связи с этим во многих учебных заведениях интервьюерам не разрешили проводить опрос, и данные заведения были исключены из выборки.

Во многих заведениях профессионального и высшего образования, на момент проведения полевых работ, начались практические занятия, что затруд-

Таблица 2-1

Расчётоное и фактическое количество интервью по регионам и возрастным группам

Область	Название населённого пункта	Тип населённого пункта	Количество интервью			Всего
			Учащиеся 16 лет	Учащиеся 19 лет	Учащиеся 21 год	
Алматинская	Алматы	город	160	160	180	500
Акмолинская	Астана	город	160	160	180	500
Карагандинская	Караганда	город	140	140	170	450
	Сарань	город	20	10	0	30
	Акжол	село	10	0	0	10
	Аксу Аюлы	село	10	0	0	10
Павлодарская	Павлодар	город	125	125	170	420
	Аксу	город	40	20	0	60
	Песчаное	село	10	0	0	10
	Щербакты	село	10	0	0	10
Костанайская	Костанай	город	120	120	180	420
	Лисаковск	город	35	25	0	60
	Перелески	село	10	0	0	10
	Барвиновка	село	10	0	0	10
Западно-Казахстанская область	Уральск	город	125	125	170	420
	Аксай	город	40	20	0	60
	Дарьинское	село	10	0	0	10
	Подстепное	село	10	0	0	10
Южно-Казахстанская область	Шымкент	город	135	135	140	410
	Кентау	город	20	20	20	60
	Манкент	село	20	0	0	20
	Жаскешу	село	10	0	0	10
Жамбылская	Тараз	город	145	145	145	435
	Каратаяу	город	20	15	0	35
	Беткайнар	село	10	0	0	10
	Толе би	село	10	10	0	20
ВСЕГО (расчётоное количество)			1 415	1 230	1 355	4000
ВСЕГО (фактически опрошено)			1415	1824	761	4000

нило проведение опроса с необходимым количеством учащихся определённого возраста.

Были случаи отказов учащихся от участия в опросе. Общее количество отказавшихся от участия в опросе составило 281 человек. Большая доля отказов пришлась на Западно-Казахстанскую область – 151 человек. Учащиеся, отказавшиеся от участия в опросе, заменили на местах другими учащимися этого возраста.

Процедура контроля качества включала в себя проверку 20% работы каждого интервьюёра путём телефонного собеседования или личного посещения учебного заведения контролёром в каждом городе. Для данной проверки учебные заведения отбирались из всего массива случайнным образом. Контролёры связывались по телефону с лицами, ответственными за организацию опроса в учебном заведении. В случаях не возможности установить контакт с учебными заведениями организовывалась адресная проверка. В ходе проверки контролёры уточняли возраст опрошенных лиц в учебном заведении, количество учеников, участвовавших в опросе, методику проведения опроса, длительность опроса. Также осуществлялась визуальная провер-

ка 100% заполненных вопросников интервьюёрами и супервайзерами и проверка 10% введённых анкет. В течение всего полевого этапа региональные супервайзеры регулярно отчитывались о проделанной работе за прошедший период. В ходе проверки не было выявлено нарушений в методике опроса и отборе респондентов.

2.5 Обработка данных

Данные вводились в специальную компьютерную программу, позволяющую проводить полную проверку качества ввода данных. Далее данные обрабатывались в программе SPSS. Все данные обрабатывались в г. Алматы.

Brief Research Group в РНПЦ МСПН была представлена база данных в программе SPSS и в табличном виде в Excel для дальнейшего анализа, а также заполненные анкеты и технический отчет. Математические вычисления производились в соответствии с руководствами Славин (1989). Для получения статистической достоверности сравниваемых величин (p) использовались параметрический t-критерий Стьюдента, и непараметрические W-кри-

терий Уилкоксона, U-критерий Манна-Уитни. По таблицам Стьюдента определялось критичное значение критерия t для вычисленной степени свободы (Гланц, 1999).

3 Распространённость потребления психоактивных веществ среди детей и молодёжи Республики Казахстан

3.1 Распространённость потребления табака

В отношении потребления табака в течение жизни $65,3 \pm 1,5\%$ респондентов указали, что никогда не потребляли какие-либо табачные изделия, среди

учащихся в возрасте 16 лет этот показатель составил $76 \pm 2,2\%$, среди молодёжи в возрасте 19 лет и 21 года – $61,1 \pm 2,2\%$ и $55,3 \pm 3,5\%$, соответственно.

Более половины респондентов, кто когда-либо употреблял табак, впервые попробовали табачные изделия, не достигнув возраста 16 лет (*Рисунок 3-1*).

Текущее потребление табака отметили 19% респондентов, около 30% из них указали, что потребляли менее одной сигареты в день в течение последнего месяца (*Таблица 3-1*).

Среди тех лиц, кто указал на ежедневное потребление табака, $71,2\%$ начали курить ежедневно в возрасте 16 лет и старше.



Рисунок 3-1. Возраст первой пробы и начала ежедневного потребления табака, среди лиц, когда-либо потреблявших табак и потребляющих табак ежедневно

Таблица 3-1

Потребление табака среди детей и молодёжи за последние 30 дней (n=4000)

Потребление табака	Общая группа (n=4000)	16 лет (n=1415)	19 лет (n=1824)	21 год (n=761)
Не курил	$81 \pm 1,2\%$	$91 \pm 1,5\%$	$76,4 \pm 1,9\%$	$73,3 \pm 3,1\%$
Менее одной сигареты в неделю	$3,7 \pm 0,6\%$	$2,8 \pm 0,9\%$	$4,2 \pm 0,9\%$	$4,3 \pm 1,4\%$
Менее одной сигареты в день	$1,9 \pm 0,4\%$	$1,1 \pm 0,5\%$	$2,4 \pm 0,7\%$	$2,5 \pm 1,1\%$
1-5 сигарет в день	$5,2 \pm 0,7\%$	$2,4 \pm 0,8\%$	$6,8 \pm 1,2\%$	$6,4 \pm 1,7\%$
6-10 сигарет в день	$4,4 \pm 0,6\%$	$1,7 \pm 0,7\%$	$6 \pm 1,1\%$	$5,4 \pm 1,6\%$
11-20 сигарет в день	$2,4 \pm 0,5\%$	$0,5 \pm 0,4\%$	$2,5 \pm 0,7\%$	$5,7 \pm 1,6\%$
Больше чем 20 сигарет в день	$1,4 \pm 0,4\%$	$0,6 \pm 0,4\%$	$1,6 \pm 0,6\%$	$2,4 \pm 1,1\%$

3.2 Распространённость потребления алкоголя

На потребление алкоголя в течение жизни указали $52,3 \pm 1,5\%$ респондентов. Среди учащихся в воз-

расте 16 лет этот показатель составил $44,3 \pm 2,2\%$, среди молодёжи в возрасте 19 лет и 21 года – $54 \pm 2,6\%$ и $63,2 \pm 2,6\%$, соответственно (*Таблица 3-2*).

Таблица 3-2

Потребление алкоголя среди детей и молодёжи в течение жизни (n=4000)

Потребление алкоголя	Общая группа (n=4000)	16 лет (n=1415)	19 лет (n=1824)	21 год (n=761)
Никогда не потреблял	$47,7 \pm 1,5\%$	$55,7 \pm 2,6\%$	$46 \pm 2,3\%$	$36,8 \pm 3,4\%$
1-2 раза	$15,4 \pm 1,1\%$	$21,7 \pm 2,1\%$	$12,7 \pm 1,5\%$	$10,4 \pm 2,2\%$
3-5 раз	$8,5 \pm 0,9\%$	$8,1 \pm 1,4\%$	$9,6 \pm 1,4\%$	$6,8 \pm 1,8\%$
6-9 раз	$6,8 \pm 0,8\%$	$5,5 \pm 1,2\%$	$7,0 \pm 1,2\%$	$8,4 \pm 2\%$
10-19 раз	$6,3 \pm 0,8\%$	$3,3 \pm 0,9\%$	$7,7 \pm 1,2\%$	$8,3 \pm 2\%$
20-39 раз	$4,8 \pm 0,7\%$	$2,3 \pm 0,8\%$	$5,1 \pm 1\%$	$8,5 \pm 2\%$
40 раз и более	$10,5 \pm 1\%$	$3,5 \pm 1\%$	$11,0 \pm 1,5\%$	$20,8 \pm 2,9\%$

Большинство респондентов указали, что начали потреблять алкоголь в возрасте 16 лет и старше (*Рисунок 3-2*). Полученные данные позволяют сделать вывод о том, что инициация потребления крепких

напитков, в основном, происходит в период от 16 лет и старше. В отношении менее крепких напитков (пиво, шампанское, вино и т.д.) около половины учащихся ответили, что начали их потребление до 16 лет.

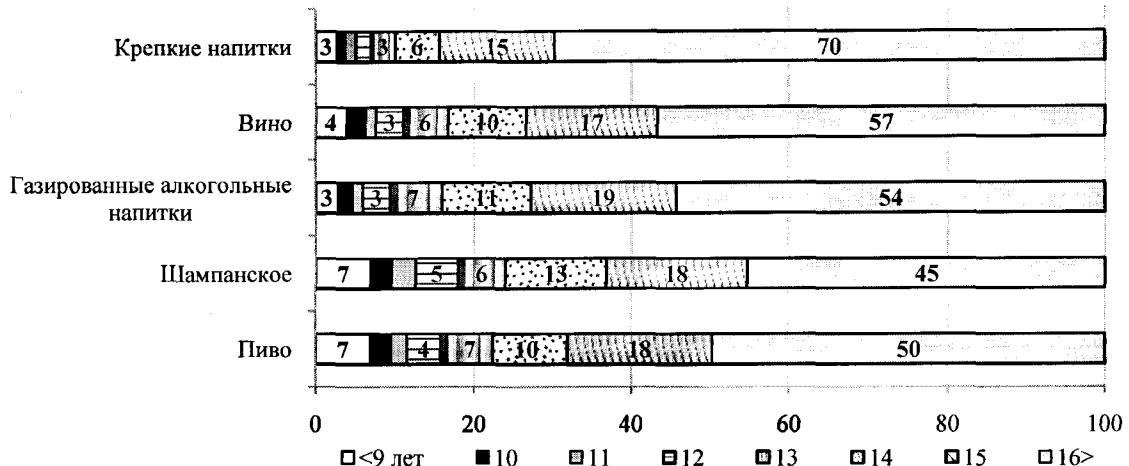


Рисунок 3-2. Возраст начала потребления алкоголя среди лиц, когда-либо потреблявших алкоголь (%)

За последний год, хотя бы раз, употребляли какие-либо алкогольные напитки 39,7% учащихся (*Таблица 3-3*). Среди тех лиц, кто потреблял алкоголь в течение последних 12 месяцев, 60% указали на то, что употребляли алкоголь от 1 до 5 раз в течение

последнего года. При сравнении трех возрастных групп отмечается, что с увеличением возраста растет количество лиц, потреблявших алкоголь за последний год, а также увеличивается частота потребления алкоголя.

*Таблица 3-3
Потребление алкоголя среди детей и молодёжи за последние 12 месяцев (n=4000)*

Потребление алкоголя	Общая группа (n=4000)	16 лет (n=1415)	19 лет (n=1824)	21 год (n=761)
Не потреблял	60,3±1,5%	71,9±2,3%	56,1±2,3%	48,9±3,6%
1-2 раза	15,3±1,1%	16,1±1,9%	15,7±1,7%	12,9±2,4%
3-5 раза	8,1±0,8%	5,2±1,2%	9,1±1,3%	11,2±2,2%
6-9 раз	5,2±0,7%	2,8±0,9%	6,3±1,1%	7,0±1,8%
10-19 раз	4,9±0,7%	1,6±0,7%	5,8±1,1%	8,9±2%
20-39 раз	2,7±0,5%	1,4±0,6%	2,3±0,7%	6,0±1,7%
40 и более	3,4±0,6%	0,8±0,5%	4,6±1%	5,0±1,5%

Текущее потребление алкоголя отметили 26,6% ±1,1% респондентов, из которых 1,5%±0,4% указали, что потребляли какие-либо алкогольные напитки ежедневно в течение последних 30 дней (*Таблица 3-4*).

Среди учащихся в возрасте 16 лет показатель потребления алкоголя в последнем месяце составляет 15,7%±1,6%, среди молодёжи в возрасте 19 лет и 21 год – 31%±1,8% и 36,4%±3,1%, соответственно.

*Таблица 3-4
Потребление алкоголя среди детей и молодёжи за последние 30 дней (n=4000)*

Потребление алкоголя	Общая группа (n=4000)	16 лет (n=1415)	19 лет (n=1824)	21 год (n=761)
Не потреблял	73,4±1,4%	84,3±1,9%	69±2,1%	63,6±3,4%
1-2 раза	15,2±1,1%	10,2±1,6%	17±1,7%	19,8±2,8%
3-5 раза	5,8±0,7%	2,8±0,9%	6,7±1,2%	8,9±2%
6-9 раз	2,7±0,5%	1,4±0,6%	3,1±0,8%	4,1±1,4%
10-19 раз	1,4±0,4%	0,8±0,5%	1,6±0,6%	2,1±1%
20-39 раз	0,9±0,3%	0,4±0,3%	1,5±0,6%	0,4 (0,3<>1,1%)
40 и более	0,6±0,2%	0 (0<>0%)	1,0±0,5%	0,9±0,7%

Из наиболее потребляемых алкогольных напитков среди подростков и молодёжи можно выделить пиво, газированные напитки, содержащие алкоголь, и шампанское.

В возрасте 16 лет на потребление алкоголя свыше стандартных доз указали $10,5 \pm 3,1\%$ респондентов, в возрасте 19 и 21 лет данный показатель резко возрастает и составляет $20,6 \pm 3,6\%$ и $22,6 \pm 6,0\%$ (Таблица 3-5).

Таблица 3-5

Потребление алкоголя свыше стандартных доз за последние 30 дней

Потребление алкоголя	Общая группа (n=4000)	16 лет (n=1415)	19 лет (n=1824)	21 год (n=761)
Не потреблял	$82,6 \pm 1,2\%$	$89,5 \pm 1,6\%$	$79,4 \pm 1,9\%$	$77,5 \pm 3\%$
1 раз (2)	$9,2 \pm 0,9\%$	$5,5 \pm 1,2\%$	$10,6 \pm 1,4\%$	$12,7 \pm 2,4\%$
2 раза (3)	$4,3 \pm 0,6\%$	$2,8 \pm 0,9\%$	$5,1 \pm 1\%$	$5,5 \pm 1,6\%$
3-5 раз (4)	$3,1 \pm 0,5\%$	$1,5 \pm 0,6\%$	$4,2 \pm 0,9\%$	$3,5 \pm 1,3\%$
6-9 раз (5)	$0,8 \pm 0,3\%$	$0,7 \pm 0,438\%$	$0,7 \pm 0,389\%$	$0,9 \pm 0,7\%$
10 раз и более (7)	0 (0<>0%)	0 (0<>0%)	0 (0<>0%)	0 (0<>0,7%)

В результате употребления алкоголя в общей группе с такими последствиями, как драка сталкивались $8,7 \pm 0,1\%$, респондентов, травмы или несчастные случаи отметили $5,4 \pm 0,2\%$ респондентов, на серьезные проблемы с родителями и друзьями указали $7,4 \pm 0,1\%$ и $6,5 \pm 0,2\%$, соответственно. Плохая успеваемость в школе в результате употребления алкоголя отмечалась у $5,4 \pm 0,1\%$ респондентов, $3,4 \pm 0,2\%$ респондентов ответили, что подвергались нападению или краже. Проблемы с полицией или госпитализацию отметили $4,7 \pm 0,1\%$ и $2,7 \pm 0,2\%$ опрошенных лиц. На половую связь без презерватива и половую связь, о которой сожалели на следующий день, указали $6,1 \pm 6,1\%$ и $5,0 \pm 0,2\%$, соответственно.

3.3 Распространённость потребления наркотиков

На потребление каких-либо наркотических веществ в течение жизни указали $16,3 \pm 1,1\%$ респондентов (Таблица 3-6). Среди учащихся в возрасте

16 лет этот показатель составил $15,9 \pm 1,9\%$, среди молодёжи 19 лет и 21 года – $15,3 \pm 1,7\%$ и $19,6 \pm 2,8\%$, соответственно.

Около 60% участников исследования начали потребление наркотических веществ, за исключением ингалянтов, в возрасте 16 лет и старше. Потребление ингалянтов среди респондентов было инициировано в 48% случаев в возрасте до 13 лет.

В отношении наиболее потребляемых наркотических веществ в течение жизни среди подростков и молодёжи выделяются каннабис, ингалянты, стимуляторы и седативные средства.

При сравнении потребления наркотических веществ в течение последних 30 дней среди выделенных возрастных групп наблюдается тенденция к увеличению с возрастом числа лиц, потребляющих каннабис, количество лиц, потребляющих опиаты и экстази, остаётся примерно на одном и том же уровне, потребление ингалянтов, можно предположить, с возрастом снижается (Таблица 3-7).

Таблица 3-6

Потребление наркотиков среди детей и молодёжи в течение жизни (n=4000)

Потребление наркотиков	В течение жизни	В течение последних 12 месяцев	В течение последних 30 дней
Наркотические вещества	$16,3 \pm 1,1\%$	-	-
Каннабис	$11,2 \pm 1\%$	$6,5 \pm 0,7\%$	$3,6 \pm 0,5\%$
Экстази	$2,3 \pm 0,5\%$	$1,3 \pm 0,4\%$	$0,7 \pm 0,3\%$
Ингалянты	$5,4 \pm 0,6\%$	$2,0 \pm 0,5\%$	$1,2 \pm 0,4\%$
Опиаты	$0,9 \pm 0,3\%$	$0,6 \pm 0,2\%$	$0,4 \pm 0,2\%$
Амфетамины	$1,0 \pm 0,3\%$	-	-
Транквилизаторы и седативные средства	$1,5 \pm 0,4\%$	-	-
ЛСД и другие галлюциногены	$0,8 \pm 0,3\%$	-	-
Кокаин	$0,8 \pm 0,3\%$	-	-
Неталин	$0,6 \pm 0,3\%$	-	-
Галлюциногенные грибы	$0,8 \pm 0,3\%$	-	-
Оксифутират натрия	$0,6 \pm 0,2\%$	-	-
Анаболические стероиды	$0,8 \pm 0,3\%$	-	-

Таблица 3-7

Потребление наркотиков за последние 30 дней по возрастным группам

Потребление наркотиков	16 лет (n=1415)	19 лет (n=1824)	21 год (n=761)
Каннабис	2,7±0,8%	4,0±0,9%	4,6±1,5%
Ингалянты	1,7±0,6%	0,9±0,4%	1,1±0,7%
Экстази	0,6±0,4%	0,8±0,4%	0,7% (0,4<>1,4)
Опиаты	0,4% (0,2<>0,4)	0,4±0,3%	0,7% (0,4<>1,4)

Относительно таких веществ, как амфетамины, транквилизаторы, ЛСД, кокайн, метадон, галлюцино-генные грибы, оксибутират натрия, анаболические стероиды, вопросы о потреблении в течение последних 12 месяцев и последних 30 дней респондентам в рамках данного исследования не задавались.

В результате употребления наркотиков с такими последствиями, как драка сталкивались 1,8±0,2% респондентов, травма или несчастные случаи отметили 1,1±0,2% респондентов, на серьёзные проблемы с родителями и с друзьями указали 1,6±0,7% и 1,3±0,7%, соответственно. Плохая успеваемость в школе в результате употребления наркотиков отмечалась у 2,0±0,8% респондентов, 1,0±0,6% респондентов указали, что подвергались нападению или краже. Проблемы с полицией или госпитализацию отмечали 2,0±0,8% и 0,9±0,6% опрошенных лиц. На

половую связь без презерватива и половую связь, о которой сожалели на следующий день, указали 2,0±0,7% и 1,2±0,6%, соответственно.

4 Распространённость рисков вовлечения в нехимические аддикции среди детей и молодёжи Республики Казахстан

4.1 Распространённость рисков развития религиозной аддикции

Для оценки степени религиозной зависимости был использован опросник, составленный на основе теста на наличие нехимических аддикций Гриффита (Телепова Н.Н., 2010).

Среди общей исследуемой группы высокая степень религиозной аддикции была определена в отношении 2,6%±0,5% респондентов (Таблица 4-1).

Таблица 4-1

Степень религиозной аддикции среди детей и молодёжи (n=4000)

Степень религиозной аддикции	Абсолютное число (чел.)	%	Доверительный интервал
Низкая	1930	48,3	±1,5%
Средняя	1964	49,1	±1,5%
Высокая	104	2,6	±0,5%

Высокая степень религиозной аддикции может проявляться в виде следующих симптомов: неспособность думать, сомневаться и задавать вопросы по поводу религиозной информации; чёрно-белое мышление; основанная на стыде вера; магическая убеждённость, что Бог всё сделает для тебя без твоего серьёзного участия; ригидное навязчивое следование правилам и предписаниям; бескомпромиссные суждения; компульсивные или навязчивые стремления к религиозным ритуалам; нереалистические финансовые пожертвования; конфликт и споры с наукой, медициной и образованием; прогрессирующий отказ от реальной работы, изоляция, разрыв прежних отношений; манипулирование цитатами или текстами, ощущение избранности, заявления о личных посланиях от Бога; трансоподобное состояние, счастливое (или суперодухотворённое) выражение лица; ощущение правоты и превосходство над всем остальным человечеством; разочарование, сомнения, психический, физический и эмоциональный кризис, боязнь призвать на помощь

(из страха быть разоблаченным в «недуховности») (Телепова Н.Н., 2010).

Среднюю степень религиозной аддикции имеют 49,1±1,5% опрошенных лиц. Вероятнее всего, это лица с колеблющимися с неустойчивой религиозной ориентацией, которые испытывают колебания между верой и неверием, обнаруживают сомнение в истинности даже основных и существенных положений вероучения. Могут входить в какую-либо религиозную общность. Культовые действия совершают редко, участвуют лишь в наиболее важных религиозных праздниках и обрядах, чаще всего под влиянием нерелигиозных мотивов. Они не имеют постоянных связей с религиозной группой, религиозные взгляды не распространяют, детей в религиозном духе не воспитывают. Религиозные стимулы, как правило, не влияют на мотивацию социальной деятельности. Не имеют определенных взглядов на религиозные и мирские нормы и ценности (Яблоков, 2002).

К лицам с низким уровнем религиозной аддикции относятся 48,3±1,5% респондентов. Эти лица,

скорее всего, не обнаруживают какой-либо ориентации в отношении к религии и религиозности, не имеют религиозной веры, не верят в истинность положений вероучения, не относят себя к религиозной общности. Культовых действий не совершают, хотя не исключены отдельные подобные акты по нерелигиозным мотивам. Религиозных взглядов не распространяют, безразличны, но терпимы к религии и религиозности. При воспитании детей не формируют у них, ни позитивной, ни критической позиции по отношению к религии. Социальная деятельность стимулируется безрелигиозными мотивами. Равнодушно относятся как к религиозным, так и мирским нормам и ценностям (Яблоков, 2002).

4.2 Распространённость рисков развития компьютерной аддикции

Для исследования рисков вовлечения в компьютерную зависимость использовался вопросник, со-

держащий 11 вопросов относительно проявлений эмоционального состояния личности за компьютером или в Интернете. Кроме того, часть вопросов была посвящена исследованию количества времени пребывания за компьютером и материальных расходов, связанных с этим; волевых свойств; ощущений, получаемых во время провождения досуга за компьютером; ассоциативного характера восприятия получаемого удовольствия; влияния увлечения компьютером на социально-бытовые обязанности, роли социальных обязательств в повседневном быте; влияния компьютера на психофизическое состояние, режим сна и бодрствования.

В таблице 4-2 представлено распределение показателей общей исследуемой группы относительно рисков вовлечения в компьютерную зависимость.

В общей группе у $1,0 \pm 0,3\%$ респондентов определяются признаки компьютерной зависимости. Это состояние характеризуется серьёзными изменени-

Таблица 4-2

Риск развития компьютерной аддикции среди детей и молодёжи (n=4000)

Риски вовлечения	Абсолютное число (чел.)	%	Доверительный интервал
Нет риска развития компьютерной зависимости	1244	31,1	$\pm 1,4$
Стадия увлечённости	1792	44,8	$\pm 1,5$
Риск развития компьютерной зависимости	916	22,9	$\pm 1,3$
Наличие компьютерной зависимости	40	1,0	$\pm 0,3$

ями в ценностно-смысловой сфере личности. На этой стадии начинается изменение самооценки и самосознания.

В целом следует отметить, что психические признаки компьютерной зависимости схожи с психическими признаками зависимостей другого типа. Наиболее распространёнными из них являются «потеря контроля» над временем, проведённым за компьютером, невыполнение обещаний, данных самому себе или другим касающим уменьшения времени, проведённого за компьютером, намеренное преуменьшение или ложь относительно времени, проведённого за компьютером, утрата интереса к социальной жизни и внешнему виду, оправдание собственного поведения и пристрастия. Важными симптомами компьютерной зависимости являются: смешанное чувство радости и вины во время работы за компьютером, а также раздраженное поведение, которое появляется в том случае, если по каким-то причинам длительность работы за компьютером уменьшается.

Риск развития компьютерной зависимости отмечается у $22,9 \pm 1,3\%$ опрошенных лиц, который характеризуется тем, что в иерархии потребностей появляется новая потребность – играть в компьютерные игры.

Стадия увлечённости определяется у $44,8 \pm 1,5\%$ респондентов. Данная стадия характеризуется тем,

что устойчивая постоянная потребность в игре не сформирована, игра не является значимой ценностью для человека. Игра в компьютерные игры носит скорее ситуационный, нежели систематический характер.

4.3 Распространённость рисков развития игровой аддикции

Для исследования рисков вовлечения в игровую зависимость в анкете использовался тест Такера (Егоров А.Ю., 2007).

Данный тест предполагает несколько уровней, связанных с последствиями азартных игр и пристрастием к игровой деятельности. Первый уровень подразумевает отсутствие каких-либо негативных последствий азартной игры. Респондент может играть изредка с целью общения или на досуге – игра не является проблемным пристрастием и не ведёт к негативным последствиям. Второй уровень определяется тем, что азартные игры могут привести к негативным последствиям. Третий уровень связан с вовлечением в азартные игры, ведущим к негативным последствиям. Возможно, контроль над пристрастием к азартным играм уже потерян – чем выше результат, интенсивней игра, тем серьёзнее могут быть проблемы. Результаты исследования среди общей группы детей и молодёжи представлены ниже (Таблица 4-3).

Таблица 4-3

Риск развития игровой аддикции среди детей и молодёжи (n=4000)

Риск игровой аддикции	Абсолютное число (чел.)	%	Доверительный интервал
Нет последствий азартной игры	3609	90,2	$\pm 0,9$
Возможны негативные последствия	178	4,5	$\pm 0,6$
Негативные последствия, контроль над пристрастием к азартным играм потерян, высока вероятность патологического гемблинга	211	5,3	$\pm 0,7$

Высокую вероятность патологического гемблинга имеют $5,3 \pm 0,7\%$ респондентов. Этот уровень характеризуется потерей контроля над пристрастием к азартным играм, а также выраженным проблемам вследствие увлечения играми. Данные лица, как правило, нуждаются в помощи специалистов. При выраженной зависимости наблюдается полное отсутствие борьбы мотивов; игрок готов играть ежедневно и неограниченное время, а фактически играет всегда, когда есть время и любая сумма наличных денег в кармане, так как желание играть существует постоянно. Также при игровой зависимости полностью утрачивается контроль над своим состоянием и своего игрового поведения. При выраженной степени игровой зависимости все поведение игрока является несамостоятельным, вынужденным, несвободным, полностью подчинённым внутренней зависимости от игры и от своего желания играть (Акопов А.Ю., 2004).

Уровень с возможными негативными последствиями определен у $4,5 (\pm 0,6\%)$ респондентов. Согласно классификации Lesieur and Custer (1984), данный уровень может соответствовать стадии выигрыша. Стадия выигрыша может характеризоваться случайными играми, которые могут сопровождаться выигрышами, фантазиями об игре, беспричинным оптимизмом.

Негативных последствий от азартных игр не имеют $90,2 (\pm 0,9\%)$ респондентов. Данные лица могут играть изредка, с целью общения или на досуге – игра не является проблемным пристрастием.

В целом, необходимо отметить что лица, имеющие высокие риски в отношении компьютерной и игровой аддикции, – это, чаще всего, мужчины лица мужского пола в возрасте 19 лет, учащиеся среднеспециальных учебных заведений. Лица, имеющие риск религиозной аддикции это чаще всего женщины 19 лет учащиеся высших учебных заведений. Лица, имеющие риск религиозной аддикции, – это, чаще всего, лица женского пола 19 лет, учащиеся высших учебных заведений.

4.4 Взаимосвязь между потреблением психоактивных веществ и нехимическими аддикциями

Известно положение об этиопатогенетическом единстве большинства форм зависимого поведения

и лёгкостью перехода от одной формы аддикции к другой (Аймедов и Жогно, 2008). Проблему коморбидности аддикций начали активнее изучать в связи с появлением новых форм аддиктивного поведения, в частности нехимических форм зависимости. Hoyle (2000) и Orford J. (2001) указывали на клиническое, этиологическое, патогенетическое родство химической и нехимической зависимостей.

Мы провели сравнительный анализ риска вовлечения в нехимические виды аддикции лиц, имеющих риск развития алкогольной аддикции, и лиц, у которых данный риск не отмечен (Таблица 4-4).

Группу риска по наркотической аддикции составили лица, которые отметили факт употребления наркотика в течение жизни. Критерием отбора в группу риска по алкогольной аддикции являлись сочетание двух факторов – употребление 5 и более порций за последние 30 дней и наличие хотя бы одной из проблем из-за употребления алкоголя (драка, проблемы с родителями и т.д.).

У лиц с риском развития алкогольной аддикции чаще отмечаются риски вовлечения в нехимические аддикции, кроме религиозной. Аналогичные данные были получены при сравнительном анализе лиц с риском вовлечения в наркотическую аддикцию и лиц, у которых данные риски отсутствуют. Однако у лиц с риском по наркотической аддикции чаще встречается наличие компьютерной зависимости, и также отсутствуют различия относительно религиозной аддикции (Таблица 4-5).

Таким образом, отмечается взаимосвязь между химическими и нехимическими аддикциями, при этом религиозная зависимость, по всей вероятности, не имеет связей с химическими аддикциями.

5 Социально-психологические характеристики молодёжи

5.1 Агрессивность

Агрессивное поведение является комплексной проблемой, которая затрагивает различные аспекты жизнедеятельности человека: биологический, психический, психологический и социальный.

Агрессивность может быть мотивационной, то есть связанной с внутренними побуждениями к совершению агрессивных действий; личностной составляющей, как привычным способом реагирова-

Таблица 4-4

Риск развития нехимических аддикций у лиц с риском развития алкогольной зависимости и не имеющих данных рисков

Вид зависимости	Риск развития	Количество лиц, имеющих риск развития алкогольной аддикции (n=353)	Количество лиц, не имеющих риска развития алкогольной аддикции (n=3269)	P
Игромания	Нет никаких последствий азартной игры	75,9±4,5%	92,4±0,9%	<0,01
	Уровень, который может привести к негативным последствиям	9,3±3%	3,7±0,6%	<0,01
	Высокая вероятность патологического гемблинга	14,7±3,7%	3,9±0,7%	<0,01
Компьютерная зависимость	Нет риска	21,7±4,3%	33,1±1,6%	<0,01
	Стадия увлеченности	41,3±5,2%	44,8±1,7%	
	Риск развития	35,9±5%	21,2±1,4%	<0,01
	Наличие компьютерной зависимости	1,1% (0,7<>3,1)	0,8±0,3%	
Религиозная зависимость	Низкая	47±5,2%	48,1±1,7%	
	Средняя	51,8±5,2%	49,2±1,7%	
	Высокая	1,1% (0,7<>3,1)	2,7±0,6%	

Таблица 4-5

Риск развития нехимических аддикций у лиц с риском развития наркотической зависимости и лиц, не имеющих данных рисков

Вид зависимости	Риск развития	Количество лиц, имеющих риск развития наркотической аддикции (n=271)	Количество лиц, не имеющих риска развития наркотической аддикции (n=3729)	P
Игромания	Нет никаких последствий азартной игры	72,7±5,3%	91,5±0,9%	<0,01
	Уровень, который может привести к негативным последствиям	12,5±3,9%	3,9±0,6%	<0,01
	Высокая вероятность патологического гемблинга	14,8±4,2%	4,6±0,7%	<0,01
Компьютерная зависимость	Нет риска развития компьютерной зависимости	19,3±4,7%	32±1,5%	<0,01
	Стадия увлеченности	36,6±5,75%	45,4±1,6%	<0,01
	Риск развития	40,7±5,9%	21,7±1,3%	<0,01
	Наличие компьютерной зависимости	3,3±2,1%	0,8±0,3%	<0,01
Религиозная зависимость	Низкая	48,3±5,9%	48,2±1,6%	
	Средняя	49,4±6%	49,1±1,6%	
	Высокая	2,2±1,8%	2,6±0,5%	

ния человека на различные жизненные ситуации; реактивной, возникающей как ответ на психотравмирующие фрустрирующие воздействия. Агрессия может иметь различную выраженность и проявляться в большом количестве феноменов – от мелких ссор до военных действий (J.P. Morgan, 2005). Агрессивность тесно связана с делинквентностью. Так, Змановская (2003) указывает, что все основные виды отклоняющегося поведения личности – делинквен-

тное, зависимое и суицидальное, – безусловно, можно рассматривать как поведение разрушительное по своей сути, различающееся лишь по форме и направленности агрессивных действий – вовне или вовнутрь. Автор указывает, что агрессивное поведение, достигающее уровня нарушения законов, прежде всего, может быть следствием подражания. В других случаях агрессивное противоправное поведение может быть невротически обусловлено,

например, если оно мотивируется сильной тревогой и неосознаваемым чувством вины. Также в литературе обсуждаются вопросы криминальной агрессии. В качестве основания психологической типологии криминальной агрессии Сафуанов (2002) выделяет три базовых измерения: «уровень агрессивности личности», «уровень выраженности тормозящих агрессию структур» и «уровень выраженности психотравмирующего воздействия ситуации».

В настоящем исследовании для изучения проявлений агрессивности среди подростков и молодёжи использовалась методика Спилбергера – опросник STAXI. Данный инструмент позволяет определить

не только наличие у респондента агрессивности как таковой, но и отнести её к определённому типу, модальность которого раскрывается в содержании следующих шкал: агрессивность, как психическое состояние; агрессивность, как черта и свойство личности; агрессивность, как компонент в структуре темперамента; агрессивность, как реакция на события; агрессивность, направленная на себя, – аутоагgressия; агрессивность, направленная на окружающих, – гетероагgressия; шкала контроля проявлений агрессивности.

Результаты исследования по оценке степени агрессивности среди общей группы подростков и молодёжи представлены на *рисунке 5-1*.



Рисунок 5-1. Проявления агрессивности (опросник STAXI) среди детей и молодёжи (n=4000)

По шкале «Агрессия как актуальное состояние» показатели среди всех респондентов превышают популяционную норму. С одной стороны у большинства подростков и молодёжи наблюдается слабо выраженная агрессия, наличие небольшого эмоционального стресса. С другой стороны – у 26,8% исследуемого контингента выявляются агрессия средней степени, наличие выраженного эмоционального стресса или сильная агрессия и риск психического расстройства.

По шкалам «Агрессия как личностная особенность», «Агрессия как особенность темперамента» и «Агрессия особенность характера» показатели почти 40% респондентов соответствуют популяционной норме, что не требуют какой-либо психологической помощи. При этом приблизительно у 20% подростков и молодёжи обнаруживается повышенная или высокая личностная агрессивность, при которых рекомендуется консультация психолога, психиатра.

Повышенная или высокая внешняя агрессия определена у 17,8% респондентов, которая может проявляться как целенаправленное деструктивное по-

ведение, противоречащее социальным нормам и правилам, наносящее вред объектам нападения (одушевлённым и неодушевлённым) (Берно-Беллекур И.В., 2001).

Повышенный или высокий уровень аутоаггресии отмечен у 19,2% респондентов общей исследуемой группы. В данном контексте аутоаггрессию можно рассматривать как направленную внутрь враждебность, сопряжённую с высокой частотой самоубийств, самоповреждений, а также алкогольной, наркотической зависимостью и занятий, связанных с риском для жизни (Берно-Беллекур И.В., 2001).

Особое значение в исследовании агрессивности имеет шкала «Контроль агрессии», так как показатели по этой шкале связаны с тем, как человек реализует агрессивные реакции. По Аммону Г., конструктивная форма реализации агрессии подразумевает социальную приемлемость проявления агрессии, способность индивида регулировать и корректировать своё поведение. Деструктивная форма реализации агрессии проявляется в ситуации социальной дезадаптации, когда вследствие нарушения морально-этических и правовых норм воздействие на

окружающих или на самого себя носит разрушительный, повреждающий характер. Дефицитарная форма проявления агрессии характеризуется низким уровнем социальной активности, недостаточным развитием поведенческих навыков, способствующих реализации агрессивных побуждений (Аммон Г., 2000).

В рамках настоящего исследования показатели по шкале «Контроль агрессии» у 63,1% подростков и молодёжи соответствуют популяционной норме. Низкий уровень контроля агрессии, несдержанность определен у 28,0% респондентов. Чрезмерный контроль агрессии, возможно, связанный с психосоматической патологией наблюдается у 7,6% исследуемых лиц. Чрезмерный контроль агрессии в данном контексте можно отнести к пассивно-агрессивному типу реагирования (Короленко and Дмитриева, 2006), что, согласно концепции враждебности, играет существенную роль в этиологии различных тяжёлых соматических заболеваний (Smith et al., 2004).

5.2 Психологическое здоровье

В исследованиях под руководством Каткова А.Л. показано соответствие основной формы реагирования на агрессивное воздействие среды дифференцированным уровням индивидуального и социального психологического здоровья (Катков А.Л., 2007, Катков А.Л., 2012). Индивиды и группы с высоким уровнем психологического здоровья на кратковременные стрессы, как правило, отвечают реакциями психофизиологической мобилизации, при которой все группы ресурсов – биологических, психологических, креативно-пластических – актуализируются на эффективное противостояние и преодоление возникших проблем. Индивиды и группы с низким уровнем психологического здоровья на эти же стрессоры реагируют нецеленаправленной агрессией (иногда – аутоагрессией), реакциями страха, тревоги, отчаяния, формированием деструктивных психологических защит, с отсутстви-

ем каких-либо перспектив в решении возникающих проблемных ситуаций.

При этом под психологическим здоровьем понимается способность к эффективной самоорганизации, обеспечивающей адекватную адаптацию, устойчивость и безопасность человека в агрессивной среде (Катков А.Л., 2012).

Казахстанскими учёными был создан специальный диагностический инструмент для исследования уровней психологического здоровья – устойчивости вовлечения в зависимость, отдельные блоки которого были использованы в данном исследовании (Катков А.Л. et al., 2011). В частности использовались блоки, касающиеся изучения свойств психологического здоровья.

В первом блоке исследовались личностные свойства, описанные Э. Эриксоном, в следующих полярных вариантах прохождения жизненных кризисов – ключевых этапов становления личностной идентичности:

- 1) базисное доверие или недоверие к основным агентам со-бытия;
- 2) автономность, уверенность или сомнение, стыд;
- 3) инициатива или чувство вины и скованность;
- 4) трудолюбие, ответственность или чувство неполноценности, избегание сложностей;
- 5) общительность, открытость или изоляция.

Ниже представлены результаты исследования по данному блоку в общей группе (*Рисунок 5-2*).

В опроснике вышеупомянутая схема полярных сценариев личностного развития по Э. Эриксону существенно расширяется за счёт введения ряда личностных свойств, обеспечивающих функцию устойчивости субъекта к вовлечению в социальные эпидемии – химические и нехимические аддикции. Ниже представлено краткое описание данных свойств (Катков А.Л., 2012).

1. Личностная идентификация – одна из основных интегративных психологических характеристик,

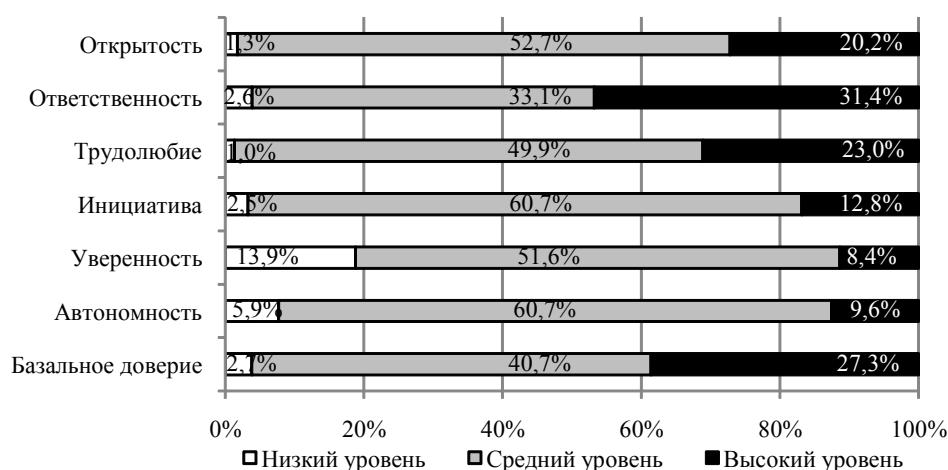


Рисунок 5-2. Уровни психологического здоровья (базовые приобретения) среди детей и молодёжи(*n=4000*)

описанных известным американским психологом Э. Эриксоном.

2. Позитивный, идентификационный жизненный сценарий – данное свойство, является также идентификационной характеристикой личности.

3. Навыки ответственного выбора – данное личностное свойство, в идеале, должно являться непрерывным атрибутом позитивного жизненного сценария. Ключевой характеристикой свойства ответственного выбора является умение отказаться от дивидендов конкурирующих сценариев (в литературе морально-нравственного толка это обозначается как «стойкость к искушению»).

4. Качество внутреннего локус-контроля – данное свойство личности (интернальности – экстернальности) было исследовано и подробно описано американским психологом Д. Роттером. Субъект с развитым качеством внутреннего локус-контроля полностью осознаёт, что только он сам несёт ответственность за всё то, что происходит с ним в жизни.

5. Психологические ресурсы, необходимые для реализации позитивного жизненного сценария – данные свойства личности, с одной стороны, являются интегрирующими и включающими вышеназванный перечень наиболее существенных личностных характеристик. С другой стороны, содержат следующие специфические характеристики: а) проработанная базисная стратегия с акцентом на синергию (сотрудничество), открытая к изменениям, облегчающая быстрое усвоение информации, поступающей по различным каналам, а также – генерацию новых, актуальных информационных блоков; б) наличие проработанного ресурсного личностного статуса (Я-ресурсный), актуализирующегося в моменты адаптационного напряжения и способствующего прохождению таких периодов с максимумом приобретений и минимумом потерь; в) наличие необходимого объёма знаний – умений – навыков, достаточных для реализации своих жизненных и профессиональных планов.

6. Адекватная информированность об агентах, агрессивных и деструктивных по отношению к основным идентификационным жизненным сценариям – психологическое свойство, имеющее прямое отношение к личностным реакциям, определяющим вектор поведения субъекта по отношению к агрессивным воздействиям среды.

На рисунке 5-3 представлены результаты исследования вышеуказанных свойств в общей группе.

Для дифференциации общей исследуемой группы по уровням развития психологического здоровья респонденты были отобраны следующим образом. В общей группе была определена популяционная норма, которая равнялась 6 стенам. Лица, набравшие от 1 до 5 стен, были определены в группу с низким уровнем психологического здоровья. Лица, набравшие от 7 до 10 стен – это лица с высоким уровнем психологического здоровья.

Таким образом, у $10,1 \pm 0,9\%$ респондентов был определён низкий уровень психологического здоровья. Хухлаева (2001) определяет низший уровень психологического здоровья как дезадаптивный или ассимилятивно-аккомодативный. К нему можно отнести людей с нарушением баланса процессов асимиляции и аккомодации, использующих для разрешения внутреннего конфликта либо ассимилятивные, либо аккомодативные средства. Ассимилятивный стиль поведения характеризуется, прежде всего, стремлением человека приспособиться к внешним обстоятельствам в ущерб своим желаниям и возможностям. Человек, избранный аккомодативный стиль поведения, наоборот, использует активно наступательную позицию, стремится подчинить окружение своим потребностям. Неконструктивность такой позиции заключается в негибкости поведенческих стереотипов, в преобладании экстернального локуса контроля, недостаточной критичности. Данная группа является зоной максимального риска для вовлечения в эпидемии химической и деструктивной психологической зависимости.

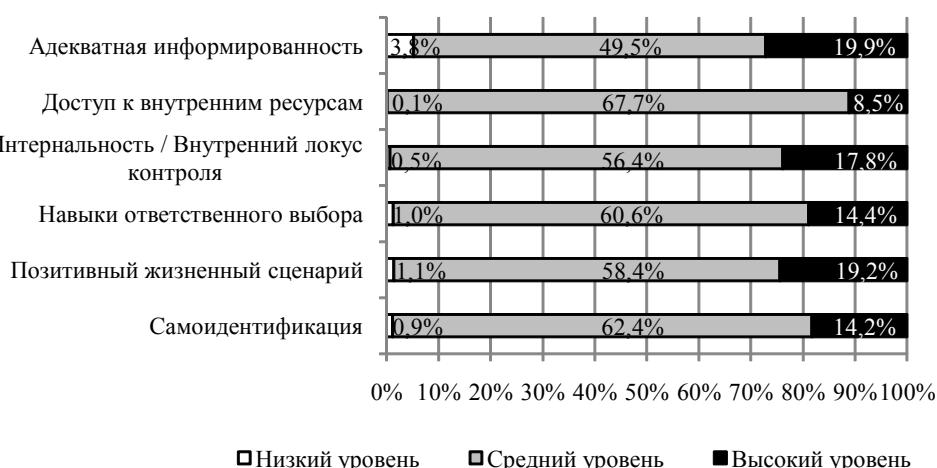


Рисунок 5-3. Уровни психологического здоровья (идентификационные характеристики личности) среди детей и молодёжи ($n=4000$)

Лица с высоким уровнем психологического здоровья составляют $12,9 \pm 1\%$ в общей исследуемой группе. К высшему уровню психологического здоровья – креативному – можно отнести людей с устойчивой адаптацией к среде, наличием резерва сил для преодоления стрессовых ситуаций и активным творческим отношением к действительности, наличием созидательной позиции. Такие люди не нуждаются в психологической помощи (Хухлаева, 2001). Высокий уровень психологического здоровья предполагает успешную адаптацию и полноценное функционирование как человека и члена общества.

Наибольшее число подростков и молодёжи находятся в зоне среднего уровня $77 (\pm 1,3\%)$. К среднему уровню – адаптивному – относятся люди, в целом адаптированные к социуму, однако имеющие несколько повышенную тревожность. Такие люди могут быть отнесены к группе риска, поскольку не имеют запаса прочности психологического здоровья

(Хухлаева, 2001). У этих детей есть вероятность проявления дезадаптивного поведения в новых жизненных условиях, при изменяющихся обстоятельствах, при кризисных и стрессовых ситуациях.

Далее был проведён анализ гендерных и возрастных особенностей подростков и молодёжи, дифференцированных по уровням психологического здоровья (*Таблица 5-1*).

Среди лиц с низким уровнем психологического здоровья чаще встречаются респонденты мужского пола, соответственно среди лиц с высоким уровнем респонденты женского пола.

Анализ возрастного аспекта также показывает статистически значимые различия. Так, среди лиц с высоким уровнем психологического здоровья чаще встречаются респонденты старшего возраста, то есть 19 и 21 года и, наоборот, в группе с низким уровнем психологического здоровья больше 16-летних респондентов.

Таблица 5-1

Гендерные и возрастные аспекты психологического здоровья

Параметры исследования	Низкий уровень психологического здоровья (n=404)	Высокий уровень психологического здоровья (n=517)	P
Лица мужского пола	$51,2 \pm 4,9\%$	$40,4 \pm 4,2\%$	<0,01
Лица женского пола	$48,8 \pm 4,9\%$	$59,6 \pm 4,2\%$	<0,01
16 лет	$48,5 \pm 4,9\%$	$13,5 \pm 2,9\%$	<0,01
19 лет	$39,1 \pm 4,8\%$	$56,5 \pm 4,3\%$	<0,01
21 год	$12,4 \pm 3,2\%$	$30 \pm 3,9\%$	<0,01

5.3 Досуг

Роль досуга является одной из важнейших в процессе социализации личности подрастающего поколения. Среди проблем, затрудняющих социализацию молодого поколения, выделяется вестернизация досуга, специфическими чертами которой является ярко выраженный гедонизм, апелляция к примитивным инстинктам, поощрение их неконтролируемых проявлений.

В содержательном плане структура досуга включает общение; спортивно-оздоровительную деятельность, игры и отдых на природе; пассивно-репродуктивную или развлекательную деятельность; интеллектуально-познавательную деятельность активного характера; художественное, техническое, естественнонаучное творчество; любительскую деятельность прикладного характера; общественно активную деятельность.

Ниже, на *рисунке 5-4*, представлены показатели объёма времени (количество часов в неделю), затрачиваемого на отдельный вид активности и удовлетворённости этим видом активности (располагается в континууме от 1 – полностью неудовлетворён до 5 – полностью удовлетворён) среди подростков и молодёжи.

По объёму затрачиваемого времени можно сказать, что организованные группы подростков и мо-

лодёжи в наибольшей степени заняты учёбой, посвящают много времени общению с друзьями, родителями, братьями и сёстрами, общаются в социальных сетях и пользуются Интернетом, а также прослушивают музыку и смотрят телевидение (ТВ).

Изучение структуры свободного времени подростков и молодёжи показало, что наименьшее количество времени посвящается активному отдыху, оздоровительным процедурам, посещению театров, клубов и дискотек, участию в общественно-полезной деятельности.

6 Социально-демографические характеристики лиц с рисками вовлечения в химические и нехимические аддикции

6.1 Гендерный и возрастной аспекты

В последние два десятилетия все специалисты, занимающиеся проблемами молодёжи и подростков, отмечают рост химической зависимости в этой возрастной группе (Менделевич, 2007). Отмечается рост распространённости алкоголизма среди подростков женского пола (Владимиров, 1993) и стирание половых различий, касающихся употребления алкоголя, среди юношей и девушек (Сидоров и Митюхляев, 1999), кроме того актуальным является вопрос женской наркомании (Менделевич, 2007).



Рисунок 5-4. Количество времени, затраченного на определенные виды деятельности, и удовлетворенность временемпровождением среди детей и молодёжи (n=4000)

Также исследования доказывают значимость возрастного фактора в формировании и течении наркоманий. Так, Личко и Битенский (1991) указывают на различную злокачественность наркоманий в подростковом и зрелом возрастах.

В отношении нехимических аддикций данные литературы указывают на то, что мужчины чаще, чем женщины склонны к зависимости, в частности к развитию компьютерной и игровой зависимостей

(Griffiths et al., 2004). Обсуждается также возраст вовлечения в нехимические аддикции (Charlton, 2002). В то же время Davis et al. (2002) указывают на отсутствие значения половозрастных особенностей для развития данных видов аддикций.

В таблице 6-1 показаны данные, касающиеся распространённости рисков вовлечения в отдельные виды химических и нехимических аддикций среди лиц мужского и женского пола.

Таблица 6-1

Риск развития химических и нехимических аддикций среди лиц мужского и женского пола

Вид зависимости	Риск развития	Количество лиц мужского пола (n=1731)	Количество лиц женского пола (n=2269)	P
Риск развития наркотической зависимости	10,2±1,4%	4,2±0,8%	<0,01	
Риск развития алкогольной зависимости	14,2±1,7%	4,9±0,9%	<0,01	
Игромания	Нет никаких последствий азартной игры	86,1±1,6%	93,5±1%	<0,01
	Уровень, который может привести к негативным последствиям	6,4±1,1%	3,0±0,7%	<0,01
	Высокая вероятность патологического гемблинга	7,6±1,2%	3,5±0,8%	<0,01
Компьютер-ная зависимость	Нет риска	32,2±2,2%	30,4±1,9%	
	Стадия увлечённости	41,5±2,3%	47,5±2,1%	<0,01
	Риск развития	24,8±2%	21,5±1,7%	<0,05
	Наличие компьютерной зависимости	1,4±0,6%	0,7±0,3%	<0,05
Религиозная зависимость	Низкая	49,8±2,4%	47,1±2,1%	
	Средняя	47,5±2,4%	50,4±2,1%	
	Высокая	2,7±0,8%	2,5±0,6%	

Среди лиц мужского пола чаще, чем среди женского пола, встречались респонденты, имеющие риск развития наркотической и алкогольной аддикции.

Высокая вероятность развития патологического гемблинга чаще отмечается среди мужчин, чем женщин также среди мужчин чаще отмечается уровень, который может привести к негативным последствиям.

В отношении компьютерной зависимости – на стадии увлечённости больше находилось лиц женского пола, чем лиц мужского пола. Однако риск зависимости и наличие компьютерной зависимости чаще встречался у мужчин. В отношении религиозной зависимости, статистически значимых различий получено не было.

В таблице 6-2 представлены данные результатов анализа возрастного аспекта распространения рисков вовлечения в химические и нехимические аддикции.

Риск развития алкогольной аддикции чаще отмечается в возрасте 19 и 21 год. В отношении рисков вовлечения в наркотическую аддикцию статистически значимых различий между возрастами нет, однако следует отметить тенденцию возрастания риска у лиц в возрасте 21 года. Высокий риск игровой аддикций чаще отмечается в возрасте 19 лет. Риск развития компьютерной аддикции чаще встречается в возрасте 21 года. В отношении религиозной аддикции высокий риск отмечается с увеличением возраста респондентов.

Риск развития химических и нехимических аддикций в различных возрастных группах

Вид зависимости	Риск развития	16 лет (n=1415)	19 лет (n=1824)	21 год (n=761)
Риск развития наркотической зависимости	6,9±1,3%	6,2±1,1%	8±1,9%	
Риск развития алкогольной зависимости	5,5±1,2%	10,7±1,4%*	10,9±2,2%	
Игромания	Нет никаких последствий азартной игры	92,1±1,4%	88,4±1,5%*	91,4±1,9%**
	Уровень, который может привести к негативным последствиям	3,8±1%	5,0±1%	4,3±1,4%
	Высокая вероятность патологического гемблинга	4,1±1%	6,6±1,1%*	4,2±1,4%**
Компьютерная зависимость	Нет риска развития	33,9±2,5%	31,5±2,1%	26,2±3,1%*
	Стадия увлеченности	43±2,6%	45,6±2,3%	46,6±3,5%
	Риск развития	22,7±2,2%	21,8±1,9%	26,2±3,1%**
Религиозная зависимость	Наличие компьютерной зависимости	0,8±0,4%	1,1±0,4%	0,9±0,7%
	Низкая	50,4±2,6%	46,8±2,3%**	47,8±3,5%
	Средняя	48,1±2,6%	50,1±2,3%	48,8±3,6%
	Высокая	1,4±0,6%	3,1±0,7%*	3,4±1,3%

*P<0,01 **P<0,05

6.2 Распространённость рисков вовлечения в химические и нехимические аддикции в образовательных учреждениях

Кроме гендерного и возрастного аспекта мы рассмотрели распространённость рисков вовлечения в химические и нехимические аддикции в общебазовательных, средне-специальных и высших учебных заведениях, а также региональный аспект распространения рисков вовлечения в данные аддикции. Наиболее часто риски вовлечения в химические и нехимические аддикции встречаются в средне-специальных учебных заведениях, однако, риск вовлечения в религиозную аддикцию имеет тенденцию к возрастанию в высших учебных заведениях (Таблица 6-3).

Среди различных учебных заведений наибольшая доля лиц с риском вовлечения в химические и нехимические аддикции встречается в средне-специальных учебных заведениях. Стоит отметить тен-

денцию к некоторому увеличению риска в отношении религиозной аддикции в высших учебных заведениях.

Также был проведен анализ регионального аспекта рисков вовлечения в химические и нехимические аддикции (*Карта 6-1*).

Наибольшее количество респондентов, употреблявших табак за последние 30 дней, отмечается в Западно-Казахстанской области – 27,4%, в г. Астане – 26,4% и в г. Алматы – 20,8%. Наименьшее число респондентов, отмечающих текущее потребление табака, проживающих в Жамбылской и Южно-Казахстанской областях – 10,8% и 10%, соответственно.

В отношении текущего употребления алкоголя наиболее высокие показатели отмечаются на территории Павлодарской и Костанайской областях – 34,6% и 29,4%, соответственно, а также на территории Западно-Казахстанской области – 29,2%. На территории Карагандинской области данный показатель

Таблица 6-3

*Распространённость рисков вовлечения в химические и нехимические аддикции
в образовательных учреждениях*

Параметры исследования		Общеобразова- тельные школы (n=1415)	Специализирован- ные учебные заве- дения (n=1268)	Высшие учебные заведения (n=1317)
Риск развития наркотической зависимости		6,9±1,3%	7,1±1,4%	6,3±1,3%
Риск развития алкогольной зависимости		5,5±1,2%	11,1±1,7%*	10,4±1,7%
Игромания	Нет никаких последст- вий азартной игры	92,1±1,4%	86,2±1,9%*	92,3±1,4%*
	Уровень, который мо- жет привести к нега- тивным последствиям	3,8±1%	5,4±1,2%	4,3±1,1%
	Высокая вероятность патологического гемб- линга	4,1±1%	8,5±1,5%*	3,5±1%*
Компьютерная зависимость	Нет риска развития	33,4±2,5%	29,1±2,5%**	30,7±2,5%
	Стадия увлеченностии	43±2,6%	45,4±2,7%	46,3±2,7%
	Риск развития	22,7±2,2%	23,8±2,3%	22,4±2,3%
	Наличие компьютерной зависимости	0,8±0,5%	1,6±0,7%	0,6±0,4%**
Религиозная зависимость	Низкая	50,4±2,6%	48,2±2,8%	46±2,7%
	Средняя	48,1±2,6%	48,8±2,8%	50,5±2,7%
	Высокая	1,5±0,6%	3,0±0,9%**	3,4±1%

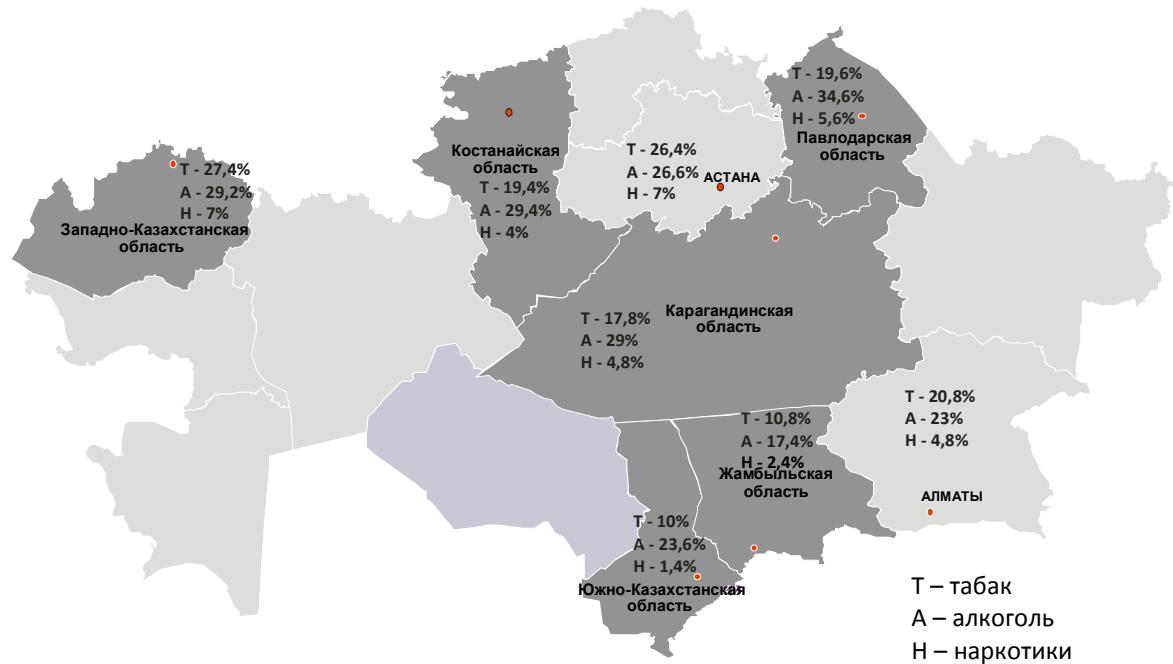
*P<0,01 **P<0,05

составил 29%. Меньше всего лиц, отметивших по-
требление алкоголя, зафиксировано на территории
Жамбылской области – 17,4%.

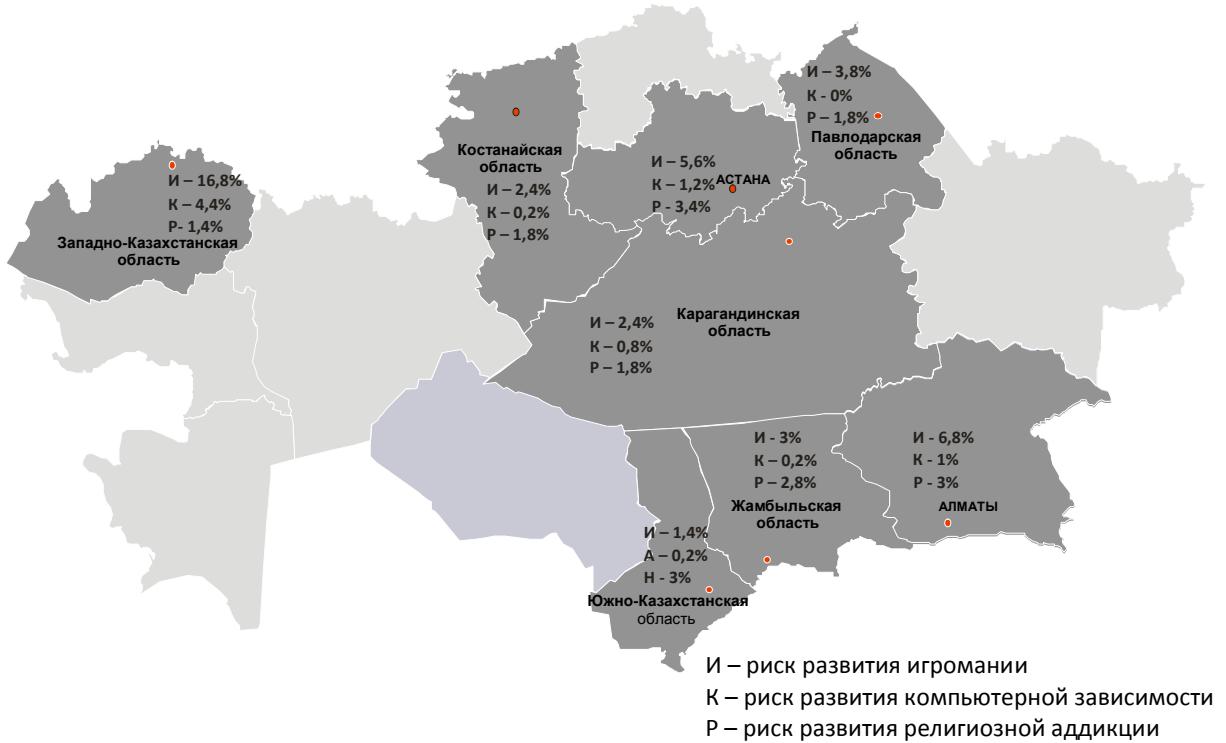
Наркотические вещества за последние 30 дней
чаще всего употребляли в г. Астане и на территории
Западной-Казахстанской области – 7%, меньше все-
го таких лиц отмечено на территории Южно-Казах-

станской и Жамбылской областей – 1,4% и 2,4%,
соответственно.

Среди лиц, опрошенных на территории Запад-
но-Казахстанской области, 16,8% имели высокую ве-
роятность патологического гемблинга, в г. Алматы
этот показатель составил 6,8% и в г. Астане – 5,6%.
Наименьшее количество случаев вероятности пато-



Карта 6-1. Количество лиц, употреблявших психоактивные вещества в течение 30 последних дней,
в тех областях Республики Казахстан, где проводилось данное исследование



Карта 6-2. Распространенность высоких рисков вовлечения в нехимические аддикции в регионах РК

логического гемблинга отмечается среди учащихся, опрошенных в Южно-Казахстанской области – 1,4%. Также среди опрошенных респондентов в Западно-Казахстанской области выявлено большее количество случаев компьютерной зависимости – 4,4%. Во время проведения исследования в Павлодарской области таких случаев выявлено не было. В Карагандинской области в ходе исследования установлено 3,6% от числа опрошенных респондентов имеют высокий риск вовлечения в религиозные аддикции. В г. Астане показатель по данному параметру исследования составил 3,4%. Наименьшее число респондентов, имеющих высокий риск религиозной зависимости, отмечается среди опрошенных лиц в Костанайской и Павлодарской областях (*Карта 6-2*).

7 Социально-психологические особенности лиц с высокими рисками вовлечения в химические и нехимические аддикции

7.1 Психологическое здоровье

В разделе 5.2 была представлена концепция психологического здоровья, а также результаты исследования психологического здоровья в общей группе (*Рисунок 5-2, Рисунок 5-3*).

По мнению А.Л. Каткова (2012), высокий уровень состояния психологического здоровья личности препятствует вовлечению в химическую и нехимическую зависимость, а низкий уровень, наоборот, способствует формированию высоких рис-

ков вовлечения в химическую и нехимическую зависимости.

Сравнительный анализ данных, полученных в рамках проведённого исследования от лиц с низким и высоким уровнем состояния психологического здоровья, показывает, что среди респондентов с низким уровнем психологического здоровья достоверно чаще отмечаются риски вовлечения в химические и нехимические аддикции (*Таблица 7-1*).

Лица, имеющие низкий уровень психологического здоровья, в сравнении с лицами с высоким уровнем чаще имеют риск развития наркотической зависимости, в отношении риска развития алкогольной зависимости статистически значимых различий обнаружено не было, однако прослеживается чёткая тенденция увеличения лиц с низким уровнем психологического здоровья.

Ряд статистически значимых различий выявлен в отношении нехимических аддикций. Так, среди лиц с низким уровнем психологического здоровья чаще отмечается высокая вероятность патологического гемблинга и, наоборот, у лиц с высоким уровнем психологического здоровья чаще отмечается отсутствие последствий азартной игры. Риск развития компьютерной зависимости и наличие данной зависимости также чаще отмечается среди лиц с низким уровнем психологического здоровья, в то время как стадия увлечённости чаще отмечается среди лиц с высоким уровнем психологического здоровья.

Неоднозначная картина складывается в отношении религиозной аддикции. Низкий риск вовлече-

Таблица 7-1

Риск развития химических и нехимических аддикций у лиц с высоким и низким уровнем состояния психологического здоровья

Параметры исследования		Низкий уровень состояния психологического здоровья (n=404)	Высокий уровень состояния психологического здоровья (n=517)	P
Риск развития наркотической зависимости		10,1±2,9%	5,2±1,9%	<0,01
Риск развития алкогольной зависимости		10,3±3%	6,8±2,2%	
Игромания	Нет никаких последствий азартной игры	82,4±3,7%	96,1±1,7%	<0,01
	Уровень, который может привести к негативным последствиям	4,7±2,1%	3,1±1,5%	
	Высокая вероятность патологического гемблинга	12,9±3,3%	0,8% 0,5<>2,2%	<0,01
Компьютерная зависимость	Нет риска	33,8±4,6%	32,7±4%	
	Стадия увлеченностии	31,1±4,5%	55,5±4,3%	<0,01
	Риск развития	32,6±4,6%	11,6±2,8%	<0,01
	Наличие компьютерной зависимости	2,5±1,5%	0,2% 0,1<>1,5%	<0,01
Религиозная зависимость	Низкая	49,9±4,9%	42,9±4,3%	<0,05
	Средняя	47,1±4,9%	55,3±4,3%	<0,05
	Высокая	3±1,7%	1,7±1,1%	

ния в данную аддикцию чаще отмечается у лиц с низким уровнем психологического здоровья, а средний риск чаще отмечается у лиц с высоким уровнем психологического здоровья.

Кроме сравнительного анализа был проведён анализ отношения шансов (*Таблица 7-2, Таблица 7-3, Таблица 7-4*). Отношение шансов (OR) равное 1 указывает на то, что в группах, подвергнутых воздействию одинаково вероятно наступление события, представляющего интерес. Предполагаемый фактор риска является значимым (т.е. с большой ве-

роятностью вызовет наступление события), если больше единицы.

У лиц с низким уровнем психологического здоровья вероятность развития химических и нехимических аддикций в 1,8 раза выше, чем у лиц со средним уровнем психологического здоровья (OR=1,77 (1,4<>2,3)).

У лиц со средним уровнем психологического здоровья вероятность развития химических и нехимических аддикций в 1,5 раза выше, чем у лиц с высоким уровнем психологического здоровья (OR=1,49) (1,1<>2).

Таблица 7-2

Вероятность развития химических и нехимических аддикций у лиц с низким и средним уровнем психологического здоровья

Виды рисков	Низкий уровень психологического здоровья	Средний уровень психологического здоровья	Сумма
Риск развития химических и нехимических аддикций	89	594	683
Нет риска развития аддикций	217	2561	2778
Сумма	306	3155	3672

Таблица 7-3

Вероятность развития химических и нехимических аддикций у лиц со средним и высоким уровнем психологического здоровья

Виды рисков	Средний уровень психологического здоровья	Высокий уровень психологического здоровья	Сумма
Риск развития химических и нехимических аддикций	594	69	663
Нет риска развития аддикций	2561	448	3009
Сумма	3155	517	3672

Таблица 7-4

Вероятность развития химических и нехимических аддикций у лиц с низким и высоким уровнем психологического здоровья

Виды рисков	Низкий уровень психологического здоровья	Высокий уровень психологического здоровья	Сумма
Риск развития химических и нехимических аддикций	89	69	158
Нет риска развития аддикций	217	448	665
Сумма	306	517	819

У лиц с низким уровнем психологического здоровья вероятность развития химических и нехимических аддикций в 2,6 раза больше, чем у лиц с высоким уровнем психологического здоровья при OR=2,64 (1,9>3,8).

7.2 Агрессивность

Социальная значимость агрессии обуславливает особое внимание к изучению данного феномена (Аткинсон et al., 2003), а с ростом влияния компьютерных технологий и связанной с компьютерной зависимостью проблема подростковой жестокости и агрессивности, приобретает в настоящее время всё большую остроту. Так, ряд исследований показал, что у подростков с компьютерной игровой зависимостью, по сравнению с их здоровыми сверстниками, отмечается повышенный уровень агрессивности (Забелина Д.Е., 2011, Фадеева С.В., 2010, Mehroof and Griffiths, 2010). Кроме того, в литературных источниках сообщается и об обратном эффекте – снижении показателей агрессии в результате игровой деятельности (Шибанов С.Э. et al., 2011). У лиц с игровой аддикцией также отмечается психопатические черты возбудимого типа (Бухановский et al.).

На рисунке 7-1 представлен сравнительный анализ показателей агрессивности у лиц с высоким риском развития аддикции и лиц с низким риском. В первую группу вошли лица имеющие риск, как по химическим, так и по нехимическим видам аддикции, вторую группу составили лица не имеющих рисков аддиктивного поведения.

В группе лиц, имеющих высокий риск развития химических и нехимических аддикций, отмечаются более высокие показатели агрессивности, чем у лиц, не имеющих рисков. При этом статистически значимые различия ($P<0,01$) были получены по всем шкалам, кроме шкалы «Контроль агрессии».

7.3 Досуг

Как указывалось выше, важную роль в процессе социализации подростков занимает досуг. Также выше были представлены результаты исследования структуры свободного времени в общей группе. Мы провели сравнительный анализ количества затрачиваемого времени на тот или иной вид активности лицами, имеющими высокий риск развития аддикций, и лицами, не имеющими рисков по данному профилю. На рисунке 7-2 представлены только достоверно значимые различия.

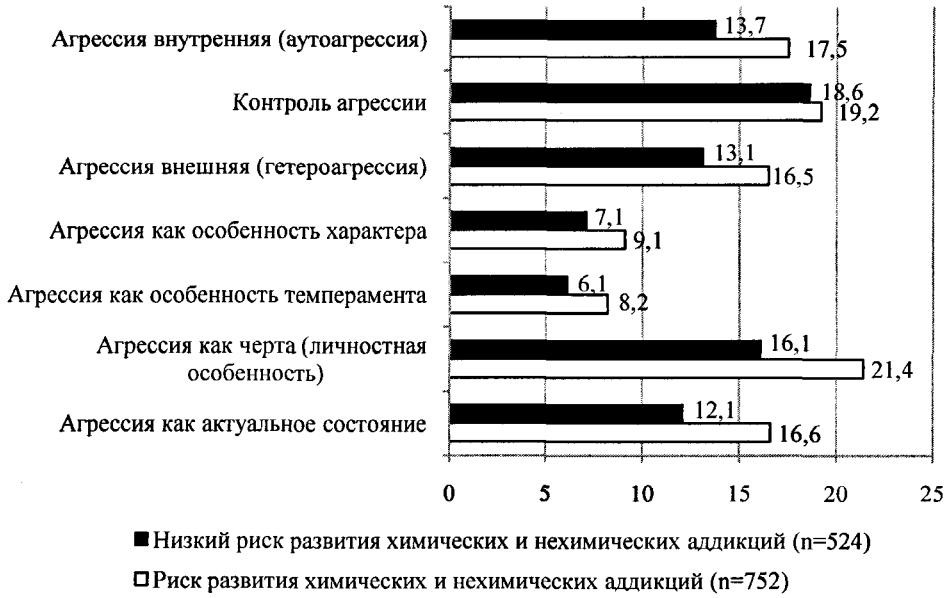


Рисунок 7-1. Выраженность агрессивности у лиц с высоким и низким риском развития химических и нехимических аддикций



Рисунок 7-2. *Объём затрачиваемого времени на тот или иной вид активности у лиц с высоким и низким рисками развития нехимических аддикций*

Лица, имеющие высокий уровень риска вовлечения в химические и нехимические аддикции, меньше уделяют времени учебе, также меньше уделяют времени общению с родителями, с братьями и сестрами. В то же время данные лица больше общаются в социальных сетях и, соответственно, больше проводят времени в Интернете. Кроме того данные лица чаще посещают клубы, дискотеки, больше слушают музыку и меньше уделяют времени чтению.

Кроме количества времени, затрачиваемого на тот или иной вид деятельности, была проведена оценка удовлетворённости времяпрепровождением. Напомним, что данная оценка проводилась по 5-балльной шкале (от 1 балла – полностью неудовлетворен – до 5 баллов – полностью удовлетворен).

Лица, имеющие низкие риски вовлечения в химические и нехимические аддикции, больше удовлетворены учебой ($3,6 \pm 0,1$ и $3,9 \pm 0,1$ балла при $P < 0,01$), общением с родителями, братьями, сёстрами ($3,8 \pm 0,1$ и $4,1 \pm 0,1$ балла при $P < 0,01$) и ($3,8 \pm 0,1$ и $4,2 \pm 0,1$ балла при $P < 0,05$), а также общением с друзьями ($4 \pm 0,1$ и $4,2 \pm 0,1$ балла при $P < 0,05$). Кроме того данные лица больше получают удовольствия от посещения клубов, дискотек ($3,7 \pm 0,1$ и $3,4 \pm 0,2$ балла при $P < 0,01$), просмотра ТВ ($3,7 \pm 0,1$ и $3,9 \pm 0,1$ балла при $P < 0,05$) и чтения ($3,8 \pm 0,1$ и $4 \pm 0,1$ балла при $P < 0,01$). Лица, имеющие высокие риски развития аддикции, больше удовлетворены посещением мест богослужения ($3,7 \pm 0,1$ и $3,3 \pm 0,2$ балла при $P < 0,01$).

8 Выводы

Результаты проведённого исследования позволяют сделать определённые выводы в отношении

распространённости рисков вовлечения в химические и нехимические аддикции среди подростков и молодёжи в Республике Казахстан, а также определить некоторые факторы, которые могут установить уровень риска вовлечения в аддиктивное поведение.

Таким образом, в отношении психоактивных веществ в ходе исследования выявлено следующее.

Текущее потребление табака встречается у 19% респондентов, при этом более половины начали употреблять табак ежедневно в возрасте 16 лет, однако первые пробы табака происходят раньше, чем в 16 лет.

Текущее потребление алкоголя отметили 26,6% опрошенных лиц, при этом инициация потребления крепких напитков, в основном, происходит в период от 16 лет и старше, а менее крепких напитков (пиво, шампанское, вино и т.д.) у половины респондентов происходит до 16 лет.

На потребление каких-либо наркотических веществ в течение жизни указали 16,3% респондентов. Среди наркотических веществ наиболее потребляемыми являются каннабис, ингалянты, стимуляторы и седативные средства. Выявлена тенденция к увеличению с возрастом числа лиц, потребляющих каннабис. Потребление ингалянтов с возрастом снижается.

В отношении нехимических аддикций, высокий уровень риска развития религиозной аддикции определяется у 2,6% респондентов. Наличие компьютерной зависимости отмечается у 1% респондентов, риск развития данной зависимости был определён в отношении 22,9% опрошенных лиц. Вероят-

ность развития патологического гемблинга была выявлена у 5,3% опрошенных учащихся.

Респонденты, имеющие риски вовлечения в химические и нехимические аддикции, – это чаще всего лица мужского пола в возрасте 19 лет и 21 года, учащиеся средне-специальных учебных заведений. Однако респонденты, имеющие высокий риск религиозной аддикции, – это чаще всего лица женского пола 19 лет, студенты высших учебных заведений.

Отмечается взаимосвязь между химическими и нехимическими аддикциями, что соотносится с результатами ранее проведённых исследований. У лиц, имеющих риски в отношении химических зависимостей (алкогольной, наркотической), чаще отмечаются риски вовлечения в такие нехимические аддикции, как компьютерная и игровая зависимость. В отношении религиозной аддикции подобной связи выявлено не было. Также отмечена взаимосвязь между уровнем психологического здоровья и рисками вовлечения в химические и нехимические аддикции. Так, у лиц, имеющих низкий уровень психологического здоровья, чаще отмечаются высокий уровень риска вовлечения в наркотическую, алкогольную, а также в игровую и компьютерную зависимости. В отношении религиозной аддикции такой взаимосвязи выявлено не было.

В целом у лиц с низким уровнем психологического здоровья вероятность развития химических и нехимических аддикций в 1,8 раза выше, чем у лиц со

средним уровнем психологического здоровья. В тоже время у лиц со средним уровнем психологического здоровья вероятность развития химических и нехимических аддикций в 1,5 раза выше, чем у лиц с высоким уровнем психологического здоровья. Установлено, что вероятность развития химических и нехимических аддикций у лиц с низким уровнем психологического здоровья в 2,6 раза выше, чем у лиц с высоким уровнем психологического здоровья.

Кроме того выявлена взаимосвязь между качеством жизни и рисками вовлечения в химические и нехимические аддикции. В частности, у лиц, меньше уделяющих времени учёбе, а также не удовлетворенных общением в семье, с друзьями, чаще отмечаются риски вовлечения в химические и нехимические аддикции. Наряду с этим, следует отметить, что лица, имеющие риски вовлечения в химические и нехимические аддикции, в сравнении с лицами, не имеющими рисков аддиктивного поведения, более агрессивны.

На основании вышеизложенного можно говорить о том, что в рамках данного исследования были выявлены факторы, существенно влияющие на формирование рисков вовлечения в зависимости. Среди них можно назвать такие, как низкий уровень психологического здоровья, социальные факторы, среди которых, вероятнее всего, важную роль играет недостаточное общение в рамках семейной системы.

9 Библиография

- CHARLTON J.P. 2002. A factor-analytic investigation of computer ‘addiction’ and engagement. *British journal of psychology*, 93, 329-344.
- DAVIS R.A., FLETT G.L. & BESSER A. 2002. Validation of a new scale for measuring problematic Internet use: Implications for pre-employment screening. *CyberPsychology & Behavior*, 5, 331-345.
- ESPAD. 2011. The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs [Online]. Available: http://www.espad.org/Uploads/Documents/ESPAD_Questionnaire_2011.pdf.
- EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION 2012. Annual report 2012: the state of the drugs problem in Europe. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- FISHER S. 1994. Identifying video game addiction in children and adolescents. *Addict Behav*, 19, 545-553.
- GRIFFITHS M.D., DAVIES M.N. & CHAPPELL D. 2004. Demographic factors and playing variables in online computer gaming. *CyberPsychology & Behavior*, 7, 479-487.
- HOYLE R.H. 2000. Personality processes and problem behavior. *Journal of Personality*, 68, 953-966.
- LESIEUR H.R. & CUSTER R.L. 1984. Pathological gambling: Roots, phases, and treatment. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 146-156.
- MEHROOF M & GRIFFITHS M.D. 2010. Online gaming addiction: The role of sensation seeking, self-control, neuroticism, aggression, state anxiety, and trait anxiety. *Cyberpsychology, behavior, and social networking*, 13, 313-316.
- MORGAN J.P. 2005. *Psychology of aggression*. Hauppauge, New York, Nova Science Publishers.
- ORFORD J. 2001. Addiction as excessive appetite. *Addiction*, 96, 15-31.
- SMITH T.W., GLAZER K., RUIZ J.M. & GALLO L.C. 2004. Hostility, anger, aggressiveness, and coronary heart disease: An interpersonal perspective on personality, emotion, and health. *Journal of Personality*, 72, 1217-1270.
- UNODC. 2012. World Drug Report [Online]. Available: <http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR.html?ref=menuaside> (Accessed 24/12/2012).
- VOLBERG R.A. 1996. Prevalence studies of problem gambling in the United States. *S.Gambling Studies*, 12, 111-128.
- АВТОНОМОВ Д.А. 2009. О психопатологическом понимании этиологии, патогенеза и клинической картины зависимости от азартных игр. *Независимый психиатрический журнал*, 80-87.

-
-
- АЙМЕДОВ К. и ЖОГНО Ю. 2008. Клинико-психологические аспекты коморбидных расстройств аддиктивного спектра. Таврический журнал психиатрии, 12, 42.
- АКОПОВ А.Ю. 2004. Лечение игровой зависимости. Психотерапевтический метод контраддиктивной стимуляции, СПб.
- АММОН Г. 2000. Психосоматическая терапия, Москва: Речь.
- АТКИНСОН Р., АТКИНСОН Р., СМИТ Э., БЕМ Д.Д. и НОЛЕН-ХОЭКСЕМА С. 2003. Введение в психологию. Учебник для студентов университетов / Под. ред. В.П. Зинченко, А.И. Назарова, Н.Ю. Спомиора.— Спб.: Прайм-ЕвРОЗНАК.
- БЕРНО-БЕЛЛЕКУР И.В. 2001. Социально-психологические аспекты аутодеструктивного поведения. Психология психических состояний. Казань, Набережные Челны: КГПУ, Института управления.
- БУХАНОВСКИЙ А., БАРАНОВА И., СОЛДАТКИН В. и МАВАНИД. Личностные характеристики больных патологическим гемблингом.
- ВЛАДИМИРОВ Б. 1993. Клинико-динамическое исследование раннего алкоголизма у подростков женского пола. Томск.
- ГЛАНЦ С. 1999. Медико-биологическая статистика. М.: практика, 459, 1.
- ДМИТРИЕВА Т. и ПОЛОЖИЙ Б. 2009. Руководство по социальной психиатрии. М.: МИА.
- ЕГОРОВ А.Ю. 2007. Нехимические аддикции, СПб, Речь.
- ЗАБЕЛИНА Д.Е. 2011. Особенности эмоциональных реакций подростков с компьютерной игровой зависимостью. Молодой ученый, 2, 81-84.
- ЗМАНОВСКАЯ Е. 2003. Девиантология (Психология отклоняющегося поведения): учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. М.: Академия, 335-339.
- КАТКОВ А.Л. 2007. Социальные эпидемии и новые профилактические подходы. Научно-практическая конференция «Антинаркотическая политика и медико-социальные последствия потребления наркотиков: новые концепции – новые стратегии», Павлодар, 172-235.
- КАТКОВ А.Л. 2012. Функциональная концепция психологического здоровья – устойчивости к вовлечению в социальные эпидемии. Вопросы ментальной медицины и экологии, 18-№1, 77-87.
- КАТКОВ А.Л. и АМАНОВА Ж.Ш. 2011. Вовлечение в деструктивные культуры и секты – социальная эпидемия нового времени (опыт системного исследования). Вопросы ментальной медицины и экологии, 17-№2, 43-48.
- КАТКОВ А.Л., РОССИНСКИЙ Ю.А., АМАНОВА Ж.Ш., ПАК Т.В. и ЮСОПОВ О.Г. 2011. Диагностическая система определения уровня психологического здоровья и антинаркотической устойчивости личности [Online]. Available: <http://psyprogram.narod.ru/>.
- КАТКОВ А.Л. 2012. К методологии комплексного исследования проблемы социальных эпидемий. Вопросы ментальной медицины и экологии, 18-№1, 7-15.
- КОРОЛЕНКО Ц. и ДМИТРИЕВА Н. 2006. Личностные и диссоциативные расстройства: расширение границ диагностики и терапии. Новосибирск: Издательство НГПУ, 448.
- ЛАКИН Г. 1980. Биометрия. М. Высшая школа.
- ЛИЧКО А.Е. и БИТЕНСКИЙ В.С. 1991. Подростковая наркология: Руководство для врачей, Медицина.
- МЕНДЕЛЕВИЧ В. 2007. Руководство по аддиктологии. СПб.: Речь.
- САФУАНОВ Ф. 2002. Психологические механизмы криминальной агрессии: мотивационный аспект. ББК 88 С 568, 327.
- СИДОРОВ П. и МИТЮХЛЯЕВ А. 1999. Ранний алкоголизм. Архангельск: Изд-во АГМА, 306.
- СЛАВИН М.Б. 1989. Методы системного анализа в медицинских исследованиях, Медицина.
- СОЛОВЬЕВА С.Л., МЕРКУРЬЕВА А.А. и КОВАЛЕВА М.В. 1998. Результаты исследования психометрических свойств русскоязычной версии методики Спилбергера. Сибирский психологический журнал, 8, 37-42.
- ТЕЛЕПОВА Н.Н. 2010. Религиозная аддикция как вид нехимической зависимости [Online]. Available: http://telepova.com/articles/?ELEMENT_ID=101 (Accessed 10.08.2012).
- ФАДЕЕВА С.В. 2010. Компьютерная зависимость как фактор риска развития агрессивного поведения. Вестник Костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова, 16, 250-257.
- ХУХЛАЕВА О.В. 2001. Основы психологического консультирования и психологической коррекции. М.: Издательский центр «Академия», 208.
- ШИБАНОВ С.Э., КОЗУЛЯ С.В., ЕЖОВ А.В., ИВАНОВ М.С. и ЧЕЛОМБИЦКИЙ А.В. 2011. Сравнительная характеристика показателей агрессивности и реактивной тревожности подростков, использующих ПК с целью игры и учебы. Таврический медико-биологический вестник, 14, 180-182.
- ЮРЬЕВА Л.Н. 2002. История. Культура. Психические и поведенческие расстройства., К., Сфера.
- ЯБЛОКОВ И. 2002. Религиоведение: Учебное пособие и учебный словарь-минимум по религиоведению. Краткий словарь по религиоведению.

АГРЕССИЯ У ЛИЦ С ПРИЗНАКАМИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ЗАВИСИМОСТИ: ГЕНДЕРНЫЙ И ВОЗРАСТНОЙ АСПЕКТЫ

Е.Б. Байкенов

научный сотрудник Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании, г. Павлодар (Казахстан)

В современном мире наряду с химическими формами зависимости появляются новые формы зависимого поведения (Трофимчик Ж.И., Болбасов А.О., 2011). В частности, отмечается рост чрезмерного использования компьютера, а с ростом компьютерных технологий и связанной с компьютерной зависимостью всё большую остроту приобретает проблема подростковой жестокости и агрессивности. Так, ряд исследований показал, что у подростков с компьютерной игровой зависимостью наряду с поисковым поведением эмоциональными нарушениями, такими как тревожность и сниженный фон настроения отмечается повышенный уровень агрессивности (Фадеева С. В., 2010; Забелина Д. Е., 2011; Mehroof M., Griffiths M. D., 2010). Однако исследования, касающиеся связи компьютерной зависимости и агрессивности подростков, достаточно противоречивы (Фадеева С. В., 2010). Некоторые данные указывают на отсутствие связи либо слабые связи между агрессивным поведением и компьютерными играми (Schie E. G. M., Wiegman O., 1997; Grüsser S. M., Thalemann R., Griffiths M. D., 2006). В то же время сообщается и об обратном эффекте – снижении показателей агрессии в результате игровой деятельности. Так в исследовании С.Э. Шибанова с соавторами (2011) отмечается, что у учеников после использования компьютера с учебной целью отмечается повышение показателей агрессии, однако после игровой деятельности уровень агрессии снижается. В целом, среди всех работ, изучающих корреляцию между компьютерной зависимостью и агрессивностью исследований, доказывающих наличие связей больше, чем исследований отрицающих подобную связь (Погожева О. В., 2008).

Целью настоящего исследования явилось выявление гендерных и возрастных аспектов агрессии у лиц с признаками компьютерной зависимости.

Материалы и методы исследования

Исследование являлось кросс-секционным, обсервационным и включало следующие основные этапы:

- 1) рандомизированный отбор и опрос;
- 2) формирование базы данных исследования;
- 3) статистическая обработка материала и анализ полученных результатов.

Генеральной совокупностью исследования являлись учащиеся средних общеобразовательных

школ, среднеспециальных и высших учебных заведений в возрасте 16, 19 и 22 лет. Выборка из генеральной совокупности была представлена 4000 респондентами.

Репрезентативность выборки определялась путём случайного отбора учебных заведений и учащихся. В регионах были отобраны областные центры, города с численностью населения до 100 000 и сёла с численностью населения более 1000 человек. На основе статистических данных были составлены списки учебных заведений для каждого выбранного населенного пункта. Учебные заведения были поделены на типы:

- общеобразовательные (опрошены учащиеся в возрасте 16 лет);
- средне-специальные (опрошены в основном учащиеся в возрасте 16-19 лет, реже – 22 лет);
- высшие (в этом типе учебных заведений были опрошены в основном учащиеся в возрасте 19-22 лет).

В отобранных учебных заведениях учащиеся указанных возрастных групп отбирались также случайным образом. Таким образом, в 8 регионах Казахстана были отобраны:

- 1) в городе Астане – 4 общеобразовательных школ, 8 средне-специальных и 9 высших учебных заведений, общее количество респондентов 500 человек;
- 2) в городе Алматы – 5 общеобразовательных школ, 8 средне-специальных и 9 высших учебных заведений, общее количество респондентов 500 человек;
- 3) в городе Караганде и Карагандинской области – 7 общеобразовательных школ, 8 средне-специальных и 9 высших учебных заведений, общее количество респондентов 1490 человек;
- 4) в городе Павлодаре и Павлодарской области – 4 общеобразовательных школ, 8 средне-специальных и 9 высших учебных заведений, общее количество респондентов 500 человек;
- 5) в городе Костанае и Костанайской области – 7 общеобразовательных школ, 7 средне-специальных и 9 высших учебных заведений, общее количество респондентов 500 человек;
- 6) в городе Уральске и Западно-Казахстанской области – 7 общеобразовательных школ, 7 средне-специальных и 5 высших учебных

- заведений, общее количество респондентов 500 человек;
- 7) в городе Шымкенте и Южно-Казахстанской области – 7 общеобразовательных школ, 9 средне-специальных и 8 высших учебных заведений, общее количество респондентов 500 человек;
- 8) в городе Таразе и Жамбылской области – 7 общеобразовательных школ, 8 средне-специальных и 7 высших учебных заведений, общее количество респондентов 500 человек.

В ходе исследования было задействовано 46 интервьюеров, прошёдших специальную подготовку и имеющих опыт проведения интервью. Перед началом полевого этапа супервайзеры провели инструктаж со всеми интервьюерами, участвующими в исследовании. Все материалы по исследованию были растиражированы и разданы интервьюерам до инструктажа для ознакомления. На местах интервьюеры проводили инструктаж по правилам заполнения вопросников.

Исследование было проведено с использованием метода самозаполнения структурированной анкеты. По окончании опроса интервьюеры собирали анкеты и производили их визуальную проверку. Средняя продолжительность проведения одного опроса в учебном заведении составила 1 час. Опрос проводился на добровольных условиях в случае отказа от участия в опросе, учащихся заменяли на местах другими учащимися этого возраста. Общее количество отказавшихся от участия в опросе составило 281 человек.

Для определения компьютерной зависимости использовался способ скрининговой диагностики компьютерной зависимости (Л.Н. Юрьева, Т.Ю. Больбот). Способ содержит 11 вопросов, касающихся проявлений эмоционального состояния личности за компьютером или в Интернете; рассуждений относительно реализации замыслов и предчувствия удовольствия, количества времени пребывания за компьютером и материальных расходов, связанных с этим; влевых свойств, ощущений, получаемых во время прохождения компьютерного досуга; ассоциативного характера восприятия получаемого удовольствия; влияния увлечения компьютером на социально-бытовые обязанности; роли социальных обязательств в повседневном быте; влияния компьютера на психофизическое состояние, режим сна и бодрствования.

При оценке результатов оценивают:

- стадию сформированной компьютерной зависимости, если сумма составляет 38 и более баллов;
- стадию риска компьютерной зависимости, если сумма достигает 23-37 баллов;
- стадию увлеченности, если сумма равняется 16-22 баллам;

- отсутствие риска развития компьютерной зависимости, если 15 баллов и меньше (Юрьева Л. Н., Больбот Т. Ю., 2006).

Для дальнейшего анализа мы выделили 2 группы респондентов. При этом мы использовали балльную систему оценки рисков вовлечения в компьютерную зависимость. В первую группу вошли лица, набравшие от 15 до 20 баллов, вторую группу составили лица, набравшие от 30 баллов и более. Таким образом, мы исключили лиц, набравших менее 15 баллов, и лиц, набравших от 21 до 29 баллов. Это позволило чётко выделить группу лиц, не имеющих компьютерную зависимость, то есть там, где использование компьютера не выходит за рамки нормального ($n=1653$), и другую группу – это лица, имеющие признаки компьютерной зависимости ($n=232$). Данную группу составили респонденты, у которых в связи с использованием компьютера отмечаются признаки нарушений в психической, психологической и социальной сфере (изменения настроения вне компьютера / Интернета; появление тревоги, злости и депрессии вне компьютера). Ощущение потери контроля и подавленности вне компьютера/ Интернета, игнорирование своих обязанностей вследствие использования компьютера. Данный отбор, на наш взгляд, позволил также исключить смущающие факторы, например, такие как отсутствие компьютера исследуемых лиц. Также следует отметить, что в исследовании не учитывался вид используемых игр, а лишь констатировался факт наличия признаков компьютерной зависимости.

Для оценки агрессии использовалась методика Ч. Спилбергера (STAXI). Ниже приведены названия шкал и их нормативные показатели в баллах (Овчинников Б.В., Костюк Г.П., Дьяконов И.Ф., 2010):

- 1) Агрессия как актуальное состояние – $10,84 \pm 2,27$;
- 2) Агрессия как черта (личностная особенность) – $18,52 \pm 3,75$;
- 3) Агрессия как особенность темперамента – $7,76 \pm 2,58$;
- 4) Агрессия как реакция в различных ситуациях – $9,02 \pm 2,91$;
- 5) Агрессия внешняя (гетероагgressия) – $15,8 \pm 4,24$;
- 6) Агрессия внутренняя (автоагgressия) – $15,75 \pm 3,71$;
- 7) Контроль агрессии – $21,9 \pm 4,93$.

Для получения статистической достоверности сравниваемых величин (p) использовались параметрический t -критерий Стьюдента, и непараметрические W -критерий Уилкоксона, U -критерий Манна-Уитни. По таблицам Стьюдента определялось критическое значение критерия t для вычисленной степени свобод (Гланц С., 1999).

Результаты исследования

В таблице 1 отражены результаты сравнительного анализа показателей агрессии у лиц, не имеющих компьютерную зависимость, и лиц, имеющих признаки компьютерной зависимости.

Как видно из данных в таблице 1 у лиц, имеющих признаки компьютерной зависимости, показатели агрессии по всем шкалам выше, чем у лиц, не имеющих компьютерной зависимости.

При сравнительном анализе показателей агрессии по гендерным признакам достоверные различия отмечаются лишь по шкале «Контроль агрессии» (Таблица 2).

Как видно из данных в таблице 2 у женщин контроль агрессии развит несколько больше чем у мужчин ($20\pm0,9$ и $22,1\pm0,8$ при $P<0,05$).

Достоверные различия были получены при сравнении показателей агрессии, в различных воз-

растных группах имеющих компьютерную зависимость. В таблице 3 отражены данные сравнительного анализа между 16 и 19 летними респондентами.

Среди 19-летних респондентов показатели агрессии выше, чем среди 16-летних респондентов по следующим шкалам:

- «Агрессия как актуальное состояние» (18 ± 2 и $23,6\pm1,9$ баллов при $P<0,01$);
- «Агрессия как черта (личностная особенность)» ($23,4\pm2,1$ и $26,1\pm1,5$ баллов при $P<0,05$);
- «Агрессия как особенность темперамента» ($9\pm0,9$ и $10,2\pm0,7$ баллов при $P<0,05$);
- «Контроль агрессии» ($20,3\pm1,1$ и $21,8\pm0,9$ баллов при $P<0,05$).

Некоторые показатели агрессии у 19-летних респондентов выше и при сравнении с 22-летними респондентами (таблица 4).

Таблица 1

*Показатели агрессии у лиц, не имеющих признаков компьютерной зависимости (n=1653),
и лиц с признаками компьютерной зависимости (n=232)*

Шкалы	Средний балл		P
	Группа 1 (n=1653)	Группа 2 (n=232)	
Агрессия как актуальное состояние	$12,6\pm0,24$	$20,21\pm1,27$	<0,01
Агрессия как черта (личностная особенность)	$18,64\pm0,34$	$24,64\pm1,12$	<0,01
Агрессия как особенность темперамента	$7,02\pm0,16$	$9,54\pm0,5$	<0,01
Агрессия как реакция в различных ситуациях	$8,39\pm0,17$	$10,32\pm0,47$	<0,01
Агрессия внешняя (гетероагgression)	$13,86\pm0,23$	$19,7\pm0,72$	<0,01
Агрессия внутренняя (автоагgression)	$14,85\pm0,22$	$20,17\pm0,73$	<0,01
Контроль агрессии	$19,72\pm0,24$	$20,98\pm0,61$	<0,01

Таблица 2

*Показатели агрессии у мужчин (n=124) и женщин (n=108),
имеющих признаки компьютерной зависимости*

Шкалы	Средний балл		P
	Группа 1 – мужчины (n=124)	Группа 2 – женщины (n=108)	
Агрессия как актуальное состояние	$19,94\pm1,76$	$20,52\pm1,88$	
Агрессия как черта (личностная особенность)	$24,1\pm1,64$	$25,25\pm1,55$	
Агрессия как особенность темперамента	$9,38\pm0,71$	$9,73\pm0,7$	
Агрессия как реакция в различных ситуациях	$9,94\pm0,68$	$10,77\pm0,67$	
Агрессия внешняя (гетероагgression)	$19,4\pm0,99$	$20,06\pm1,07$	
Агрессия внутренняя (автоагgression)	$19,71\pm1,03$	$20,69\pm1,04$	
Контроль агрессии	$20,03\pm0,88$	$22,07\pm0,82$	<0,01

Таблица 3

*Показатели агрессии в группе 16-летних и 19-летних респондентов,
имеющих признаки компьютерной зависимости*

Шкалы	Средний балл		
	Группа 1 – лица в возрасте 16 лет (n=84)	Группа 2 – лица в возрасте 19 лет (n=107)	P
Агрессия как актуальное состояние	18,05±1,96	23,6±1,9	<0,01
Агрессия как черта (личностная особенность)	23,36±2,1	26,12±1,49	<0,05
Агрессия как особенность темперамента	9,01±0,91	10,23±0,67	<0,05
Агрессия как реакция в различных ситуациях	9,77±0,89	10,8±0,63	
Агрессия внешняя (гетероагрессия)	19,7±1,33	20,14±1,01	
Агрессия внутренняя (автоагрессия)	19,99±1,33	20,79±1,01	
Контроль агрессии	20,3±1,12	21,76±0,91	<0,05

Таблица 4

*Показатели агрессии в группе 19-летних и 22-летних респондентов,
имеющих признаки компьютерной зависимости*

Шкалы	Средний балл		
	Группа 2 – лица в возрасте 19 лет (n=107)	Группа 3 – лица в возрасте 22 лет (n=41)	P
Агрессия как актуальное состояние	23,6±1,9	15,78±2,63	<0,01
Агрессия как черта (личностная особенность)	26,12±1,49	23,39±2,75	
Агрессия как особенность темперамента	10,23±0,67	8,83±1,21	<0,05
Агрессия как реакция в различных ситуациях	10,8±0,63	10,2±1,18	
Агрессия внешняя (гетероагрессия)	20,14±1,01	18,56±1,62	
Агрессия внутренняя (автоагрессия)	20,79±1,01	18,93±1,76	
Контроль агрессии	21,76±0,91	20,37±1,1	

Как видно из данных в таблице 4 в группе 19-летних респондентов отмечаются более высокие показатели по шкале «Агрессия как актуальное состояние» (23,6±1,9 и 15,8±2,6 при P<0,01) и по шкале «Агрессия как особенность темперамента» (10,2±0,7 и 8,8±1,2 при P<0,05) чем в группе 22-летних респондентов.

Обсуждение результатов

В ходе исследования были получены данные, которые указывают на то, что в группе лиц, имеющих признаки компьютерной зависимости, показатели агрессии выше, чем в группе лиц, не имеющих признаков данной зависимости. Следует отметить, что в группе респондентов с признаками компьютерной зависимости отмечается достаточный контроль агрессии. То есть, несмотря на то, что в целом агрессивность у данных лиц повышена, она, по всей вероятности, сдерживается вследствие развитого

контроля агрессии и не допускается на поведенческом уровне, обусловливая формирование пассивно-агрессивного типа поведения.

Анализ возрастных аспектов агрессии у респондентов с признаками компьютерной зависимости показывает, что у лиц в возрасте 19 лет показатели агрессии выше, чем у лиц в возрасте 16 лет. В частности, речь идет об агрессивных тенденциях в актуальном состоянии, агрессии как черте личности и темпераменте и контроле агрессии. Кроме того у 19-летних лиц показатели агрессии в актуальном состоянии и агрессии как особенности темперамента выше, чем у 22-летних респондентов. В исследованиях подростковой агрессии отмечается, что в более молодом возрасте (14-16 лет) показатели агрессии более выражены, чем в старшем возрасте (Toldos M.P., 2004). Существуют и другие данные, указывающие на то, что в старшем возрасте показатели агрессии могут увеличиваться. Следует, одна-

ко, учитывать, что эти исследования проводились вне контекста компьютерной зависимости. Кроме того, на появление агрессивных реакций, а также на форму их проявления оказывают влияние не только половозрастные особенности, но и взаимосвязь и взаимодействие мотивационного, эмоционального, волевого и нравственного компонентов регуляции поведения. При этом важнейшим фактором, оказывающим влияние на характер поведения, являются особенности нравственного компонента регуляции (Фурманов И.А., 2002). Несмотря на более выраженные агрессивные тенденции в 19-летнем возрасте у лиц, имеющих признаки компьютерной зависимости, по всей вероятности, контроль агрессии связан с развитием механизмов нравственной регуляции поведения. Настоящее исследование не включало в себя изучение мотивационно-волевых аспектов агрессии, специфики использования компьютера (затрачиваемое время на использование компьютера, вид игр и т.д.). Однако сам факт превышения агрессивных тенденций в данном возрасте у респондентов с признаками компьютерной зависимости в сравнении с 16-летними и 22-летними респондентами может указывать на наличие возрастной специфики социализации агрессии носящих как ситуативный, так и личностный характер.

Выводы

Таким образом, настоящее исследование выявило следующее:

- 1) показатели агрессии у респондентов с признаками компьютерной зависимости превышают показатели агрессии у лиц, не имеющих признаков данной зависимости;
- 2) несмотря на превышение показателей агрессивности в группе с признаками компьютерной зависимости у данных лиц отмечается достаточно развитый контроль агрессии;
- 3) сравнительный анализ лиц имеющих признаки компьютерной зависимости по гендерным и возрастным признакам показал:
 - лица женского пола, имеющие признаки компьютерной зависимости, имеют более выраженный контроль агрессии, чем лица мужского пола с признаками зависимости;
 - респонденты, имеющие признаки компьютерной зависимости, в возрасте 19 лет имеют более высокие показатели агрессии, чем лица в возрасте 16 и 22 лет с признаками зависимости, что, по всей вероятности, может быть связано с возрастными особенностями;
- 4) дальнейшее изучение гендерных и возрастных вопросов агрессии при компьютерной зависимости должны учитывать многоаспектный характер данной проблемы и включать в себя изучение специфики использования компьютера, мотивационно-волевые и эмоциональные механизмы агрессии с учётом их динамики в рамках возрастной периодизации.

Список использованной литературы:

1. Гланц С. Медико-биологическая статистика. – М.: Практика, 1999.
2. Забелина Д. Е. Особенности эмоциональных реакций подростков с компьютерной игровой зависимостью // Молодой учёный. – 2011. – Т. 2. – С. 81-84.
3. Овчинников Б. В., Костюк Г. П., Дьяконов И. Ф. Технологии сохранения и укрепления психического здоровья. – СПб: СпецЛит, 2010. – 302 с.
4. Погожева О.В. Теоретическое обоснование проблемы влияния компьютерных игр на особенности эмоционального реагирования подростков // Научные проблемы гуманитарных исследований. – 2008. – № 12. – С. 32-47.
5. Трофимчик Ж.И., Болбасов А.О. Компьютерная аддикция у молодежи: специфика и профилактика // Ученые записки СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. – 2011. – Т. XVIII, № 4. – С. 69-70.
6. Фадеева С. В. Компьютерная зависимость как фактор риска развития агрессивного поведения у подростков // Вестник КГУ им. Н.А. Некрасова. – 2010. – Т. 3. – С. 250-257.
7. Фурманов И. А. Курс лекций для студентов отделения психологии // Социально-психологические проблемы поведения. – Минск: БГУ, 2002. – Т. 91. – С. 22.
8. Шибанов С. Э. и др. Сравнительная характеристика показателей агрессивности и реактивной тревожности подростков, использующих ПК с целью игры и учебы // Таврический медико-биологический вестник. – 2011. – Т. 14. – С. 180-182.
9. Юрьева Л.Н., Больбот Т.Ю. Компьютерная зависимость: формирование, диагностика, коррекция и профилактика. – Днепропетровск: Пороги, 2006. – 196 с.
10. Grüsser S. M., Thalemann R., Griffiths M. D. Excessive computer game playing: evidence for addiction and aggression? // CyberPsychology & Behavior. – 2006. – V. 10, № 2. – P. 290-292.

-
-
11. Mehroof M., Griffiths M. D. Online gaming addiction: The role of sensation seeking, self-control, neuroticism, aggression, state anxiety, and trait anxiety // *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*. – 2010. – V. 13, № 3. – P. 313-316.
12. Schie E. G. M., Wiegman O. Children and videogames: Leisure activities, aggression, social integration, and school Performance // *Journal of Applied Social Psychology*. – 1997. – V. 27, № 13. – P. 1175-1194.
13. Toldos M.P. Sex and age differences in self-estimated physical, verbal and indirect aggression in Spanish adolescents // *Aggressive Behavior*. – 2004. – V. 31, № 1. – P. 13-23.

УДК 159.922.7/8

ОСОБЕННОСТИ ВРЕМЯПРЕПРОВОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ И МОЛОДЁЖИ С ПРИЗНАКАМИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ЗАВИСИМОСТИ: РЕЗУЛЬТАТЫ СРАВНИТЕЛЬНОГО АНАЛИЗА

Е.Б. Байкенов

научный сотрудник Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании, г. Павлодар (Казахстан)

Тенденции развития современного общества имеют преимущественно техногенный характер (Магасова И.Л., 2006). Компьютерные технологии проникли во все сферы деятельности человека, существенно расширяя возможности – с одной стороны и порождая ряд проблем – с другой (Финогеева Э.А., Савва Ю.В., 2010). Отмечается, что постоянный контакт с компьютером идёт в ущерб другим видам человеческой деятельности и формам общения, сокращается число прямых контактов, останавливается процесс приобретения умений и навыков взаимодействия и необходимого жизненного опыта. Формируется отклонение в поведении, где приоритеты времяпрепровождения и взаимодействия отданы не людям, а машинам, формируется зависимость от информационно-технических средств (Вострикова Т.П., Саблина А.С., 2011). Так, исследования ценностных ориентаций геймеров показало, что на первый план у данных лиц выходят «узколичностные» интересы, при этом отмечается, что контакты с окружающими их людьми и близкими носят поверхностный и нестойкий характер (Гайнуллина Э.Н., 2008). Griffiths M.D. и Hunt N. (1995) установили, что в возрасте 12-16 лет, для многих подростков, игра может занять значительное время, по крайней мере, 30 часов в неделю, однако игроков, которые затрачивают более 80 часов в неделю и меньше уделяют время семье и другим видам деятельности, гораздо меньше (Griffiths M.D., Davies M.N., Chappell D., 2004).

Целью настоящего исследования явилось выявление особенностей времяпрепровождения у лиц, имеющих признаки компьютерной зависимости, в сравнении с лицами, не имеющими данной зависимости.

Материалы и методы

Исследование являлось кросс-секционным, обсервационным и включало следующие основные этапы:

- 1) рандомизированный отбор и опрос;
- 2) формирование базы данных исследования;
- 3) статистическая обработка материала и анализ полученных результатов.

Генеральной совокупностью исследования являлись учащиеся средних общеобразовательных школ, средне-специальных и высших учебных заведений в возрасте 16, 19 и 22 лет. Выборка из генеральной совокупности была представлена 4000 респондентами.

Репрезентативность выборки определялась путём случайного отбора учебных заведений и учащихся. В регионах были отобраны областные центры, города с численностью населения до 100 000 и сёла с численностью населения более 1000 человек. На основе статистических данных были составлены списки учебных заведений для каждого выбранного населенного пункта. Учебные заведения были поделены на типы:

- общеобразовательные (опрошены учащиеся в возрасте 16 лет);
- средне-специальные (опрошены в основном учащиеся в возрасте 16-19 лет, реже – 22 лет);
- высшие (в этом типе учебных заведений были опрошены в основном учащиеся в возрасте 19-22 лет).

В отобранных учебных заведениях учащиеся указанных возрастных групп отбирались также случайным образом. Таким образом, в 8 регионах Казахстана были отобраны:

-
-
- 1) в городе Астане – 4 общеобразовательных школы, 8 средне-специальных и 9 высших учебных заведений, общее количество респондентов составило 500 человек;
 - 2) в городе Алматы – 5 общеобразовательных школ, 8 средне-специальных и 9 высших учебных заведений, общее количество респондентов 500 человек;
 - 3) в городе Караганде и Карагандинской области – 7 общеобразовательных школ, 8 средне-специальных и 9 высших учебных заведений, общее количество респондентов составило 1490 человек;
 - 4) в городе Павлодаре и Павлодарской области – 4 общеобразовательных школы, 8 средне-специальных и 9 высших учебных заведений, общее количество респондентов составило 500 человек;
 - 5) в городе Костанае и Костанайской области – 7 общеобразовательных школ, 7 средне-специальных и 9 высших учебных заведений, общее количество респондентов составило 500 человек;
 - 6) в городе Уральске и Западно-Казахстанской области – 7 общеобразовательных школ, 7 средне-специальных и 5 высших учебных заведений, общее количество респондентов составило 500 человек;
 - 7) в городе Шымкенте и Южно-Казахстанской области – 7 общеобразовательных школ, 9 средне-специальных и 8 высших учебных заведений, общее количество респондентов составило 500 человек;
 - 8) в городе Таразе и Жамбылской области – 7 общеобразовательных школ, 8 средне-специальных и 7 высших учебных заведений, общее количество респондентов составило 500 человек.

В ходе исследования было задействовано 46 интервьюеров, прошедших специальную подготовку и имеющих опыт проведения интервью. Перед началом полевого этапа супервайзеры провели инструктаж со всеми интервьюерами, участвующими в исследовании. Все материалы по исследованию были растиражированы и разданы интервьюерам для ознакомления до инструктажа. На местах интервьюеры проводили инструктаж по правилам заполнения вопросников.

Исследование было проведено с использованием метода самозаполнения структурированной анкеты. По окончании опроса интервьюеры собирали анкеты и производили их визуальную проверку. Средняя продолжительность проведения одного опроса в учебном заведении составила 1 час. Опрос проводился на добровольных условиях, в случае отказа от участия в опросе учащихся заменяли

на местах другими учащимися этого возраста. Общее количество отказавшихся от участия в опросе составило 281 человек.

Для определения наличия компьютерной зависимости использовался способ скрининговой диагностики компьютерной зависимости (Л. Н. Юрьева, Т. Ю. Больбот). Способ содержит 11 вопросов, касающихся проявлений эмоционального состояния личности за компьютером или в Интернете; рассуждений относительно реализации замыслов и предчувствия удовольствия, количества времени пребывания за компьютером и материальных расходов, связанных с этим; волевых свойств, ощущений, получаемых во время провождения компьютерного досуга; ассоциативного характера восприятия получаемого удовольствия; влияния увлечения компьютером на социально-бытовые обязанности; роли социальных обязательств в повседневном быте; влияния компьютера на психофизическое состояние, режим сна и бодрствования.

При оценке результатов оценивают:

- стадию сформированной компьютерной зависимости, если сумма составляет 38 и более баллов;
- стадию риска компьютерной зависимости, если сумма достигает 23-37 баллов;
- стадию увлеченности, если сумма равняется 16-22 баллам;
- отсутствие риска развития компьютерной зависимости, если сумма достигает 15 баллов и менее (Юрьева Л.Н., Больбот Т.Ю., 2006).

Для исследования времяпрепровождения была разработана анкета, направленная на выявление затрачиваемого объёма времени на тот или иной вид деятельности (часы в неделю), такие как учеба, общение, досуговые и спортивно-оздоровительные мероприятия.

Для получения статистической достоверности сравниваемых величин (p) использовались параметрический t -критерий Стьюдента и непараметрические W -критерий Уилкоксона, U -критерий Манна-Уитни. По таблицам Стьюдента определялось критическое значение критерия t для вычисленной степени свободы (Гланц С., 1999).

Результаты исследования

По данным способа скрининговой диагностики компьютерной зависимости были выделены 2 группы респондентов. При этом использовалась балльная система оценки. В первую группу вошли лица, набравшие от 15 до 20 баллов, вторую группу составили лица, набравшие от 30 баллов и более. Таким образом, мы исключили лиц, набравших менее 15 баллов и лиц, набравших от 21 до 29 баллов. Это позволило чётко выделить группу

лиц, не имеющих компьютерной зависимости, то есть тех лиц, у которых использование компьютера, не выходит за рамки нормального уровня ($n=1653$) и вторую группу – это лица, имеющие признаки компьютерной зависимости ($n=232$). Данную группу составили респонденты, у которых в связи с использованием компьютера отмечаются признаки нарушений в психической, психологической и социальной сфере (изменения настроения вне компьютера / Интернета; появление тревоги, злости и депрессии вне компьютера, ощущение потери контроля и подавленности вне компьютера/Интернета, игнорирование своих обязанностей вследствие использования компьютера). Данный отбор, на наш взгляд, позволил также исключить смукающие факторы, например, такие как отсутствие компьютера у исследуемых лиц.

На рисунке 1 представлены достоверно значимые различия ($p<0,01$, $p<0,05$) описанных выше выделенных групп относительно объёма времени (количество часов в неделю), затрачиваемого на тот или иной вид деятельности.

Лица, имеющие признаки компьютерной зависимости (группа 2) по сравнению с лицами, не имеющими данной зависимости (группа 1), меньше общаются с друзьями ($26,2\pm1,1$ и $22,7\pm3,1$ при $p<0,05$) и родителями ($21,3\pm0,9$ и $16,8\pm2$ при $p<0,01$), а также с братьями и сёстрами ($16,1\pm0,9$ и $11,8\pm1,8$ при $p<0,01$). В то же время данные лица больше времени проводят за компьютером в Интернете ($13,6\pm0,8$ и $19,6\pm3$ при $p<0,01$), в социальных сетях ($11,7\pm0,7$ и $17,1\pm2,7$ при $p<0,01$). Также лица, имеющие признаков компьютерной зависимости, чаще проводят время в одиночестве, чем лица, не имеющие риска вовлечения в компьютерную зависимость ($6,5\pm0,5$ и $9\pm2,1$ при $p<0,01$). Однако респонденты данной группы, в сравнении с первой группой, уделяют больше времени посещению увеселительных заведений (клубы, дискотеки) ($2,9\pm0,3$ и $4,6\pm1,1$ при $p<0,01$).

Кроме того, следует отметить, что респонденты, имеющие признаков компьютерной зависимости, уделяют меньше времени чтению, чем лица, не имеющие риска вовлечения в компьютерную зависимость ($8,2\pm0,5$ и $6,5\pm1,4$ при $p<0,05$).

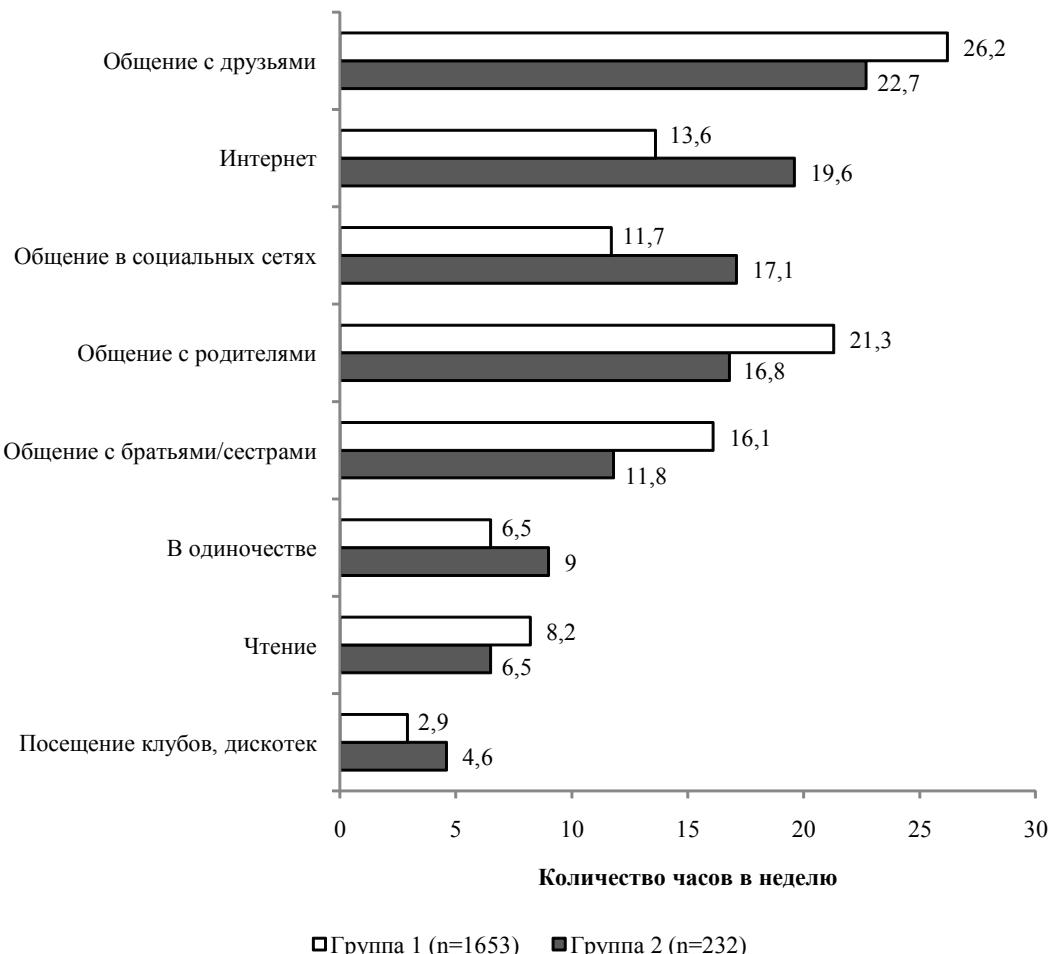


Рисунок 1. Сравнительный анализ объема времени затрачиваемого (количество часов в неделю) на тот или иной вид деятельности у лиц, не имеющих риска вовлечения в компьютерную зависимость, и лиц, имеющих признаки компьютерной зависимости

Если говорить отдельно о второй группе, то респонденты в данной группе после общения с друзьями больше времени уделяют времяпровождению в Интернете и общению в социальных сетях, чем общению с родителями и братьями/сёстрами. В это же время в первой группе после общения с друзьями больше времени уделяется общению с родителями и братьями/сестрами.

Обсуждение результатов

Сравнительный анализ показал, что в целом респонденты, имеющие признаки компьютерной зависимости, меньше затрачивают времени на некоторые виды деятельности и увеличивают объём времени на другие. Так, у данных лиц, по всей вероятности, в образе жизни преобладает гедонистическая направленность, поскольку они чаще посещают увеселительные заведения, кроме того большая часть потребности в информации у данных лиц удовлетворяется посредством компьютера, нежели чтением альтернативных источников информации (книги, газеты, журналы).

Однако большее внимание в данном случае заслуживает проблема снижения объёма общения. Как известно общение является одной из базовых потребностей (Маслоу А., 1999). Для лиц, имеющих признаки компьютерной зависимости, общение с друзьями не является значимым, ценным (Гайнуллина Э.Н., 2008). Однако отношения со сверстниками играют значимую роль, как в нормальном, так и в отклоняющемся развитии (Реан А.А., 2002) и поскольку работа в сети Интернет облегчает взаимопонимание, способствует установлению близкой когнитивной дистанции (Духновский С.В., 2010), то следует предположить, что потребность в общении со сверстниками удовлетворяется через общение в социальных сетях. Кроме того факт снижения объёма времени, затрачиваемого на общение, необходимо рассматривать с той позиции, что это может стать причиной формирования целого ряда негативных тенденций в поведении подростков – вплоть до развития у них делинквентного поведения (Чарльз В. и др., 2004).

Следует обратить внимание на уменьшение объёма затрачиваемого времени на общение в семье (родители, братья/сестры). Как показывают данные некоторых исследований, потребность в неформальном нерегламентированном общении с родителями у подростков выявляется не меньшая, чем потребность в общении со сверстниками. При этом одной из причин неудовлетворённости подростков общения с родителями является неготовность, желание или даже неспособность родителей понять и принять всевозрастающее стремление детей к взрослости, самостоятельности (Реан А.А., 2002). Данное исследование не включало в себя анализ осо-

бенностей семейного функционирования, однако более ранние исследования указывают на дисфункциональный характер семейных отношений у лиц с компьютерной зависимостью (Чаус И.Н., 2006; Малыгин Вл.Л., Смирнова Е.А., Хомерики Н.С., 2009). Таким образом, снижение объёма времени, затрачиваемого на общение с родителями и братьями/сестрами, косвенным образом может указывать на дисфункциональный характер семейных взаимоотношений.

Лица, имеющие признаки компьютерной зависимости, чаще проводят время в одиночестве. Учитывая вышеперечисленное, в данном случае можно предполагать о формировании эмоционального (психологического) одиночества, возникающего в результате недостатка психологической привязанности индивида к таким близким людям, как родители, супруг или супруга, дети, братья, сёстры другие родственники, отсутствие друзей (Пузанова Ж.В., 1998; Цой Н.А., 2011). С другой стороны, необходимо отметить тот факт, что зависимость может формироваться в одной из двух форм – социализированной и индивидуализированной. Социализированная форма зависимости характеризуется сохранением социальных контактов. У лиц с индивидуализированной формой зависимости нарушается основная функция психики – она начинает отображать не влияние объективного мира, а виртуальную реальность (Юрева Л.Н., Больбот Т.Ю., 2006).

Уменьшение времени, затрачиваемого на общение, и увеличение объёма времени, проводимого в одиночестве, в данном случае позволяет предположить о формировании индивидуализированной формы развития компьютерной зависимости.

Выводы

Таким образом, сравнительный анализ объема затрачиваемого времени на различные виды деятельности показывает:

- 1) что лица, имеющие признаки компьютерной зависимости, меньше уделяют время реальному общению, и больше посвящают время общению в социальных сетях, а также больше проводят время в одиночестве;
- 2) что выявленные различия относительно времяпрепровождения между лицами, имеющими признаки компьютерной зависимости, и лицами, не имеющими данной зависимости, позволяет предположить о преимуществе индивидуализированной формы развития компьютерной зависимости среди детей и молодёжи: важную роль в развитии компьютерной зависимости, возможно, играет проблема общения, как среди сверстников, так и в рамках семейных отношений.

Список использованной литературы:

1. Вострикова Т. П., Саблина А. С. Сборники конференций НИЦ «Социосфера» // Особенности личности подростков с компьютерной зависимостью. – 2011. – Т. 17. – С. 24-28.
2. Гайнуллина Э. Н. Ценностные ориентации студентов с игровой компьютерной аддикцией // Вестник Башкирского университета. – 2008. – Т. 13, № 3. – С. 395-396.
3. Гланц С. Медико-биологическая статистика. – М.: Практика, 1999.
4. Духновский С. В. Актуальные вопросы теории и практики психологии отношений // Межличностная дистанция и зависимость субъектов отношений / ред. Минюрова С. А., Духновский С. В. – Екатеринбург, 2010. – С. 81-85.
5. Малыгин Вл. Л., Смирнова Е. А., Хомерики Н. С. Вестник Здоровье и образование в ХХI веке [Электронный ресурс] // Факторы риска формирования компьютерной зависимости. – 2009. – Режим доступа: www.cyberleninka.ru/article/n/faktory-riska-formirovaniya-kompyuternoy-zavisimosti. – Дата: 14.04.2014 г.
6. Маслоу А. Новые рубежи человеческой природы. – Смысл, 1999.
7. Матасова И. Л. Проблема формирования компьютерной зависимости и ее актуальность в современной социокультурной ситуации // Вестник Московского городского педагогического университета. – 2006. – № 6. – С. 138-141.
8. Пузанова Ж. В. Проблема одиночества (социологический аспект). – М.: РУДН, 1998.
9. Реан А. А. Психология человека от рождения до смерти Психологическая энциклопедия. – Санкт-Петербург: Прайм-ЕвроЗнак, 2002.
10. Финогеева Э. А., Савва Ю. В. Девиантологические аспекты самореализации современной молодежи в сети интернет // Информационные системы и технологии. – 2010. – № 6. – С. 99-105.
11. Цой Н. А. Феномен интернет-зависимости и одиночество // Социологические исследования. – 2011. – № 12. – С. 98-107.
12. Чарльз В. и др. Психопатология развития детского и подросткового возраста. – СПб.: ПРАЙМ-ЕВРОЗНАК, 2004.
13. Чauc И. Н. Тип семейного воспитания и формирование компьютерной зависимости у детей младшего школьного возраста // Вестник Московского городского педагогического университета. – 2006. – № 6. – С. 203-206.
14. Юрьева Л. Н., Больбот Т. Ю. Компьютерная зависимость: формирование, диагностика, коррекция и профилактика. – Днепропетровск: Пороги, 2006. – С. 196.
15. Griffiths M. D., Davies M. N., Chappell D. CyberPsychology & Behavior // Demographic factors and playing variables in online computer gaming. – 2004. – V. 7, № 4. – С. 479-487.
16. Griffiths M. D., Hunt N. Computer game playing in adolescence: Prevalence and demographic indicators // Journal of Community & Applied Social Psychology. – 1995. – V. 5, № 3. – С. 189-193.

УДК 159.9

К ВОПРОСУ О ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ХИМИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ В ОРГАНИЗАЦИЯХ ОБРАЗОВАНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Л.А. Бикетова

психолог РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», к.п.н., г. Павлодар (РК)

Сотрудники Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании (РНПЦ МСПН) в рамках реализации государственной программы «Саламатты •аза•стан» продолжают работу, направленную на организацию первичной профилактической помощи среди несовершеннолетних лиц в организациях образования. В апреле 2014 года состоялся очередной семинар «Технологии раннего выявления, информационной

и психосоциальной работы с группами риска по наркологическому профилю среди детей и подростков». Участниками семинара стали школьные психологи городских и сельских школ Восточно-Казахстанской области.

Семинар стал своего рода итогом годовой целенаправленной работы школьных психологов по организации профилактики вовлечения школьников в употребление психоактивных веществ

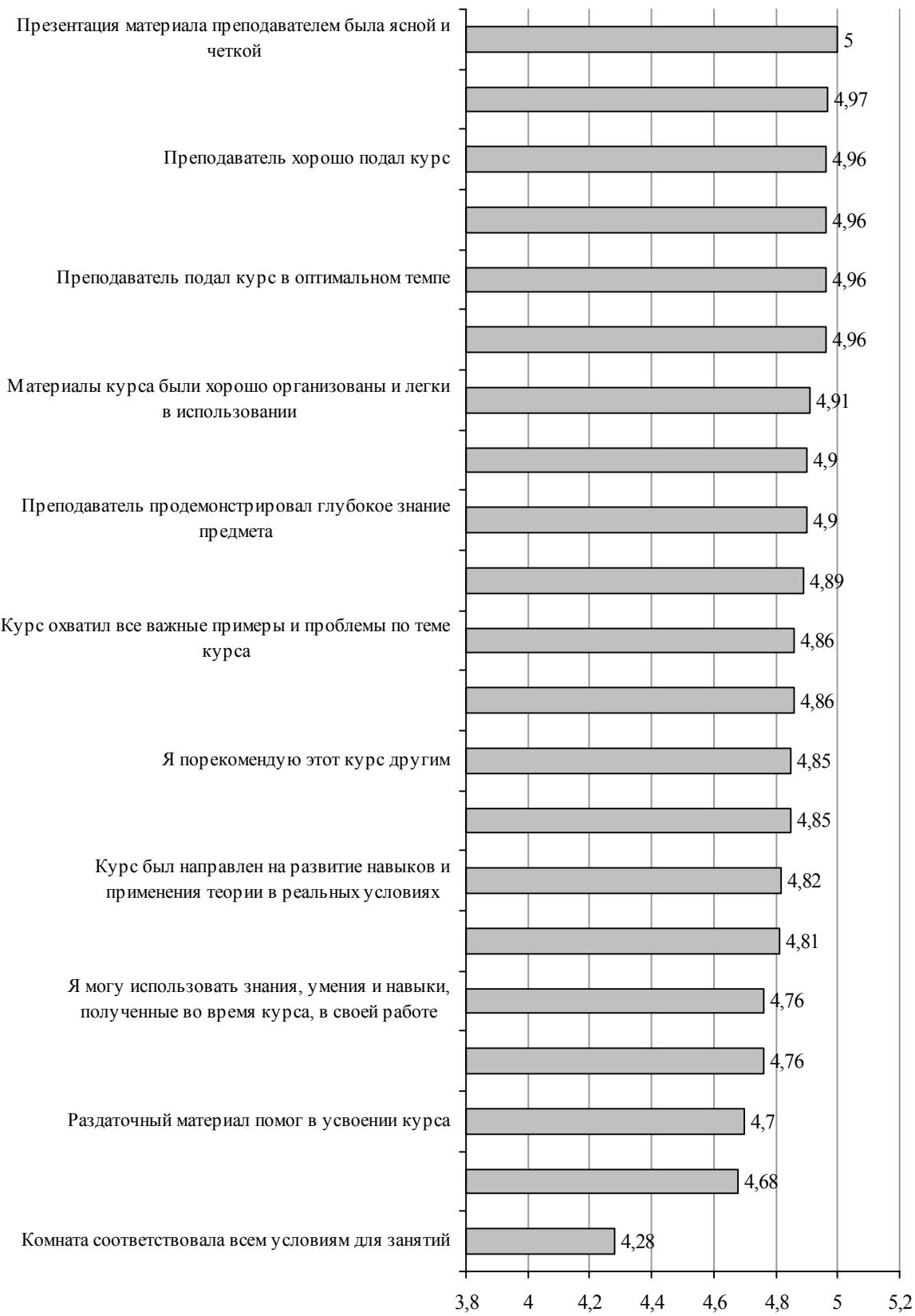


Рисунок 1. Оценка подготовленности семинара «Технологии раннего выявления, информационной и психосоциальной работы с группами риска по наркологическому профилю среди детей и подростков», уровня подготовки специалистов, данная курсантами

(ПАВ). Проведён анализ данной деятельности, отмечены сильные и слабые стороны проделанной работы.

В течение трёх последних лет средние общеобразовательные школы области (частично) были оснащены компьютерной диагностической системой психологического тестирования уровня развития свойств психологического здоровья/рисков формирования зависимости от психоактивных веществ [1]. Часть психологов была обучена работе с данной программой. Участники семинара отмечают высокую значимость диагностической системы в структуре общей программы профилактики химической зависимости среди школьников.

Для улучшения качества профилактической работы с данной категорией школьников психологам были предложены для ознакомления, изучения и внедрения на рабочих местах технологии психокоррекционной работы с рисками вовлечения в химическую зависимость среди несовершеннолетних лиц. Данные технологии легко встраиваются в систему профилактики в каждой отдельно взятой школе.

Оценка, которую дали курсанты семинара, была высокой (рисунок 1).

Однако, организаторам семинара пришлось обратить внимание на трудности, с которыми сталкиваются школьные психологи в своей ежедневной работе.

Не в каждой школе есть хорошо оборудованная комната для проведения занятий в тренинговом формате. Так же не всегда есть доступ к компьютерам для проведения диагностической работы

Следующая трудность заключается в недостаточной профессиональной подготовленности практических психологов в организациях образования. Люди, готовые и желающие помочь учащимся, их родителям, педагогам, порой профессионально выгорают по той простой причине, что не владеют базовыми навыками или имеют их не в полном объеме. Многие психологи получили базовое педагогическое образование педагога-предметника, а психологическое приобретено заочно – от этого трудности в восприятии и понимании важных концепций, принципов и практических подходов, в усвоении преподносимого материала.

Для полного и стойкого усвоения предложенных подходов необходимо подобную работу проводить

регулярно, блоками, в течение года. При этом первый блок подготовки необходимо посвятить диагностическим инструментам, второй – технологиям психокоррекционной работы с учащимися, и третий – методам работы с семьёй. Именно третий блок в настоящее время теряется в общей системе профилактик. Частично это можно объяснить недостатком ресурса времени у специалиста, а также бытующим мнением у родителей, что «проблема меня не коснётся».

В графе «Я сумею использовать знания, умения и навыки, полученные во время курса, в своей работе» и «Курс был направлен на развитие навыков и применения теории в реальных условиях» (рисунок 1) не все психологи ответили утвердительно на «5» баллов, поскольку отмечают высокую занятость – на одного психолога зачастую приходится 500 учеников, а это ещё 1000 родителей. Нетрудный математический подсчет показывает, что имея, в среднем, пятидневную рабочую неделю, психолог может каждому ученику уделить максимум (!!!) три часа в год, включая диагностику, которая отнимает большое количество времени. По этой причине многие психологи ограничиваются в своей работе первичной диагностикой.

По вопросу «Курс охватил все важные проблемы по теме курса» средний балл составил 4,86 из 5. И это тоже необходимо учесть при составлении системы работы по обучению специалистов в данном направлении. Невозможно за 6 дней охватить все возникающие у специалистов вопросы.

Кроме того, одним из блоков курса про профилактике химических аддикций необходимо включить обучение навыкам и приёмам самовосстановления. Это необходимо сделать по двум причинам. Первой причиной является актуальный на сегодняшний день вопрос профессионального выгорания специалистов. Вторая причина связана с высоким уровнем стресса, который испытывает современный подросток сегодня [2]. Педагоги, владеющие приёмами совладания со стрессом, различными копинг-стратегиями поведения, смогут передать эти навыки учащимся, их родителям. Тем самым повысить устойчивость к вовлечению в деструктивные модели поведения, в том числе в химические и нехимические формы зависимости.

Список использованной литературы:

1. Диагностическая система определения уровня психологического здоровья и антинаркотической устойчивости личности [Электронный ресурс]. – 2011. – Режим доступа: <http://psyprogram.narod.ru/>.
2. Катков А.Л. Функциональная концепция психологического здоровья – устойчивости к вовлечению в социальные эпидемии // Ж. Вопросы ментальной медицины и экологии. – Москва – Павлодар, 2012. – Т. XVIII, № 1. – С. 87-92.

ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ЛИЦ С ИГРОВОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Л.А. Бикетова

психолог РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», г. Павлодар (РК)

В 2011-2012 учебном году в средних общеобразовательных школах, средне-специальных и высших учебных заведениях Казахстана проведено широкомасштабное исследование, направленное на изучение рисков развития игровой зависимости в стране.

В исследовании приняли участие 4000 респондентов в возрасте 16-22 лет. Результаты исследования приведены в таблице 1. Высокая вероятность патологического гемблинга выявлена у $5,3\% \pm 0,7\%$ учащихся. $4,5\% \pm 0,6\%$ находятся на уровне, который может привести к негативным последствиям.

Таблица 1

Риск развития игровой аддикции среди детей и молодёжи в Республике Казахстан

Параметры исследования	Абсолютное число (чел.)	%	Доверительный интервал
Нет последствий азартной игры	3609	90,2%	$\pm 0,9\%$
Возможны негативные последствия	178	4,5%	$\pm 0,6\%$
Негативные последствия, контроль над пристрастием к азартным играм потерян, высока вероятность патологического гемблинга	211	5,3%	$\pm 0,7\%$

В клинику Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании (РНПЦ МСПН) (г. Павлодар, Казахстан) всё чаще поступают лица, имеющие, наряду с химической зависимостью, игровую аддикцию. Однако анализ частоты обращаемости данной категории пациентов в психиатрические и наркологические клиники показал, что в течение 2013 года в указанные лечебные организации обратились за помощью только 6 человек. Причём в половине случаев обращался не сам игрок, а его родственники. Из этого становится понятно, что данная категория лиц пока не готова получать помочь, а если и готова, то не знает, куда обратиться. Специализированных центров для лечения зависимости от азартных игр в Казахстане нет. Существующие клиники, занимающиеся лечением наркотической и алкогольной зависимостей, могут, конечно, взять на лечение игрока, но только если при этом у него есть и проблемы по их прямому профилю. Однако медико-психологическая служба должна быть готова к оказанию помощи данной категории пациентов.

В настоящей работе приводятся данные, полученные по исследовательскому фрагменту, которые могут быть полезны при организации аддиктологической помощи лицам с игровой зависимостью.

В исследовании был использован тест Такера на выявление степени вовлеченности в игровую аддикцию [5].

В исследовании приняли участие пациенты Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании (РНПЦ МСПН) (г. Павлодар, РК) с диагнозом: Психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ ($n=94$).

Для сравнительного анализа были сформированы три группы (рисунок 1).

В первую группу вошли респонденты с отсутствием негативных последствий азартной игры ($n=50$).

В вторую группу вошли пациенты с уровнем, который может привести к негативным последствиям ($n=29$).

Третью группу составили лица с высокой вероятностью патологического гемблинга ($n=15$).

Следует отметить, что для пациентов второй и третьей группы характерна тенденция к досрочному прекращению лечения; в очень редких случаях эта категория пациентов доходит до третьей ступени лечения (социальной реабилитации). Речь идёт о сложности удержания в программе данной категории лиц. Вероятно, это связано с тем, что существующая программа реабилитации для химически зависимых пациентов не подходит для лиц с игровой

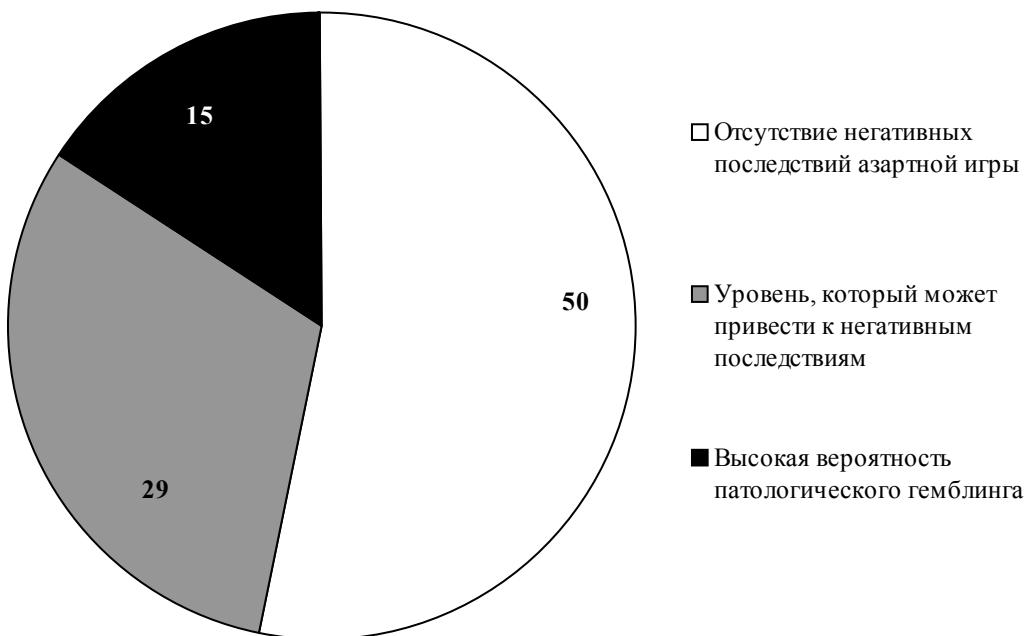


Рисунок 1. Риск развития игровой зависимости среди пациентов с химической зависимостью

зависимостью. Следовательно, для данной категории зависимых лиц есть необходимость создания иной схемы лечения с опорой на биopsихо-социодуховную модель.

Для изоляции игроголика от привычного окружения целесообразна госпитализация на 2-3 месяца, в течение которой для купирования сопутствующего депрессивного синдрома обычно применяется медикаментозная терапия.

Диагностический этап включает в себя:

- постановку диагноза;
- определение стадии игровой зависимости;
- выяснение индивидуальных особенностей фаз игрового цикла;
- определение уровня реабилитационного потенциала.

Образовательный этап посвящён осознанию пациентом невозможности возвратиться к своему первоначальному отношению к игре и необходимости полного отказа от игры. На этом этапе пациент получает информацию о причинах и симптомах заболевания, его течении и методах лечения, о триггерах, симптомах срыва.

Этап психотерапии и реабилитации с обязательным включением:

- телесноориентированной терапии;
- психодинамической терапии;
- групповой психотерапии, направленной на работу с образами и эмоциями, а также с проблемами общения, поскольку игроки обычно испытывают значительные затруднения в этих сферах;
- родология с составлением генограммы;

- проработка раннего детского опыта и сегодняшних проблем;
- рациональная психотерапия (выявление иррациональных установок, связанных с игрой, анализ мотивов поведения, касающихся игры и её последствий);
- овладения навыками саморегуляции, релаксации, медитативными техниками.

Важным является этап противорецидивной поддерживающей терапии. На этом этапе существенным представляется этап планирования (составление программы ближайших жизненных задач: выплата долгов, восстановление финансового благополучия, нормализация рабочих отношений и др.). Полезно на этом этапе использовать имажинативную десенсилизацию, когда больной представляет себя способным воздержаться от игры в различных ситуациях. Пациенту также дают парадоксальное предписание играть в соответствии со строгим режимом, разработанным терапевтом.

Основным условием успешной реализации данной программы является вовлечение семьи в реабилитационные мероприятия. Последнее условие особенно важно при амбулаторном режиме проведения комплексной психосоциальной реабилитации, который является основным для категории лиц с игровой зависимостью.

В качестве промежуточного индикатора эффективности программы психосоциальной реабилитации игроков мы рекомендуем использовать уровень развития свойств психологического здоровья и мотивации на полный отказ от игровой практики [4].

Список использованной литературы:

1. Автономов Д.А. О психопатологическом понимании этиологии, патогенеза и клинической картины зависимости от азартных игр. // Независимый психиатрический журнал. – 2009. – С. 80-87.
2. Акопов А.Ю. Лечение игровой зависимости. Психотерапевтический метод контрадиктивной стимуляции. – СПб.
3. Даренский И.Д. Зависимость от азартных игр. Современные достижения наркологии. // Конференция, посвященная 20-летию Национального научного центра наркологии: Материалы. – М., 2005. – С. 44-45.
4. Диагностическая система определения уровня психологического здоровья и антинаркотической устойчивости личности [Электронный ресурс]. – 2011. – Режим доступа: <http://psyprogram.narod.ru/>.
5. Егоров А.Ю. Нехимические аддикции. – СПб.: Речь, 2007.
6. Ениколов С., Умняшкина Д. Психологические проблемы патологического влечения к азартным играм // Вопросы психологии. – 2007. – № 3. – С. 82-99. – Библиог.: С. 98-99.
7. Зайцев В.В. Как избавиться от пристрастия к азартным играм / В.В.Зайцев, А.Ф. Шайдулина. – СПб.: Издательский Дом «Нева»; М.: ОЛМА-ПРЕСС Эксслибрис, 2003. – 128 с.
8. Карпов А.А., Козлов В.В. Игровая зависимость. Исследования, опасности, проблемы виртуальных казино // ЧФ: социальный психолог. – Ярославль, Москва, 2008. – В. 1(16).
9. Козлов В.В. Психотехнологии измененных состояний сознания / В.В. Козлов. – М.: Институт психотерапии, 2005. – 544 с.
10. Козлов В.В. Измененные состояния сознания: психология и физиология / В.В. Козлов, Ю.А. Бубеев. – М., 1997. – 198 с.
11. Козлов В.В. Дао трансформации. – М.: МАПН, 1998. – 189 с.
12. Козлов В.В. Интенсивные интегративные психотехнологии: Теория. Практика. Эксперимент. – М., 1998. – 427 с.
13. Козлов В.В., Карпов А.А. Психология игровой зависимости. – Москва, 2009.
14. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Социодинамическая психиатрия. – М.: Академический проект, 2000.

УДК 616.89

**ИССЛЕДОВАНИЕ ОТНОШЕНИЯ К ИГРЕ
У ПОСЕТИТЕЛЕЙ БУКМЕКЕРСКИХ КОНТОР г. ПАВЛОДАРА
(предварительные результаты)**

М.В. Прилуцкая

врач-психотерапевт отделения психотерапии и реабилитации Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании, г. Павлодар (РК)

Актуальность исследования. В настоящее время сфера ментальной медицины ставит перед собой задачи, обусловленные появлением ранее неизвестных форм аддиктивного поведения (кибераддикция, лудомания, трудоголизм, шопоголизм и другие) [3, 4, 5]. Данные нозологии перестали быть индикаторами скорости технологичного развития передовых экономик мира. Сегодня с такими диагнозами сталкиваются и клиницисты постсоветского пространства, в том числе и Республики Казахстан (РК). Несмотря на обилие теоретической базы о закономерностях поведенческих аддикций, представленной мировыми учёными, в нашей стране определяется абсолютный дефицит качественных

и достоверных исследований по данной теме. Между тем актуальным представляется проведение прикладных изысканий, изучающих поведенческие зависимости в условиях отдельных регионов Республики Казахстан с последующим суммированием данных на общегосударственном уровне. В настоящее время это может быть осуществлено на модели игровой зависимости по ряду причин. Во-первых, игровая зависимость в нашем государстве обладает потенциалом к беспрепятственному распространению (доступность агентов игры – игровых автоматов, игровых Интернет-ресурсов, букмекерских контор). Во-вторых, игровая зависимость за счёт эксплуатации биологических драй-

вов очень близка к химическим зависимостям, она имеет злокачественную клиническую картину в сочетании с психической патологией, достаточно часто осложняется алкоголизмом и наркоманиями [1, 2]. В-третьих, гемблинг, поражая, в основном, восходящее поколение, приводит к ощутимым экономическим и социальным потерям на государственном уровне.

Целью исследования явилось изучение особенностей субъективного отношения к игре среди потребителей азартных услуг в зависимости от интенсивности игрового поведения.

Гипотеза исследования

По мере вовлечения в игровое поведение и при возрастании риска пагубных форм игры у потребителя азартных услуг меняется субъективное отношение к игре, что может быть верифицировано по сдвигам в мотивационной сфере и рефлексии игрока.

Объектом исследования стал 61 клиент из 4 букмекерских контор города Павлодара, посетивших данные заведения в период с октября 2013 по январь 2014 года.

Предметом исследования были субъективные характеристики «внешних» мотиваторов игры и критическое отношение к пагубным последствиям игры у игроков с различными степенями рисков вовлечения в патологический гемблинг.

По своему *дизайну* исследование представляет собой обсервационное, кросс-секционное.

Методы исследования: клинико-психологический, статистический методы.

Клинико-психологический метод заключал в себе использование структурированного опросника – «Канадский показатель проблемного гемблинга – CPGI» (далее – Канадский опросник), позволяющего проводить валидную квантифицированную оценку степени риска вовлечения в патологический гемблинг. Преимущество данного опросника, обусловившего его выбор в исскомом исследовании, заключается в его лаконичности и скриниговой направленности.

Статистический метод исследования заключался в использовании стандартного пакета программы «SPSS 20» с проведением операций описательной и аналитической статистики. Оценка номинальных данных проводилась с помощью частотного анализа и использования таблиц сопряженности, порядковые данные анализировались после их стратификации (ранжирования), количественные данные подвергались сравнению посредством ANOVA (в случае неравенства дисперсий с поправкой Брауна-Форсайта).

Также использовались элементы парного корреляционного анализа с помощью критерия Спирмена с традиционной оценкой степени тесноты связей двух переменных. Для исключения ошибки I рода порог статистической значимости определялся в $p \leq 0,05$ для всех статистических показателей.

Получение первичного материала осуществлялось путем однократного анкетирования клиентов с самозаполнением «демографической» и «диагностической» частей. По результатам CPGI участники анкетирования были разделены на 3 группы – 2 группы исследования: группа № 1 «группа среднего риска вовлечения в лудоманию» – 22 участника, группа № 2 «группа высокого риска вовлечения в лудоманию» – 20 участников, 1 группа сравнения – с низким риском вовлечения в лудоманию – 19 человек.

Результаты и их обсуждение

По половому признаку все группы были сопоставимы в преобладании мужчин (группа сравнения – 94,7%, группа исследования № 1 – 100%, группа исследования № 2 – 90%). Средний возраст всех опрошенных посетителей контор составил $26,34 \pm 5,8$ года, колеблясь между 18 и 40 годами. По данному показателю группы исследования № 1 и № 2 и группа сравнения также были сопоставимы ($25,95 \pm 5,3$ года; $27,45 \pm 6,7$ года; $25,63 \pm 5,5$ года, соответственно) (таблица 1).

Используя всю совокупность опрошенных ($n=61$) для косвенного суждения о распространенности рисков вовлечения в зависимость, важным представилось определение преваленса проблемного и патологического гемблинга среди игроков г. Павлодара (рисунок 1).

Среди опрошенных лиц выявляются довольно высокие усреднённые показатели рискованного игрового поведения – $5,76 \pm 4,20$ балла, что соответствует среднему риску и диктует необходимость дальнейшей детальной диагностики. При проведении однофакторного дисперсионного анализа (ANOVA) выявляется достоверная разница между усредненными показателями трех групп, в том числе попарно в апостериорных тестах (Бонферрони и Шеффе).

В дальнейшем анализу подверглись два показателя – мотиваторы игры и наличие критики к собственной игре.

Все разнообразие внешних мотивов, указанных опрошенными лицами, можно объединить в 4 группы – приятное времяпровождение, дополнительный заработок, азарт и улучшение психофизического самочувствия. По сути, данные формулировки соответствуют общепринятым мотивам вовлечения в аддиктивное поведение – рекреационный, стимулирующий, компенсаторный (адаптогенный). Частотная характеристика по данному показателю представлена в таблице 2.

Таблица 1

*Количественные статистические показатели
совокупности опрошенных лиц (n=61)*

Параметры исследования	Группа сравнения (n=19)	Группа исследования 1 (n=22)	Группа исследования 2 (n=20)	Вся выборка (n=61)	ANOVA	p-value
	Среднее (стандартное отклонение)	Среднее (стандартное отклонение)	Среднее (стандартное отклонение)	Среднее (стандартное отклонение)	Критерий Фишера	Значение
Возраст	25,63 (5,48) года	25,95 (5,31) года	27,45 (6,68) года	26,34 (5,80) года	0,548	0,581
Канадский опросник	1,69 (0,48)	4,73 (1,24)	10,75 (3,11)	5,76 (4,20)	109,530*	0,000

* – ввиду неравенства дисперсий использован критерий Фишера в модификации Брауна-Форсайта

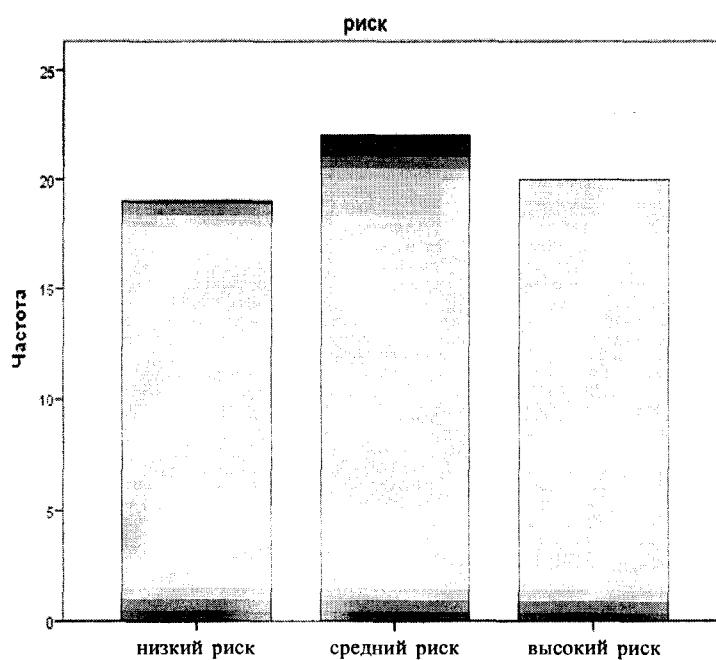


Рисунок 1. Структура опрошенных лиц по рискам вовлечения в патологический гемблинг согласно CPGI

Таблица 2

Мотивы игры совокупности опрошенных лиц (n=61)

Параметры исследования	Группа сравнения (n=19)	Группа исследования № 1 (n=22)	Группа исследования № 2 (n=20)	Вся выборка (n=61)
Мотив игры	абсолютное число, (%)	абсолютное число, (%)	абсолютное число, (%)	абсолютное число, (%)
Приятное времяпровождение	11 (57,9)	7 (31,8)	1 (5,0)	19 (31,1)
Дополнительный заработок	5 (26,3)	3 (13,6)	3 (15,0)	11 (18,0)
Азарт	3 (15,8)	9 (40,9)	9 (45,0)	21 (34,4)
Улучшение психо-физического самочувствия		3 (13,6)	7 (35,0)	10 (16,4)

Частотные характеристики среди всех опрошенных лиц демонстрируют превалирование рекреационного и стимулирующего мотива игры. Между тем выявлено, что в группах исследования № 1 и № 2 высок процент использования игры в качестве стимулятора и адаптогена, что не исключает формирование аддиктивной доминанты («сдвиг мотива на цель»).

Схематично последовательность изменения/искажения мотивационной сферы игры может быть представлена следующим образом: приятное времяпровождение → дополнительный заработка → азарт → улучшение психо-физического самочувствия. В данной последовательности каждый мотив является превалирующим и характеризует функционирование всей мотивационной сферы конкретного игрока.

При условной стратификации степени «аддиктивности» того или иного мотива и преобразова-

ния номинальных переменных в порядковые представилось возможным отследить корреляцию между риском вовлечения в деструктивную игру и группами мотивов. Коэффициент корреляции Спирмена составил 0,559 ($p=0,01$). Таким образом, между степенью аддиктивности того или иного мотива игры и риском вовлечения в деструктивный гемблинг выявлена достоверная положительная корреляционная связь.

Для определения отношения к игре у опрошенных лиц дополнительно выяснялось наличие критики к возможным пагубным последствиям игры (таблица 3). Выявлено, что клиенты букмекерских контор в целом демонстрировали недостаточную критику и понимание пагубных последствий игры.

Недостаток саморефлексии чётко проявлялся в группе с повышенным риском деструктивного гемблинга (группа исследования № 1 и № 2) (рисунок 2). Коэффициент корреляции Спирмена составил 0,642

Таблица 3

Критика к пагубным последствиям игры среди совокупности опрошенных лиц (n=61)

Параметры исследования	Группа сравнения (n=19)	Группа исследования № 1 (n=22)	Группа исследования № 2 (n=20)	Вся выборка (n=61)
Критика	абсолютное число, (%)	Абсолютное число, (%)	абсолютное число, (%)	абсолютное число, (%)
Есть	16 (84,2)	8 (36,4)	1 (5,0)	25 (41,0)
Нет	3 (15,8)	14 (63,6)	19 (95,0)	36 (59,0)

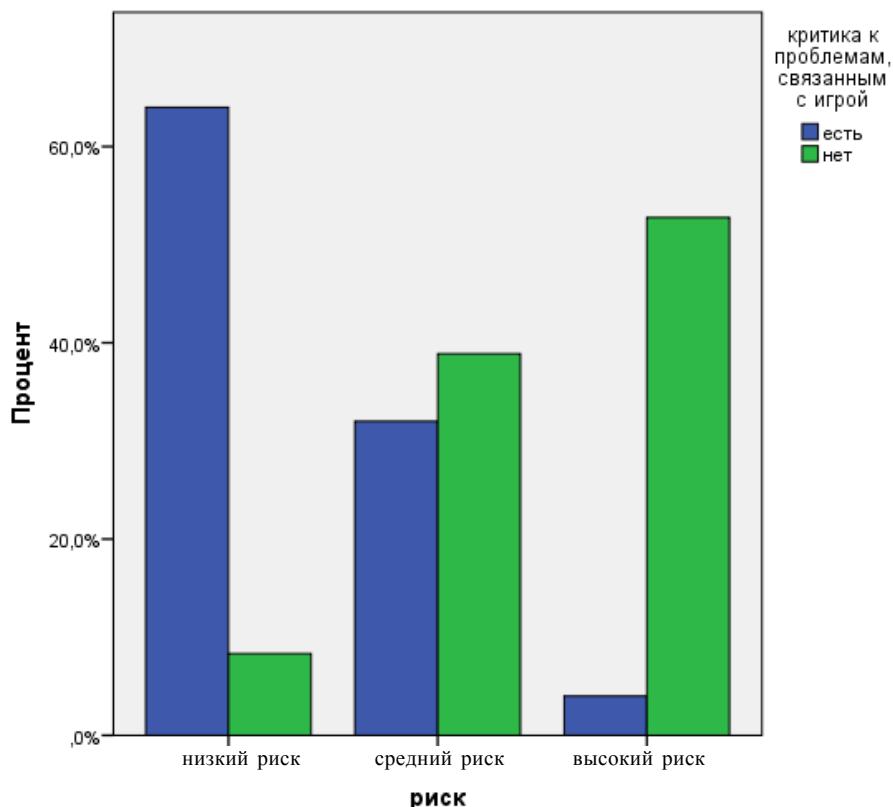


Рисунок 2. Критика к пагубным последствиям игры в группах с различными рисками вовлечения в деструктивный гемблинг

($p=0,01$). Таким образом, можно заключить, что снижение критики часто сопряжено с повышенным риском вовлечения в деструктивное игровое поведение.

Выводы

1. По мере вовлечения в игровое поведение и при возрастании риска пагубных форм игры у потребителя азартных услуг меняется субъективное отношение к игре, приводя к

изменению в мотивационной сфере и рефлексии игрока.

2. При возрастании риска вовлечения в игровую зависимость происходит смена рекреационных функций игры на функции стимулирующую и адаптогенную/компенсирующую.
3. Высокий риск деструктивного игрового поведения напрямую коррелирует с нарушением критики к пагубным последствиям игры.

Список использованной литературы:

1. Бузик О.Ж. *Зависимость от азартных игр: клинические проявления, особенности течения, лечение:* дис. ... д-ра мед. наук. – Москва, 2008. – 264 с.
2. Карпов А.А. *Социально-психологическое содержания отношения к игре у зависимых игроков: автореф. дис. ... канд. псих. наук.* – Ярославль, 2011. – 26 с.
3. Солдаткин В.А. *Клинико-патогенетическое сравнительное исследование игровой и алкогольной зависимости: автореферат на соискание ученой степени доктора медицинских наук.* – Москва, 2010.
4. Шепель Ю.В. *Игровая зависимость как социокультурное явление в современном обществе:* дис. ... канд. соц. наук. – Москва, 2009. – 192 с.
5. Caillon J., Grall-Bronnec M., Bouju G., Lagadec M., Vénisse J.L. *Pathological gambling in adolescence // Arch Pediatr. 2012 Feb; 19(2): 173-9.*

ПСИХОТЕРАПИЯ

«ИНСТРУМЕНТАРИЙ» И ТЕХНИЧЕСКИЕ ПРИЁМЫ ПСИХОТЕРАПИИ¹

А. Гингер, С. Гингер

Широкое разнообразие технических приёмов

Для работы психотерапевт располагает разнообразными техническими приёмами. Это своего рода «ящик для инструментов», из которого, по мере необходимости, он достаёт то предметы (*paper board*, подушки, плюшевые игрушки, зеркало, символические предметы), то формы работы (слово, молчание, движение, психодрама, монодрама, игры и физические упражнения, массажи, рисунок, EMDR...), то шаблоны и схемы (пентаграмму, колесо расстройств, генограмму, треугольник Карпмана...). И, конечно же, он постоянно придумывает новые приёмы, в зависимости от обстоятельств, и в соответствии со своим вдохновением и креативностью.

Опытность и мастерство практикующего психотерапевта – также, как и столяра или сантехника – состоят в умении выбрать наилучший «инструмент» в наиболее подходящий момент, что позволяет с лёгкостью достичь наибольшего эффекта в соответствии с его личными предпочтениями и собственным стилем.

В рамках данной книги мы не намерены делать исчерпывающий обзор разнообразных вариантов работы. Мы ограничились лишь отдельнымиRemarkами и советами, вынесенными из личного опыта, приобретённого в течение более тридцати лет работы в области индивидуальной и групповой психотерапии, психотерапии пар, а также из свидетельств многих коллег, с которыми мы работали на супервизиях.

Для нас ясно одно: было бы очень жаль ограничиваться *вербальным обменом* в полной неподвижности! Задействование тела, даже самое незначительное, умножает возможности и углубляет эффективность работы посредством более глубокого церебрального закрепления.

Однако, многие клиенты (и некоторые психотерапевты!) сдержанно относятся к любому телесному движению – и, что ещё хуже, – к любому физическому контакту, в соответствии с привычками окружающей культурной среды.

Пустой стул

Так называемая техника пустого стула (*empty chair*) была распространена Фрицем Перлосм, главным основателем Гештальт-терапии, во время его пребывания в Эсалене (Калифорния, США) в конце карьеры. Эту технику часто ошибочно принимают даже за символ подхода Гештальт. Так же как и кушетку – за символ психоанализа. Клиент, находящийся «в процессе» («работающий») на *горячем стуле* (*hot seat*), обращается к избранному воображаемому персонажу, якобы сидящему на пустом стуле напротив. Так он может прямо обратиться к своему отцу (даже усопшему!), к своей подруге, начальнику и экспрессивно выразить им своё чувство любви, восхищения, страха или гнева в *прямой*, а не косвенной речи, что способствует большей вовлеченности. Затем психотерапевт может предложить клиенту занять пустое место, воплощая воображаемого человека и отвечать вместо него (*монодрама*).

Разумеется, стул можно заменить подушкой или же чем-либо из одежды, парой обуви и любым другим предметом (очки, колье, кольцо, книга, зажигалка, мусорная корзина).

Символические предметы и «спряжение наоборот»

Произвольное применение *символических предметов*² нередко представляет незаметный и постепенный переход от исключительно вербальной работы к действиям более физическим:

- Может ли один из предметов, находящихся в этой комнате, олицетворить Вашу мать, умершую, когда Вам было 15 лет?
- Эта ваза, например ... хрупкая и стоящая в отдалении.
- Могли бы Вы прямо обратиться к этой вазе и сказать ей, употребляя настоящее время: «Я чувствую, что ты хочешь оставаться на расстоянии, я чувствую твою хрупкость, и мне хотелось бы сказать, что ...»
- Какой-либо из предметов здесь, в кабинете или из стоящих на столе, может олицетворить

¹ Публикуется фрагмент из книги Анн и Сержа Гингеров «Практическое пособие для психотерапевтов». Перевод с французского Л. Гинар.

² См. главу 2. А. Гингер, С. Гингер «Практическое пособие для психотерапевтов».

Вас лично?.. И если «Да», то, что он мог бы сказать?..

На самом деле, вначале происходит *словесный обмен*, более «населённый» и нередко отягощённый эмоциями. Можно поощрять возрастание вовлечённости посредством того, что я окрестил «спрятанием наоборот»: *он, ты, я*. Мы будем сначала говорить о предмете (кого-либо символизирующем) в третьем лице, затем – обращаться к *нему* и, наконец, побуждаем *его* к разговору. Постепенно можно вообще «расхрабриться» и переместить некоторые предметы, таким образом, начиная физическое участие, способствующее регистрации пережитого в глубоких лимбических слоях эмоционального мозга (откуда оно будет перемещено к кортикальным зонам долговременной памяти, в частности, во время последующих периодов сновидений). Таким образом, любой опыт будет зарегистрирован и «метаболизирован», тогда как слова в чистом виде «испаряются» (*verba volent*).

Многие клиенты демонстрируют заинтересованность в такого рода играх, простых и почти спонтанных, особенно если предварительно не объявлять об «упражнениях»!

Необходимо уделить внимание фазе «выход из роли» (заимствование из психодрамы) для того, чтобы клиент завершил, исполняя свою собственную роль. Это – своего рода возвращение к «спрятанию по правилам» (*я, ты, он, а затем – мы*). Так, например, сначала говорим о своей усопшей матери, потом обращаемся к ней, а затем «предоставляем ей слово»:

«Я к тому времени уже давно была больна и не смогла уделить тебе столько внимания, сколько мне хотелось бы...»

Клиентка снова обращается к матери: «Да, всё это мне известно и, всё-таки, мне тебя очень не хватало. Мне нужен был человек, которому я бы могла всё доверить...»

А потом – возвращаемся к здесь и теперь, к третьему лицу:

«Даже во время болезни мы могли бы общаться времем от времени «с глазу на глаз».

И, в заключение, переходим к отношениям с психотерапевтом, к «мы»: «Мне так и не удалось найти «заменитель» этим доверительным женским отношениям, несмотря на то, что у меня есть близкая подруга, которой можно всё доверить... Но она – не мой идеал... Она слишком ярая сторонница феминизма и недостаточно женственна...». Таким образом, положено начало совместным с психотерапевтом размышлениям о нынешних ценностях клиентки, о её взглядах на семью и общество.

Переходные предметы

Во время длительного перерыва в отношениях между психотерапевтом и клиентом (временный отъезд последнего или каникулы) ему можно предложить «переходный предмет» (Винникотт, 1971). Это может быть платочек, который можно незаметно сжимать в кармане, шарфик вокруг шеи или браслет, кольцо, ручка, наделённые «магическими» психическими свойствами, заменяющие одушевлённого отсутствующего защитника...

Мобильный телефон также поможет утратившему ориентиры человеку поддерживать ободряющую связь, но лишь при условии ограничения *краткими* звонками в заранее установленных временных рамках. Как уже подчёркивалось выше, это одновременно ограничит и загруженность психотерапевта, и чрезмерную зависимость пациента.

В течение некоторого времени возможно поддерживать психотерапевтический обмен посредством e-mail (и даже webcam), но, тем не менее, мы не сторонники полного курса психотерапии на расстоянии: в таком случае теряются основные элементы: паузы, окружение, личное присутствие, манера поведения, взгляд, физический контакт (не говоря уже о феромонах³!).

Рисунок

Другой способ выйти за рамки вербальной экспрессии (правое полушарие мозга) – это рисунок. Но наиболее часто встречающимся ответом на предложение что-либо нарисовать является: «Я не умею рисовать!». Отвечать следует, что это не имеет никакого значения, что можно рисовать символы, а не реалистические образы. По сравнению с маленьким наброском, выполненным за столом или на коленях, рисунок на *paper board* или на белой стенной доске, выполненный *стоя*, требует более размашистых движений кисти, плеча и предплечья, а, значит, задействует более важные церебральные зоны, что сопровождается модификацией *биохимического равновесия* организма (нейротрансмиттеры и гормоны) и способствует *энграммации* эмоционального опыта на длительный период.

Таким образом, можно достичь ощущимых терапевтических результатов, не прибегая к зрелищным физическим упражнениям, таким, например, как шумный *катарсис*, вызываемый некоторыми упражнениями биоэнергетического анализа (В. Рейх, (Reich), А. Лоуэн, (Lowen), Ж. Пьерракос (Pierrekos), или примальной терапии А. Янов (Janov)).

³Феромоны – экстрателесные гормоны, выделяющиеся в результате наших различных эмоций (желание, гнев, отвращение, грусть...) и улавливаемые шестым чувством человека, находящегося поблизости. Орган, улавливающий феромоны, называется вомероназальным (ВНО). Он передаёт их по прямым нейронным путям в глубокие слои мозга. Этот процесс – абсолютно подсознательный. Феромоны отчасти обуславливают симпатию, антипатию и интуицию.

Вместо сцен и персонажей можно выбрать более абстрактные формы рисунка, как, например, *мандала* – симметричный, в основных чертах, рисунок, символизирующий важную жизненную тему или «squiggle» (Винникотт (Winicott), 1951) – хаотический импровизационный рисунок («каляки-маляки»), выполненный совместно психотерапевтом и клиентом, которые поочерёдно наносят на бумагу новые элементы.

Можно также предложить клиенту создать свою *генограмму* или трансгенерационную *геносоциограмму* (А. Анселен-Шютценбергер (Ancelin-Schutzenberger)). Это – схематическое генеалогическое дерево, представляющее семейную структуру такой, какой её видит или воображает сам клиент.

Затем эту схему, в зависимости от применяемой техники (психодрама Ж. Морено) можно будет устно прокомментировать, прямо обратиться к некоторым персонажам на рисунке, разыгрывать с ними сцены или предложить некоторым участникам в них воплотиться.

Можно также предложить *лепку*. В отдельных случаях психотерапевт может хранить эти произведения «в надёжном месте», где-нибудь в кабинете, если позволяют его размеры, а в подходящий момент их задействовать.

Зеркало

Существует ещё одна форма спокойной работы над телом. Это работа перед зеркалом, в котором клиент видит себя в полный рост, что даёт возможность комментировать восприятие собственного тела под различными углами. Также возможен «диалог» с собственным телом: подавать реплики и самому же на них отвечать. Или же – нарисовать тело, полностью или частично, а затем внести «корректины» в рисунок, в соответствии с желаемыми изменениями…

Этот тип работы часто даёт интересные результаты в случаях дисморфобии⁴, нарушениях пищевого поведения (булимия, гиперфагия⁵, анорексия) или при сексуальных проблемах.

Одной из технических разновидностей является *фотодрама* (С. Томкевич, Г. Гуаш): психотерапевт описывает клиенту эту технику и, если последний не против, его фотографируют на каждом сеансе и, при желании, снимки вывешивают в кабинете, где проходят индивидуальные или групповые сеансы. Это позволяет наглядно продемонстрировать пере-

мены и использовать отклики свидетелей. Возможно также принести на сеанс серию личных детских фотографий или фотографий, на которых запечатлены наиболее важные жизненные моменты.

Тело

Условия работы с группой особенно благоприятствуют более конкретному воздействию тела. Действительно, применять физическую деятельность и, тем более, физический контакт (независимо от того, агрессивны они или нежны) более затруднительно в условиях индивидуальной терапии, поскольку это может дать основание неправильным интерпретациям сексуальной коннотацией как самому клиенту, так и его партнёру, которому он, возможно, перескажет сеанс на свой лад.

Можно просто расхаживать по комнате, выискивать место, где чувствуешь себя наилучшим образом (*своё* место и дистанцию по отношению к остальным), силой отвоёвывать приглянувшееся место, передвигаться с закрытыми глазами, соприкасаясь с другими или, наоборот, их избегая и т. п. Каждое упражнение и ассоциации, которые оно вызывает, разумеется, будет лично комментироваться каждым участником по очереди и сопровождаться совместной работой, иногда по двое (диада), иногда – работой одного участника перед всей группой.

Очень интересна безмолвная прогулка с *закрытыми глазами* в сопровождении партнёра, у которого глаза открыты (*trust walk*). Это упражнение подробно описано в главе, посвящённой работе с парами.

Оно может символизировать доверие клиента к психотерапевту, которого воспринимают, как фантазматического проводника. Можно броситься в объятия группы, дать покачать себя на руках или, наоборот, попытаться разорвать живую цепь, вырваться из центра круга, как на волю из тюремного заключения… Вариантов бесконечное множество и нередко они выводят к просветляющему осознанию, озарению (*insights*).

Массажи также способствуют осознанию собственного тела, собственной идентичности и её границ, типа своего доверия и контакта. Массажей существует множество, и каждый из них представляет особенный интерес: *Sensitive Gestalt Massage* (SGM по М. Ельке и У. Банделоу), сенситивный массаж (С. Камилли), ролфинг (И. Рольф), постуральная интеграция (Ж. Пейнтер) и т.д.

⁴ *Дисморфобия* – навязчивый страх быть некрасивым или иметь физические недостатки (некрасивый нос, плохо сформированная грудь, пенис...).

⁵ *Гиперфагия* – от булимии отличается отсутствием контроля за весом, чем и обусловлено отсутствие вызывания рвоты. Для гиперфагии характерно принятие больших количеств пищи за очень короткий промежуток времени (менее двух часов). В отличие от булимии, при гиперфагии выбирают определённые, избранные продукты. За этим следует чувство отвращения, стыда, но эти компульсивные действия не подлежат контролю.

Более щадящим (*soft*) является массаж рук. Он может быть сильным, нежным или даже эротизированным. Все виды массажа вызывают выделение окситоцина, гормона любви и привязанности между матерью и ребёнком, но также и между партнёрами.

Сексуальность

Большинство психотерапий отводят важное место сексуальности, прямо или косвенно: супружеские проблемы с сексуальной доминантой, длительное отсутствие партнёра, чрезмерная стеснительность или регулярные разрывы отношений и т.п.

Когда переживания из-за разрыва ещё свежи, мы, в большинстве случаев, не советуем торопиться связывать новые отношения. В подобном случае желательно сделать паузу, выдержать латентный период, чтобы ассилировать «траур» и «поставить крест». Зато мы очень настоятельно привлекаем внимание мужчин почтенного возраста на тот, в некоторых случаях, невозместимый ущерб, который способно нанести его сексуальности длительное сексуальное воздержание. Нередко эта тонкая физиологическая функция после перерыва возобновляется в недостаточном объёме, даже если мужчина вновь нашёл желанную партнёршу.

Вопрос сексуальности может быть затронут спонтанно или по побуждению психотерапевта, на индивидуальных сеансах или в условиях непрерывной групповой работы. Наш длительный опыт работы в сексотерапии демонстрирует, что, вопреки опасениям, работать над этой сложной темой в условиях психотерапевтической группы нередко оказывается проще: ты не одинок, ощущаешь поддержку других участников, используешь их вопросы и опыт (далее см. главы, посвящённые работе в группе и с парами).

К тому же, можно выполнять некоторые упражнения. Вот далеко *неполный* их перечень:

- я представляюсь группе, представляя одновременно и предмет, символизирующий мою сексуальность;
- я прохаживаюсь по залу, стараясь ни к кому не прикасаться или, глядя на других или, слегка соприкасаясь с другими, обнимаясь...;
- прогулка «вслепую» под руководством партнёра;
- выбраться из «груды» тел, приобретая самостоятельность, символизирующую рождение;
- в центре круга взаимодействовать вдвоём, втроём и более;

- вырваться из «тюремного заключения», символизируемого нагромождением тел участников;
- броситься с возвышения в объятия к участникам, дать себя покачать на руках, помассировать.

Работа над сновидением⁶

Каждый помнит знаменитый сон Фараона: семь тучных и семь худых коров. За то, что Иосиф сумел его истолковать, он был освобождён из тюрьмы и назначен Первым министром Египта.

Сновидение во все времена, несомненно, интересовало человека и заставляло искать ключи к расшифровке посланий: в Месопотамии уже за 3000 лет до нашей эры существовали пророческие интерпретации и терапевтическое применение сновидений. Известно, что в эту эпоху интерпретация снов была почитаемой *профессией*. Согласно легенде, при дворе вавилонского царя служили 24 видных онейролога (специалисты по сновидениям). Однажды царю приснился сон, вызвавший предчувствие, что в нём содержалось важное сообщение. Каждый из онейрологов предложил свою собственную интерпретацию, и царь был смущён. Но на самом деле все 24 предсказания осуществились, тем самым блестяще продемонстрировав полисемию⁷ любой формы выражения подсознания.

В древней Греции было 420 храмов Эскулапа, предназначенных для *инкубации* сновидений. Здесь укладывались спать прямо на полу, укутавшись в окровавленные звериные шкуры в окружении священных змей, моля о сновидениях, имеющих лечебные свойства!..

У евреев считалось, что неистолкованный сон – это непрочитанное письмо, то есть – обида, нанесённая автору.

А, действительно, кто же является автором? Что же это – сновидение: способ ли выражения подсознания сновидца (Фрейд)? Или же – послание, пришедшее издалека, коллективное бессознательное (Юнг)? «Трансперсональное» сообщение, чем можно было бы объяснить вещие сны (Грофф, Декамп)?

А, может быть, это – естественное биологическое явление (Жуве, Димент, Гобсон)?

Фрейд, Юнг... и другие

3. Фрейд называл сновидение «царской дорогой» к бессознательному. Перлс, отец Гештальт-терапии, не отрекается от своего учителя, по крайней мере, в этом вопросе. Он даже заявляет, что подробный ана-

⁶ См.: С. Гингер. *Гештальт – искусство контакта*. Академический Проект. Москва. 2008.

⁷ Полисемия – многозначность, «многослойность» значений. Встречается в Священном Писании или, например, в сказках братьев Гримм.

лиз одного сновидения мог бы дать пищу для полного курса психотерапии! Фрейд считал, что во власти сновидений исцелять и утешать. А его последователь Ференци признавал за ними *травматическую* роль («рассасывания» и «переваривания» психологических травм). Особенно это касается «рекидивных» (повторяющихся) снов, призвание которых – постепенное стирание *аффективного ореола* вокруг шокирующих воспоминаний. У Фрейда сновидение – не *трансцендентное* послание свыше, а *имманентное* сообщение снизу, исходящее из «чёрного континента» бессознательных импульсов (влечений).

Юнг вновь придаёт сновидению более возвышенное значение, признавая, что оно имеет не только психологические и биографические основания, но и является отражением бессознательного восприятия *общечеловеческих культурных глубин*. Согласно Юнгу, сновидения бесконечно простираются и к прошлому, и к будущему: они не скрывают какое-то вытесненное желание, а, наоборот, вскрывают информацию *коллективного бессознательного* (архетипы) и могут обретать даже эзотерический смысл.

Современные исследования

Психоаналитический подход преобладал в период с 1900 по 1960 годы. В наши дни ситуация изменилась, в частности, вследствие выхода в свет работ французского профессора Мишеля Жуве (1961).

Сегодня известно, что сны видят только высшие животные. Хладнокровные (рыбы, рептилии) никогда не видят снов, но их нервная система имеет свойство восстанавливаться в течение всей жизни (постоянный нейрогенез), обновляя свои нейроны, подобно остальным более «примитивным» клеткам организма. Таким образом, они ограничены врождённым инстинктом и не способны приобретать и сохранять новые навыки. В самом деле, воспоминания закрепляются, главным образом, во время сна.

Именно в это время животное особенно уязвимо: оно временно слепнет, почти глухнет и частично парализовано. Ничего удивительного, что, прежде всего, сновидение требует ощущения *безопасности*. Так, коровы видят сны, почти в три раза чаще в стойле, чем на пастбище! А самоуверенные крупные хищники позволяют себе роскошь проводить 40% времени, отведённого на сон, в сновидениях, тогда как несчастные животные, за которыми они охотятся, смеют посвятить сновидениям едва 5% времени.

Человек, который по этому показателю занимает промежуточное положение между хищниками и жертвами, проводит в сновидениях в среднем 20%

времени, отведённого на сон, что соответствует приблизительно *ста минутам за ночь*, вне зависимости от того, помнит он эти сновидения или нет. Известно, что *сны видят все*, но исследования продемонстрировали, что в среднем уже через 8 минут после пробуждения 95% содержания сна забывается!

Плод начинает видеть сны на седьмом месяце внутриутробного развития (*in utero*), а, значит, задолго до появления сознательных воспоминаний, «подвергающихся цензуре» с целью *вытеснения*, согласно гипотезе Фрейда, которая противоречит современным научным исследованиям. После рождения 60% времени младенец проводит в дальнейшем формировании своего мозга. И, кстати, во время беременности женщина проводит вдвое больше времени в сновидениях для сопровождения нейрогенеза плода. Поэтому нельзя исключать, что часть материнских сновидений способствует бессознательной передаче определённого жизненного опыта, что может вносить вклад в пресловутую «наследственность приобретённого характера».

Сновидение окрестили «пуповиной рода» за то, что оно передаёт основы поведения, необходимого для выживания. Но сновидение обогащает эти основы, актуализируя посредством интеграции приобретаемого опыта и, таким образом, способствуя *индивидуации*, личности, которая является совокупностью врождённого и приобретённого.

Перлс резюмирует отношение к сновидению в Гештальте следующим образом: различные элементы сновидения являются фрагментами личности сновидца, которые ему надлежит усвоить, последовательно предоставляя возможность «высказаться» каждому элементу. Вместо анализа сновидения Перлс предлагает вдохнуть в него жизнь, проигрывая в настоящем времени. Его ученик Изадор Фромм интересуется сновидением как «ретрофлексией»⁸ сообщения, бессознательно адресованного психотерапевту, которому клиент пересказывает свой сон.

Конкретно: десять подходов к сновидению

Что касается нашей работы со сновидением, то мы опираемся, по крайней мере, на *десять из его терапевтических аспектов*, которые могут гармонично сочетаться. Вот они:

1. Даже если исключить любое преднамеренное применение сновидения, оно уже *само по себе* обладает, как было сказано выше, множеством биологических «терапевтических» свойств адаптации и саморегуляции. Кстати, эти свойства не требуют безусловного сознательного воскрешения сновидения в

⁸ Термин Гештальт-терапии, обозначающий бессознательный механизм удержания.

- памяти: пересмотр и актуализация нашего генетического наследия, запоминание, «индивидуация» поведения (Жуве), постепенное растворение травмирующих воспоминаний (Ференци).
2. Обычный пересказ сна после пробуждения способствует его лучшему восхождению к сознанию, возникновению спонтанных ассоциаций и возможной драматизации.
 3. *Интерпретация* сна через *ассоциации*, вызываемые его содержанием или формой, его символическое декодирование (Фрейд) позволяет обогащающее погружение в индивидуальное бессознательное.
 4. Обращение к всемирному символизму, к *коллективному бессознательному*, завуалированным сообщениям, заключающим в себе предсказания (Юнг) – всё это делает возможным межличностное (трансперсональное) и духовное «откровение».
 5. Сон может быть заново сыгран в форме *психодрамы* (Морено) для того, чтобы выделить определённые аспекты и обогатить его возможными реакциями различных действующих лиц.
 6. *Группа* может использоваться в качестве «резонатора» или «звукового усилителя», когда психотерапевт поручает некоторым добровольцам громко произнести перед окончанием работы некоторые ключевые фразы сновидца (Анн Гингер).
 7. Сновидение как *проекция* спящего (Перлс) побуждает к объединению различных граней индивидума через последовательную реаппроприацию элементов, *a priori* разрозненных.
 8. Сновидение как *ретрофлексия* сообщения, адресованного психотерапевту (Изадор Фромм), способствует обогащению обмена терапевт/клиент, который считается сердцевиной любой психотерапии.
 9. Сновидение можно рассматривать как *незавершённый Гештальт* (Серж Гингер). Судите сами: природой предусмотрен приход сновидения в самом разгаре сна (когда сон наиболее крепок), а, следовательно, вне сознания. Точно так же происходит и процесс пищеварения. Осознанный процесс пищеварения (тяжесть в желудке и т. п.) свидетельствует о какой-либо аномалии. Так же и со сновидением: если оно *непосредственно всплывает* в сознании во время пробуждения, это значит, что оно частично осталось «непреваренным». И тогда ему нужно помочь завершить прерванную работу. Так, клиенту можно предложить пересказать своё сновидение в настоящем времени, *завершая*, как он сам пожелает, взяв ответственность на себя (ведь сновидение принадлежит ему!) и, *совершая действия* (монодрама или психодрама), чтобы снять бессознательное психическое напряжение, вызванное *незавершёнными действиями*. Таким образом, клиент самостоятельно строит своё будущее.
 10. И, наконец, сновидение можно использовать как обычный *предлог* (а не как *текст*, подлежащий расшифровке). В этом случае оно является своего рода *вступлением*. Затем психотерапевт концентрируется, в основном, на форме, то есть, на *как*, а не на *что* (содержание). Внимание обращают на тон голоса, позу, жесты и т. п. Работа проводится здесь и теперь над отношениями с психотерапевтом, в некоторых случаях – даже в ущерб самому сновидению.

EMDR (ПДС)

Когда восстанавливают в памяти психологическую травму, будь она предлогом для психотерапии или же если эти воспоминания вызваны уже достаточно развитившимся психотерапевтическим процессом, очень желательно обратиться к технике EMDR (Шапиро, 1987). Для того чтобы практиковать эту технику специалист, безусловно, должен пройти специальное обучение. EMDR довольно легко сочетается со множеством других подходов: гипноз, психоанализ, Гештальт, семейная терапия, поведенческие терапии и т.д.

EMDR – это аббревиатура *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*. Но на самом деле эта техника изменилась за несколько последних лет, и было бы разумнее употреблять термин «поочерёдная двусторонняя стимуляция» (ПДС), более ёмкий, поскольку движение глаз можно заменить (или дополнить) слуховой стимуляцией (поочерёдные хлопки около правого или левого уха) или тактильной стимуляцией (*tapping* по рукам, коленям, плечам)... и даже импровизированной стимуляцией стоп, которая производит успокаивающий и гармонизирующий эффект, сходный с эффектом, от обычной утренней пробежки, вызывающей дополнительное производство эндорфинов!

Известно, что в фазе «парадоксального сна» (фаза сновидений) наши глаза производят очень быстрые движения (*Rapid Eye Movement, REM*) под закрытыми веками. Учёные всё ещё спорят о точном научном обосновании REM, так же, как и об эффекте различных ПДС. Эти явления постоянно исследуются в лабораторных условиях. Бессспорно, поверхностные сенсорные стимуляции влекут стимуляцию различных зон мозга (в частности, глубоких слоёв эмоционального лимбического мозга) и улучшают потенциал его деятельности, что ещё не удаётся подробно объяснить. Поэтому, я пока ограничусь несколькими гипотезами, иллюстрируя их

аналогиями и метафорами, которые я часто употребляю, чтобы оживить интерес своих клиентов или пациентов.

Можно предположить, что вышеупомянутые стимуляции вызывают синаптическое взаимодействие между двумя полушариями и глубинными структурами эмоционального лимбического мозга, где энграммируются и обрабатываются пережитые эмоции: миндалевидное тело, орбитально-лобные зоны интерпретации и решения и т.д.

Между отдельными сериями стимуляций, продолжительность которых не превышает одной минуты, клиенту предлагают, не задумываясь, выразить всё то, что возникает в сознании: образы, звуки, слова, движения, физические ощущения и т. п.

Это «мозговое выметание» ускоряет нередко очень впечатляющие, иногда неожиданные ассоциации идей и чувств. Субъект может привести параллель между каким-либо драматическим событием и событиями, на первый взгляд, совершенно безобидными, которые происходили в разные моменты его жизни. Например, всехватывающее чувство бессилия, испытанное во время физического, сексуального нападения или при смертельной угрозе, соотносится с часто повторяющимися эпизодами из повседневной жизни, которые также сопровождаются ощущением бессилия (при общении с родителями, партнёром, детьми-подростками, коллегами по работе...).

В некотором роде мы здесь являемся свидетелями «дефрагментации⁹ жёсткого диска» нашей эмоциональной памяти, группирующего и классифицирующего зарегистрированные эпизоды в новом порядке. Это похоже на наведение порядка в личной *карточке воспоминаний* (осознанных или бессознательных): уверенность, что всё, что может мне понадобиться, находится на «расстоянии вытянутой руки», стоит только захотеть, обеспечивает чувство некоторого успокоения. Я сложил свои личные досье в архив, объединил все элементы, подлежащие сравнению, рассортировал информационные данные, способные паразитировать друг на друге, отложил в сторону ненужные или утратившие актуальность документы, а на титульной странице записал всю необходимую (самую важную) информацию. Нельзя сказать, что я «выбросил» важные воспоминания: я их лишь пересортировал в более рациональном порядке. Я навёл порядок в своих информационных складах и таким образом модифицировал собственное когнитивное восприятие своего места в мироздании.

Двусторонние быстрые движения глаз можно ещё сравнить, с одной стороны, с подчёркиванием

важных отрывков в моём внутреннем романе при помощи разноцветных фломастеров, а, с другой стороны, – со стиранием эмоциональных моментов из травмирующих пассажей этого романа, переживших себя, бесполезных или даже стесняющих. Текст становится яснее, доступнее и функциональнее.

На этом мы закончим техническое описание приёмов EMDR и скажем лишь, что по многим своим аспектам он схож с различными более традиционными подходами психотерапии:

- как и психоанализ, EMDR способствует возникновению *свободных ассоциаций* и пробуждает множество воспоминаний, спрятанных в бессознательном. Пациенту предлагают озвучить эти ассоциации в произвольном порядке, по мере их возникновения в сознании. Они не становятся объектом интерпретации в соответствии с какой-либо существующей теорией. Вызывает удивление тот факт, что ассоциативный процесс очень «оживляется»;
- подобно тому, как это происходит в клиент-центрированном подходе, по Карлу Роджерсу, психотерапевт воздерживается от каких бы то ни было интерпретаций по поводу содержания и любых советов, полностью предоставив инициативу клиенту;
- подобно эриксоновскому гипнозу, EMDR способствует *состоянию модифицированного сознания* и использует ментальную «диссоциацию» между разными уровнями восприятия реальности;
- подобно КБТ, EMDR следует точным *процедур*ам и использует периодические количественные оценивания внутреннего субъективного пережитого: личная оценка интенсивности (нарушений, расстройств) (*SUD – Subjective Units of Disturbance*- понятие, введённое Волпе) и устойчивость позитивных убеждений субъекта (*VOC – Validity of Cognition*). EMDR предлагает попеременно то «экспонирование», то ментальное погружение в проблематику и поступательную десенсибилизацию (Волпе Й., 1915-1997);
- подобно *трансактному анализу*, EMDR пользуется понятием «Я – состояние» (Родитель, Взрослый, Ребёнок) и корректирует «жизненный сценарий», «выбранный» самим ребёнком, на основании полученных от родителей сообщений и верованиях, возникающих в результате этого. Этот сценарий нередко становится руководством к действию и ограничивает личность в своих выборах;

⁹ Известно, что данные на жёстком диске регистрируются в хронологическом порядке, что распределяет каждую следующую версию одного и того же документа в отдельные фрагменты. «Дефрагментация» состоит в том, чтобы сгруппировать отдельные фрагменты, привести в порядок запечатлевшиеся «воспоминания».

- подобно Гештальт-терапии, EMDR поощряет выражение эмоций и проживание травмирующего события заново в располагающей обстановке, созданной тёплыми отношениями *терапевтического альянса*, который обеспечивает эмпатия терапевта. Нередко EMDR направлено на закрытие «незавершённых Гештальтов» из прошлого. EMDR использует «полярности» выборов клиента, сознательные или бессознательные. Такие взаимодополняющие полярности, как, например, собственный отрицательный образ («отрицательная когниция») и идеализированный образ, к которому субъект стремится.

Таким образом, процедура EMDR и её специфические технические приёмы переработки информации очень удачно сочетаются с другими различными подходами, в которые они привносят нейро-

физиологические элементы, пока ещё не полностью разъяснённые. Напомним, что EMDR преподаётся только профессиональным психотерапевтам, поэтому, не удивительно, что большинство практикующих специалистов комбинируют свой основной метод с оригинальными техническими приёмами EMDR, которые увеличивают его потенциал, иногда сенсационно.

Пентаграмма Гингера

Каким бы ни был инструментарий и технические приёмы, мы считаем, что очень важно рассматривать различные стороны человеческой личности *одновременно*, а не *чередовать* вербальный или интеллектуальный, телесный или эмоциональный подход, элементы социального или культурного поля. Именно это я хотел отразить через символ Пентаграммы (рисунок 1).

ОТДЕЛЬНЫЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ



Рисунок 1. Пентаграмма Гингера

Символический¹⁰ язык – это настоящее *ментальное esperanto*, универсальная речь, инфра- и супerverбальная в одно и то же время, непосредственно обращающаяся в глубину человеческого существа. Этим обусловлены три функции, которые он выполняет: посредническая, социализирующая и терапевтическая.

Пентаграмма символизирует человека в соответствии со старинной традицией, восходящей к Пифагору и распространившейся, в частности, благодаря знаменитому рисунку Леонардо да Винчи.

Отметим, что традиционная «активная» пентаграмма, то есть, острый концом вверх, представляет стоящего Человека: верхняя точка – это голова, за-

¹⁰ Напомним, что «символическое» противоставляется «дьявольскому»! В самом деле, *dia-ballein* по-гречески: *разместить в разные стороны, разделить* (роль дьявола), тогда как *sym-ballein* означает *соединить, собрать*, откуда и *symbollon*- «отличительный знак» (предмет, разделенный на две половины, каждая из которых хранилась у одного из друзей). Воссоединение двух частей свидетельствовало об их давних отношениях).

тем две раскинутых руки и широко расставленные ноги. В перевёрнутом виде, то есть, острым концом вниз, пентаграмма представляет дьявола (падшего человека) в виде рогатой козлиной головы с торчащими в стороны ушами и заострённой бородкой. В таком виде пентаграмма считается «пассивной» и символизирует зло.

Почему же *пятиконечная* звезда? Полисемия числа «пять» отличается особенным богатством, и её символическая значимость признана повсеместно. В Китае, Индии или Японии, в землях ислама, у индейцев (Ацтеки, Майя, Инки...) или же у Кельтов и древних греков. Этот символ также широко используется франкмасонами.

Повсеместно число пять представляет Человека, который синтетически олицетворяет принцип жизни, энергию излучения и трансформации взаимодополняющих сил: женской (двойка – парное число и принцип женского равновесия) и мужской (тройка – непарное число и мужской принцип динамики).

Он также мысленно вызывает пять чувств, связывающих человека с миром, пять пальцев одной руки, символизирующих интеграцию индивидуума в группу¹¹.

В символике Пифагора, воспроизведенной, в частности, каменщиками в готических кафедральных соборах, пентаграмма или «Пламенеющая Звезда» располагается в центре крестовины других элементов, то есть, является квинтэссенцией, «пятой сущью», основополагающим и чистым принципом.

Число «пять» символизирует осуществление, уравновешенное единение и гармонию. Это – центральное число, расположенное между четырьмя основными точками Мирозданья.

В зависимости от традиции, в центре пятиконечной звезды, символизирующей Человека, размещают либо сердце, либо половой орган, либо букву «G»¹².

У древних греков звёздная пентаграмма была посвящена Гигие – богине здоровья и хорошего самочувствия, а письма начинали с пятиконечной звёздочки – символа приветствия, заканчивая каждую строчку начальной буквой имени богини. Эта традиция продолжилась у латинских народов, которые приветствовали в своих посланиях пятью буквами – «SALVE» («приветствуя» или «будь здоров»).

На этой же волне хочется добавить от себя пять основных аспектов человеческой деятельности¹³:

- а) физический аспект: тело, ощущения, функция движения, сексуальность...;
- б) аффективный аспект: «сердце», чувства, любовные отношения, «другой»...;
- в) рациональный аспект: «голова» (вместе с двумя полушариями мозга!), мышление и креативность...;
- г) социальный аспект: отношения с другими людьми, человеческое окружение и культурная среда...;
- д) духовный аспект: смысл человеческого существования, место человека в космосе и глобальной экосистеме.

В центр звезды я помещаю «G» (начальная буква слова «Гештальт»), символизирующую взаимодействие пяти основополагающих аспектов.

Разумеется, я расположил все эти «аспекты» именно в таком порядке не случайно: на моей схеме человек твёрдо стоит на двух ногах (физика и мета-физика¹⁴, материя и дух, которые обеспечивают его закрепление на Земле и в Мире).

Две его руки обеспечивают вступление в отношения с «другими», где левая рука (сторона сердца) – привилегированные аффективные отношения, а правая (более активная) – разнообразные общественные отношения.

Отметим, что левая часть пентаграммы касается внутренней жизни человека (тело, сердце, голова), тогда как правая – его ближайшего окружения, поля (социального) или глобального (космос).

Двигаясь от одного луча к другому по часовой стрелке, мы последовательно переходим от *Оного* к *Целому*:

- 1) мои отношения с собственным телом, в которые вовлечён только я (одиночество);
- 2) мои отношения с избранным человеком (пара);
- 3) мои интеллектуальные связи (с разными людьми);
- 4) мои связи с общественными группами (коллектив, сообщество, объединение);
- 5) моя принадлежность к целому (*вселенной*).

Таким образом, круг отношений *постепенно расширяется*: одно существо, два, несколько, множество, Вселенная. То есть, на протяжении всей жизни человек должен стараться поддерживать равновесие между моментами:

¹¹ На персидском языке одно и то же слово (*daste*) имеет два значения – «рука» и «группа».

¹² Пятая согласная латинского алфавита, которая у разных авторов имеет различные значения: Земля (Geo), Бог (God), Грааль, Генерация и т. п. (а почему бы и не Гештальт?!).

¹³ См.: С. и А. Гингер, *Гештальт – терапия контакта*. СпецЛит, С.-Петербург, 2001. С. Гингер, Гештальт-искусство контакта. Академический Проект, Москва, 2009.

¹⁴ Если я и разместил метафизический и духовный аспекты *ближе к земле*, а не «во главе», так это для того, чтобы подчеркнуть, что, с моей точки зрения, именно они и являются *иманентными производными корнями*, а не трансцендентное человеческое всемогущество.

- отношения с собой (размышления, чтение, медитация...);
- отношения двоих (дружба, любовь, сексуальность...);
- отношения с коллективом (обучение, работа, свободное время, культура...);
- отношения с обществом (экономика, политика...);
- отношения с Миром (экология, философия, духовность, религия...).

Это также и порядок онтогенеза, в соответствии с которым развивается человек с момента рождения и до смерти:

1. Младенец, в основном, сконцентрирован на собственном теле.
2. В раннем детстве он устанавливает приоритетные аффективные отношения с матерью.
3. Затем ребёнок, вступая в сознательный возраст, распространяет свои отношения на школу.
4. Далее подросток и взрослый активно участвуют в общественной жизни.
5. И, наконец, пожилой человек с приближением конца жизни обычно всё более открывается для духовности.

Несомненно, моё поведение стимулируется *пятью аспектами в целом*: моим организмом, ощущениями, желаниями, связями, моими мыслями или решениями, а также социальной средой, в которой я развиваюсь и, которая частично обуславливает моё развитие. Моё поведение также взаимодействует с экосистемой и с Вселенной в целом: климат, времена года, Земное тяготение или Солнечный свет... и, несомненно, коллективное бессознательное и Бог.

И, наконец, мне бы хотелось отметить, что такое выделение пяти основных полюсов, каждый из которых расположен на одном из пяти лучей звёздной пентаграммы, относится не только к гармонично-

му развитию *отдельно взятого человека*. Эта репрезентация может экстраполироваться на очень многие другие ситуации. Например, такие, как: пара, семья, институция, предприятие, общество в целом. Или же даже на такой простой предмет, как эта книга, которую я пишу в настоящий момент или, которую вы читаете. То есть, достаточно лишь *переместить каждую из пяти тем*, сохранив её основную сущность.

На мой взгляд, это не просто результат игры ума и даже не дидактическое пособие для студентов, а очень практическое «*орудие труда*», имеющее определённую *эвристическую¹⁵* ценность, применимое как при диагностике, так и для изучения любого индивидуального случая, ситуации в паре или в группе.

Драматический треугольник Карпмана

Здесь речь идёт о классической концепции из трансактного анализа, которая иногда заимствуется другими видами психотерапии.

Во время «психологических игр» личность неосознанно входит в одну из трёх ролей Треугольника. Роли могут меняться в ходе общения.

«Преследователь» позиционирует себя как вышестоящего, демонстрируя снисходительность к другому, и снизводит его до роли «Жертвы».

«Спаситель» чувствует себя хорошо, если находит того, кто нуждается в помощи или совете (даже если тот ни о чём его не просил).

«Жертва» *априорно* позиционирует себя как нижестоящего или бездарного, и будет искать в своём окружении то «Избавителя», то «Мучителя».

Пример: мать («Избавитель») систематически выполняет домашние задания вместо своего ребёнка («Жертва»), препятствуя, таким образом, его «росту». Такой порядок вещей может существовать до тех пор, пока один из двоих не поменяет роль и не станет «Мучителем». Ребёнок: «Ты мне надоела!» или мать: «Пора бы уже научиться работать самостоятельно!».

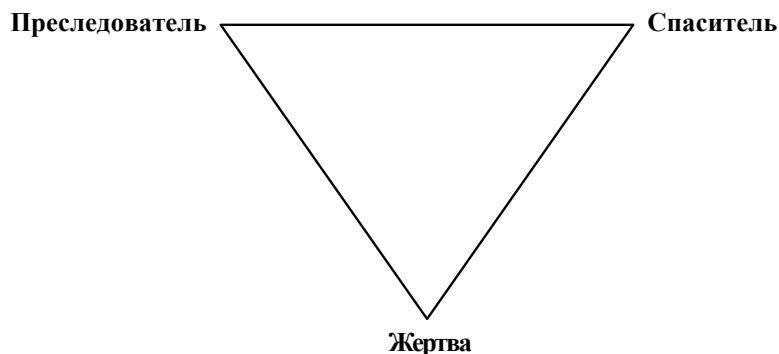


Рисунок 2. Драматический треугольник Карпмана

¹⁵ Эвристический – тот, который способствует открытию и придаёт смысл.

Диагностические шаблоны (схемы)

Далее в книге будут рассматриваться потенциальные преимущества, а также подвохи и опасности различных классических шаблонов, применяемых для диагностики (DSM, ICD...). В эту же категорию входит и «колесо расстройств» – своеобразный компас, который может неплохо сориентировать, но при условии, что мы будем продвигаться вперёд, время

от времени поглядывая на пейзаж, а не уткнув нос в этот самый компас!

Конечно, инструментарий очень разнообразен, и технических приёмов множество. Они совершенно необходимы. Но они не способны заменить искусство и креативность ремесленника – психотерапевта, который терпеливо создаёт вместе с каждым клиентом оригинальное произведение, способное бесконечно усовершенствоваться.

ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ. ВАЛЕОЛОГИЯ.

УДК 612.8

ЭЙФОРИЯ – СУБЪЕКТИВНЫЙ ЭКВИВАЛЕНТ СИГНАЛЬНОГО ГРАДИЕНТА СОЗНАНИЯ. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ПОДТВЕРЖДЕНИЕ

А.А. Биркин
С.Л. Рыбкова
И.А. Эсауленко

кандидат медицинских наук (Россия)
кандидат медицинских наук
заслуженный работник общего образования Российской Федерации

Банальные наблюдения, а также клинические описания состояний утомления, алкогольного, наркотического или токсического опьянения, гипоксии или кислородной недостаточности и др. позволяют с полной уверенностью утверждать то, что во всех перечисленных случаях расстройства сознания (мышления) развиваются по единому сценарию и имеют определённые фазы (этапы) в зависимости от степени и длительности воздействия упомянутых факторов.

На *первом этапе* при слабом или кратковременном воздействии факторов затрудняющих работу нервной системы возникает *эйфория*, – состояние, которое характеризуется такими изменениями в поведении, как возбуждение, ощущение мнимого благополучия, повышенного настроения, удовольствия, снижением критики к происходящему и другими. Здесь следует оговориться, что это состояние имеет множество форм и оттенков, и мы перечислили лишь основные его признаки.

На *втором этапе* при сильном или более продолжительном воздействии упомянутых факторов возникают нарушения поведения, выражющиеся, прежде всего, в нарушении или в утрате ситуационного контроля, что, как правило, завершается охранительным физиологическим торможением или иначе сном.

В связи с этим есть все основания представлять нервную систему человека как систему, которая в случае дефицита её вычислительных способностей имеет однотипный характер функциональных расстройств. При умеренном дефиците этих способностей наблюдаются изменения поведения в виде эйфории, при более выраженном дефиците – в виде нарушения поведения и сна.

Следует ещё раз особо подчеркнуть, что возникновение подобных расстройств возможно как в ответ на нагрузки декодирования, так и в процессе развития состояний утомления другой природы, либо под воздействием токсических веществ.

Рассмотрим механизм возникновения эйфории с позиций сигнального градиента сознания [1, 2, 4, 5].

К защитным реакциям, возникающим в ответ на угрозы окружающей среды в интересах выживания

индивидуа, в широком смысле относится и мышление. На основе аналитико-синтетических (вычислительных) процессов нервной системы человека строится всё его поведение. Однако под воздействием различных по своей структуре сигналов ресурс вычислительных мощностей нервной системы ответственных за организацию защитного поведения может быть большим или меньшим, что неизбежно должно сказываться на качестве поведенческих реакций.

В период жизни человека окружающий мир постоянно преподносит ему угрозы социального или физического характера; эти угрозы заставляют перестраивать поведение в интересах социального или физического выживания. С позиций усилий нервной системы в выработке защитных реакций угроза угрозе рознь.

Например, переходя улицу и замечая приближающийся транспорт, нам достаточно остановиться, чтобы не попасть под него. В этом случае нервной системе требуется минимум вычислительных ресурсов для выработки подобной защитной реакции. В случае же служебных или бытовых проблем возникают ситуации, которые требуют более глубокого анализа. Подчас переживания, возникшие в результате создавшихся ситуаций, изменяют поведение человека и даже лишают его сна. Очевидно, что выработка стратегии поведения или защитных реакций в подобных случаях требует значительно большего количества вычислительных ресурсов нервной системы.

На рисунке 1 в двух позициях по вертикали показаны различные угрозы, а правее их в виде полос различной длины показан ресурс вычислительных мощностей, которые тратит наша нервная система на осознание и выработку защитных реакций по каждой отдельно взятой угрозе.

В левой позиции площадью прямоугольника, ограниченной пунктиром, показан весь объём вычислительных мощностей нервной системы в тех случаях, когда она работает в штатном режиме, воспринимая эволюционно привычные сигналы. Как видно в этом случае все угрозы вычисляются, т.е. объективно отражаются, или осозна-



Рисунок 1. Механизм возникновения эйфории с позиций представлений о сигнальном градиенте сознания

ются. В этом случае критическая оценка ситуации остается сохранный.

В правой позиции площадью прямоугольника, ограниченной пунктиром, показан меньший объём вычислительных мощностей нервной системы в тех случаях, когда она воспринимает эволюционно не-привычные сигналы или ослаблена другими факторами и вынуждена автоматически перераспределить свой вычислительный ресурс с анализа на декодирование. В этом случае имеется дефицит вычислительных мощностей, и часть угроз просто недовычисляется, или не осознается, так как их осознание находится за рамками вычислительных возможностей нервной системы, которыми она располагает в текущий момент. Иными словами развивается следующая последовательность событий: декодирование дисгармоничного сигнала > сигнальный градиент сознания > функциональное уменьшение количества нейронов, обеспечивающих сознание > уменьшение его производительности – количества математических операций в единицу времени > ухудшение качества обработки информации > снижение критики к происходящему.

Таким образом, в момент поступления эволюционно привычного сигнала нервная система обладает достаточным вычислительным ресурсом. Происходит полное восприятие и анализ информации среды обитания. Осознаются все угрозы. Сохраняется критика к происходящему. В момент же поступления эволюционно непривычного сигнала вычислительный ресурс сознания является недостаточным, что обуславливает только частичный анализ информации среды обитания и осознание лишь части угроз. Снижается критика, возникает состояние мнимого благополучия, удовольствия, эйфории. Эти два полярных состояния психики мы условно определяем как «мозг компьютер» и «мозг калькулятор».

Для обоснования изложенного выше рассмотрим доказательные результаты двух исследований.

Первое исследование заключалось в компьютерном анализе цифровой матрицы произведений всемирно известного абстракциониста Марка Ротко. Его 18 произведений экспонировались в Галерее современного искусства «Гараж» в Москве летом 2010 года. Эти работы для исследований были отобраны потому, что в подавляющем большинстве какого-либо осмыслиенного сюжета не представляли. Сама же по себе данная выборка наблюдений являлась случайной.

Целью исследований было установление цветового своеобразия, которое способствует возникновению эйфории у зрителя в «Композиции № 12» М. Ротко, так как она всемирно известна и значительно превосходит по популярности все его остальные произведения.

Суть исследований заключалась в подсчёте количества цветов (так называемого индекса дискретности, монохромии или монотонии), составляющих копию каждого исследуемого произведения. Чем больше величина этого индекса, тем более монотонным по своей цветовой гамме является отражаемый им световой сигнал, а, следовательно, и отклоняющимся от эволюционной модели со всеми вытекающими из этого последствиями (рисунок 2).

Исследование произведений проводилось с помощью специально разработанной компьютерной программы (рисунок 3).

В процессе исследований удалось выявить статистически обоснованную закономерность того, что по своей цветовой гамме «Композиция № 12» относится к числу наиболее монотонных произведений (рисунок 4).

Как видно из графика координаты её индекса находится на переломе кривой диаграммы, т.е. в зоне величин монохромии зрительного сигнала оптимальной для формирования состояния эйфории. Левее этой зоны выраженность монохромии недостаточна, а правее – избыточна.

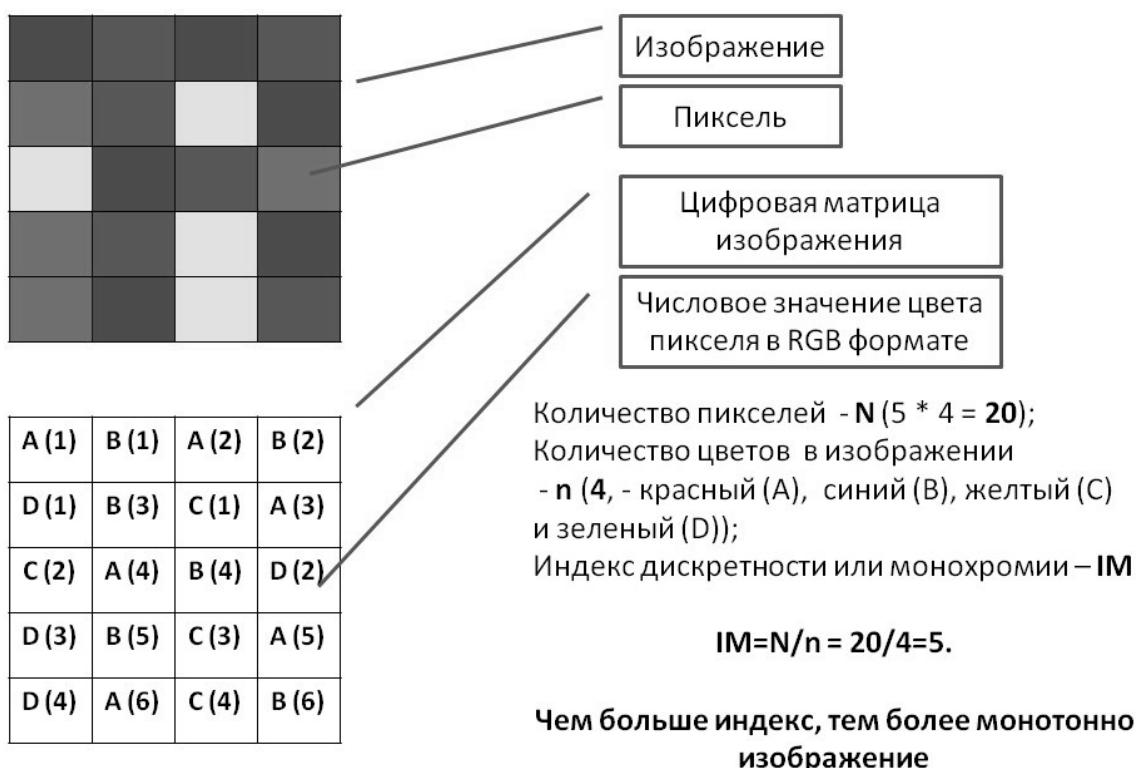


Рисунок 2. Алгоритм вычисления индекса дискретности художественного произведения

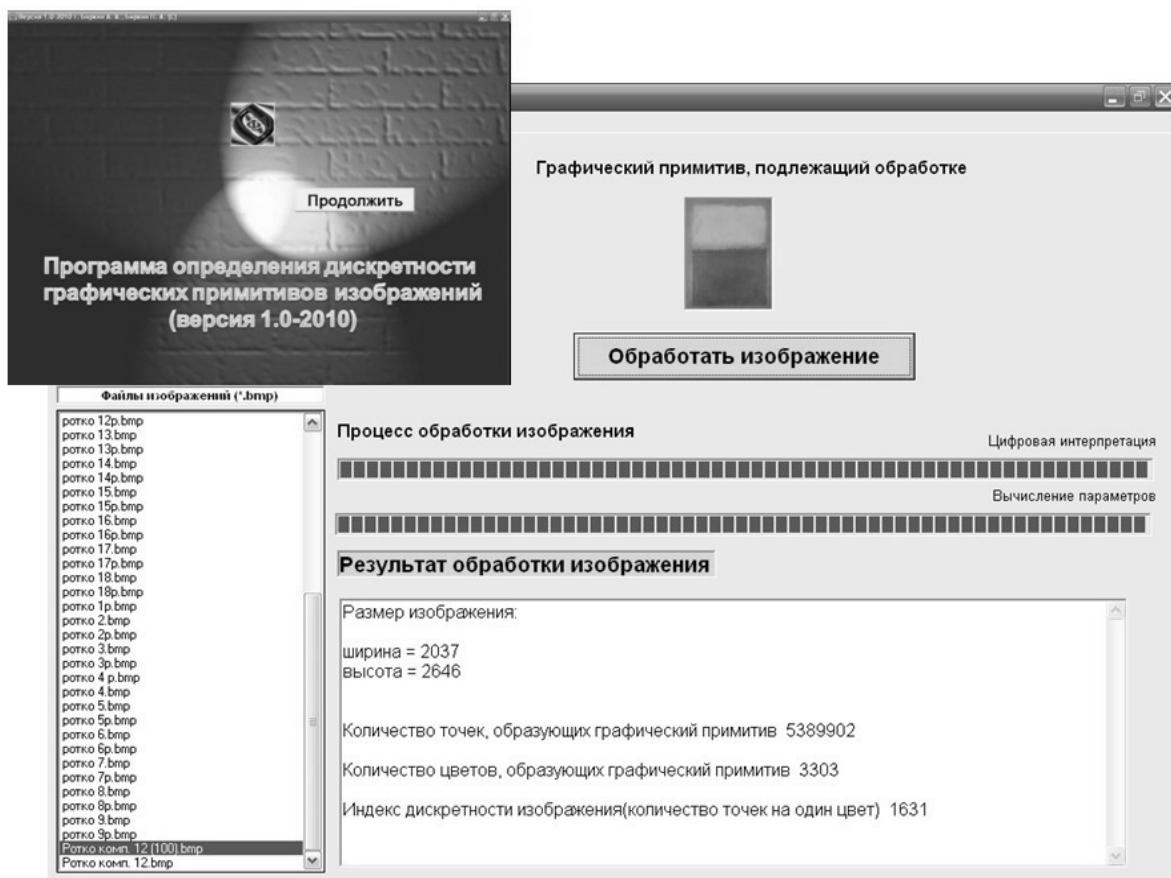


Рисунок 3. Компьютерная программа для вычисления индекса дискретности художественных произведений

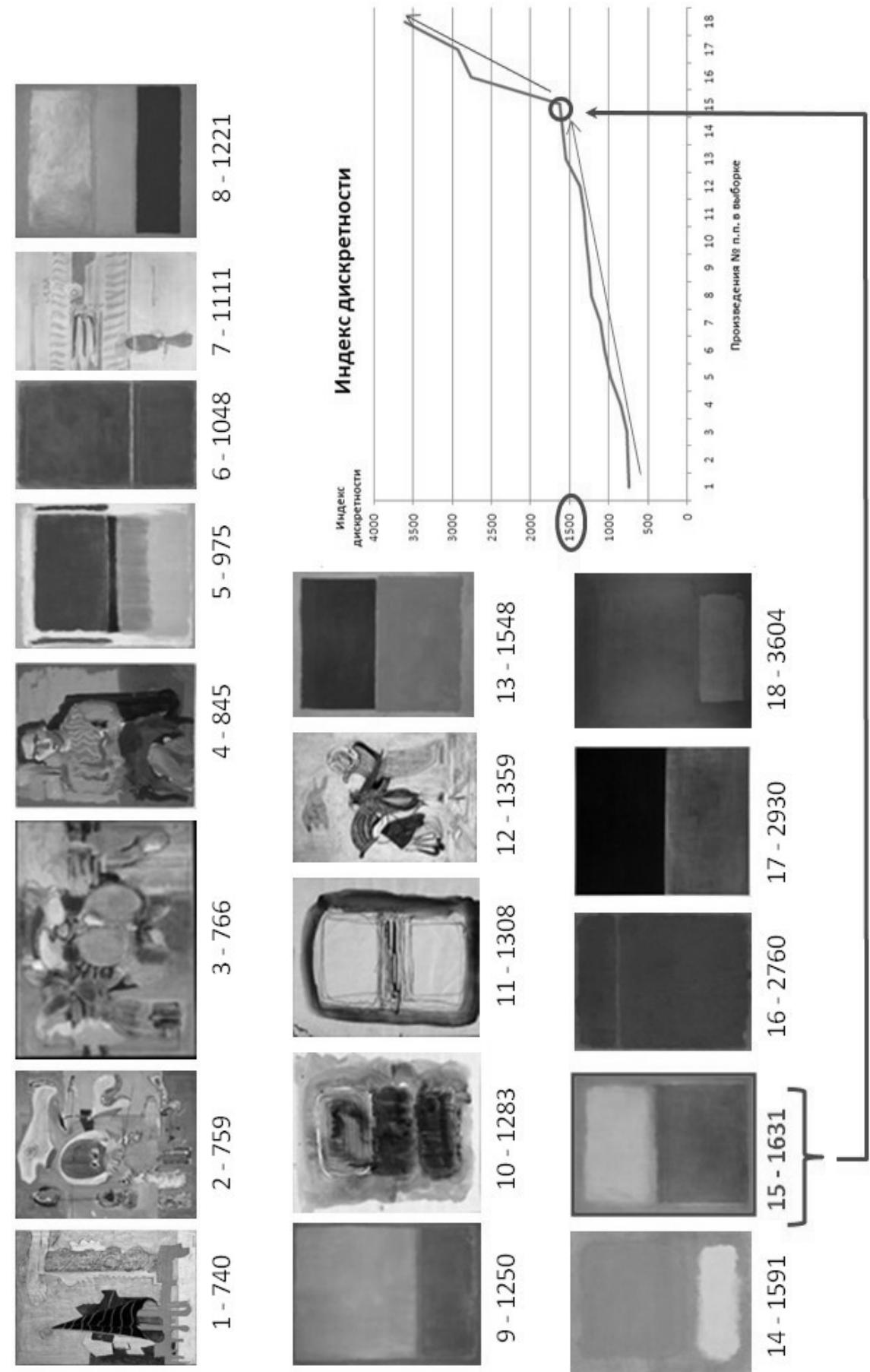


Рисунок 4. Результаты обработки цифровых изображений случайной выборки произведений М. Ротко

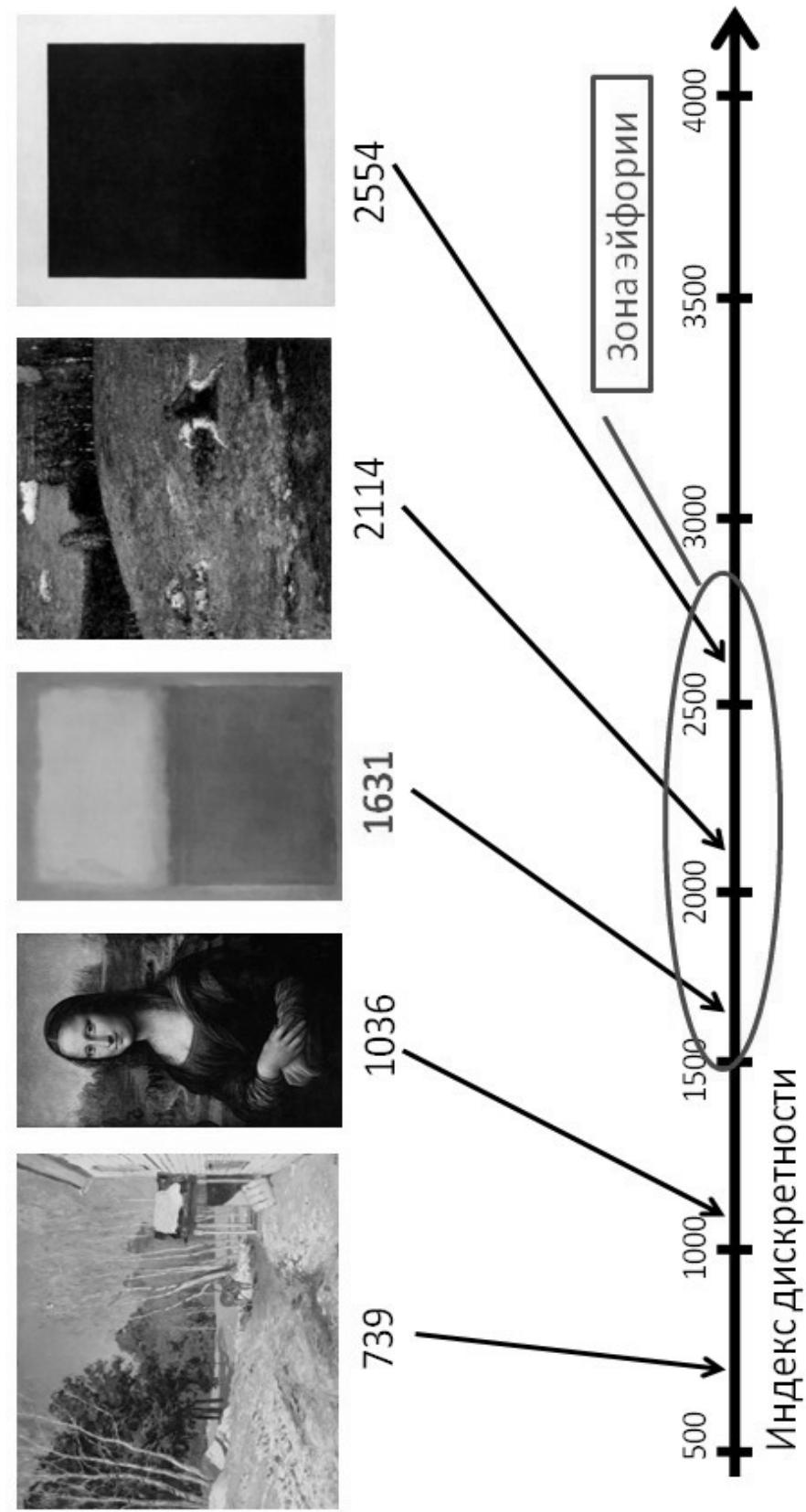


Рисунок 5. Результат обработки известных произведений художников в сравнении с «Композицией № 12» М. Ротко

Исследования известных произведений других художников показали, что более совершенным с позиций формирования эйфории по цветовой гамме оказался «Синий всадник» Василия Кандинского. Именем этого произведения в Париже было даже названо целое сообщество художников. И, вне конкуренции, конечно же, оказался «Чёрный квадрат» К. Малевича (рисунок 5).

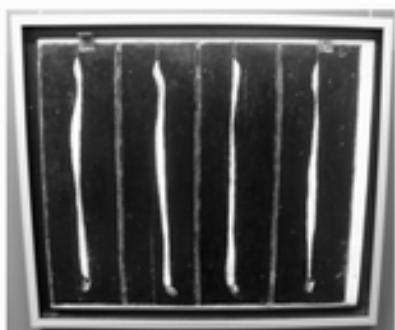
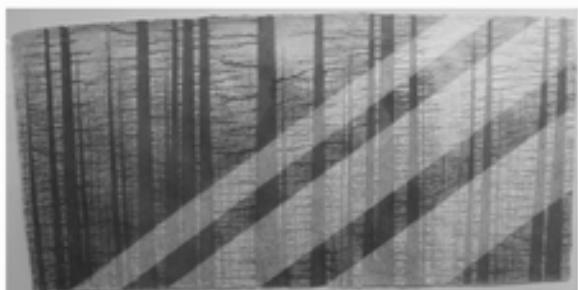
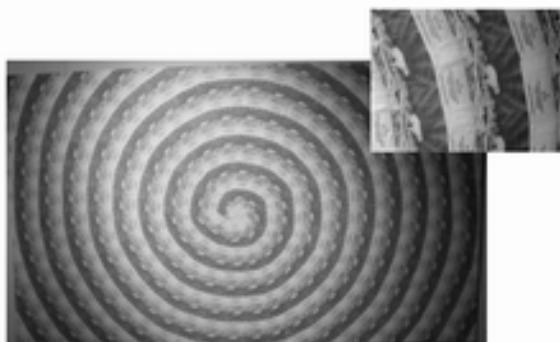
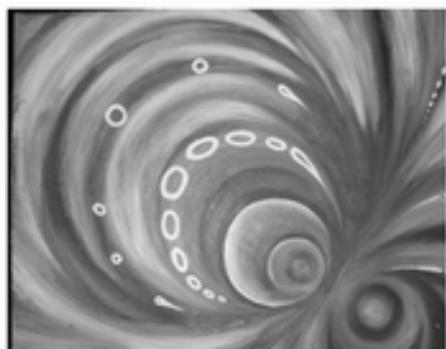
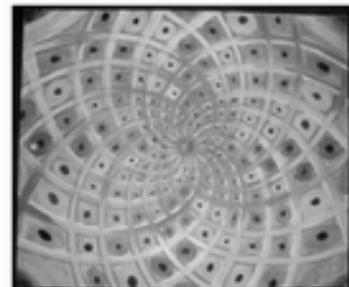
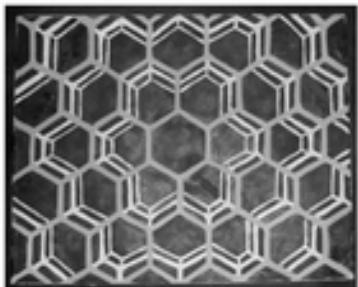
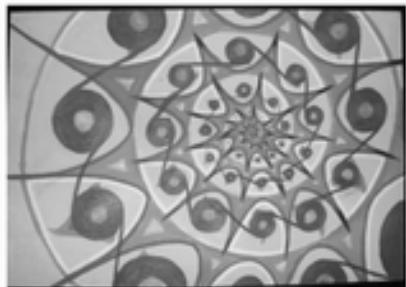


Рисунок 6. Экспозиция произведений современного искусства. Галереи «Эрарта» и Выставка-Акция «21 грамм» в Арт-холле «Poligraf», Санкт-Петербург, январь 2011 г.



Рисунок 7. Фреска «Зебра» на стенах вестибюля выставки-акции «21 грамм» в Арт-холле «Poligraf», Санкт-Петербург, январь 2011 г.

деробах, вестибюлях и кафе на стенах были размещены фрески с явными признаками монохромии (рисунок 7).

Второе исследование заключалось в анализе цифровой записи музыкальных произведений. Анализировалось две случайные выборки. В одну выборку вошли известные классические произведения с распространенного CD (DVD)-диска «Золотая классика» (17 произведений). В другую выборку вошли случайно отобранные эстрадные произведения современных авторов (27 произведений). Суть и цель исследования были аналогичны первому исследованию. Произведения обрабатывались в формате MP-3 цифровой записи, с дискретностью разрешения в 1/48 секунды с помощью специально разработанной компьютерной программы (рисунок 8).

В результате этого исследования удалось установить статистически обоснованную закономерность, которую иллюстрирует рисунок 9.

В группе произведений, обладающих оптимальными для формирования эйфории параметрами (это вычисляемый в программе индекс монотонии, находящийся в интервале от 2000 до 2100 единиц), оказалось 63,0% эстрадных произведений и всего

29,4%, т.е. в два раза меньше, классических произведений.

Полагаем, что после проведённого исследования становятся объяснимыми столь рельефные отличия в поведении зрителей во время концертов исполнителей различных музыкальных жанров (рисунок 10).

Подводя итог сказанному, следует заметить, что изложенные вопросы лежат за традиционными рамками гигиенических и психологических представлений, которые в настоящее время формируют теорию и практику здоровьесберегающих технологий в образовании [3].

В условиях растущих информационных нагрузок и снижения уровня здоровья школьников подобные аспекты рассмотрения обретают всё большую актуальность. Особенно важным является учёт настоящих закономерностей в условиях начальной школы, где учебный материал значительной частью подаётся не только в учебных текстах, но и в многочисленных рисунках или в иллюстрациях учебников и даже в фонограммах музыкальных произведений.

С учётом того, что в настоящее время всё большее количество школ оборудуется уголками, ком-

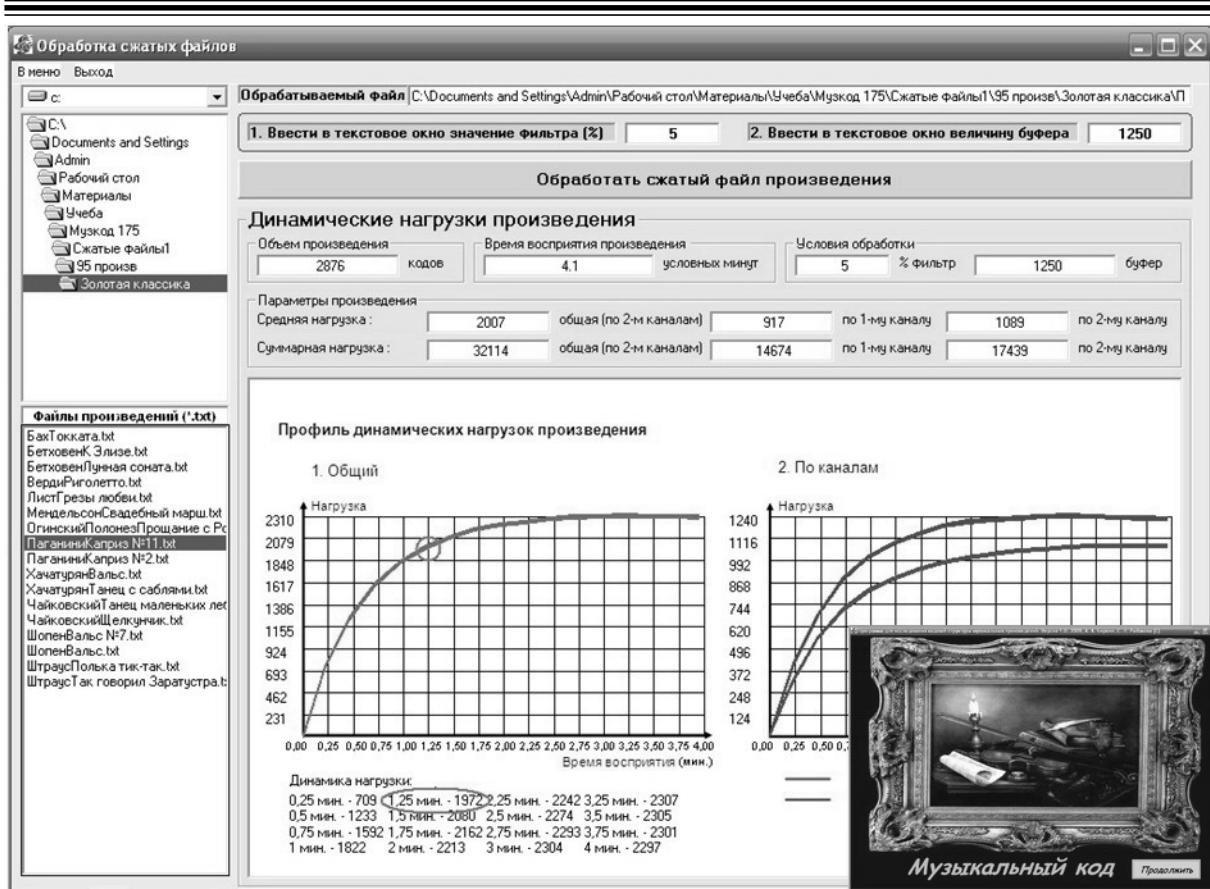


Рисунок 8. Компьютерная программа для обработки цифровых записей музыкальных произведений

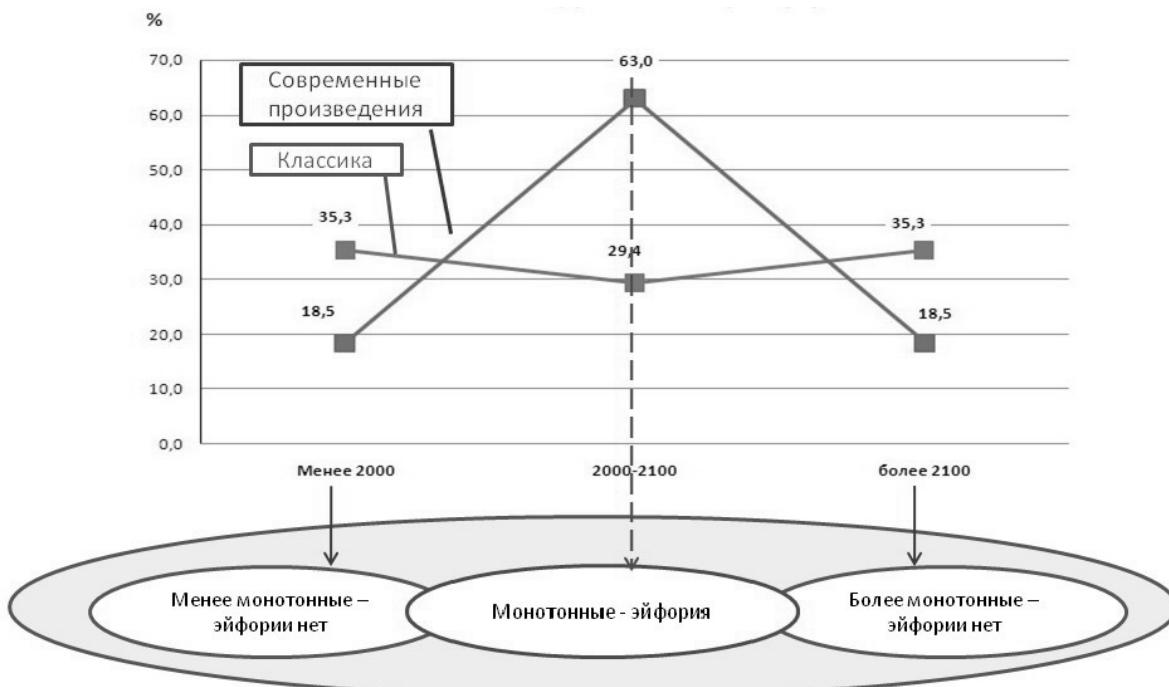


Рисунок 9. Результат компьютерной обработки цифровых записей музыкальных произведений



МозГ - «Компьютер»



МозГ - «Калькулятор»



Рисунок 10. Поведение аудитории при прослушивании различных жанров музыкальных произведений

натами или кабинетами психологической разгрузки учёт изложенных нами закономерностей является не менее важным как в интересах их оптимального оборудования, так и в целях рационального функционирования.

Использование настоящих закономерностей может оказаться весьма полезным психотерапевтам для оформления интерьеров соответствующих кабинетов, в разработке лечебных видеорядов или в практике музыкотерапии [4, 5].

Список использованной литературы:

1. Биркин А.А. *Код речи / Гиппократ.* – СПб.: 2007. – 407 с.
2. Биркин А.А. *Природа речи/Ликбез.* – М., 2009. – 384 с. + CD-диск с программами и демонстрационными текстами.
3. Биркин А.А., Звоников В.М., Зотова Т.В., Эсауленко И.А. *Физиология восприятия речи в аспекте психологической безопасности образовательного пространства.* / Вестник восстановительной медицины. – М., 2010. – № 2 (36) июнь. – С. 11-16.
4. Рыбакова С.Л. *Сигнальный градиент сознания, исследования и перспективы.* // Научные труды ГИУВ МО РФ. – 2008. – Том 8. – С. 114-116.
5. Рыбакова С.Л. *Изучение воздействия музыки на психосферу человека с помощью компьютерных технологий* // Научные труды ГИУВ МО РФ. – 2008. – Том 9. – С. 119-120.

РЕЗЮМЕ

АГРЕССИЯ У ЛИЦ С ПРИЗНАКАМИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ЗАВИСИМОСТИ: ГЕНДЕРНЫЙ И ВОЗРАСТНОЙ АСПЕКТЫ

Е.Б. Байкенов

В статье представлен сравнительный анализ показателей агрессии у лиц, не имеющих признаков компьютерной зависимости и лиц с признаками компьютерной зависимости. Кроме того, обсуждаются гендерный и возрастной аспект агрессии у лиц с признаками компьютерной зависимости.

Ключевые слова: компьютерная зависимость, агрессия, возрастные особенности, нравственная регуляция.

ОСОБЕННОСТИ ВРЕМЯПРЕПРОВОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ И МОЛОДЁЖИ С ПРИЗНАКАМИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ЗАВИСИМОСТИ: РЕЗУЛЬТАТЫ СРАВНИТЕЛЬНОГО АНАЛИЗА

Е.Б. Байкенов

В статье обсуждаются результаты сравнительного анализа объёма затрачиваемого времени на некоторые виды социальной деятельности детей и молодёжи, не имеющих риска вовлечения в компьютерную зависимость, и лиц данной возрастной категории, имеющих признаками компьютерной зависимости. Установлено, что лица, имеющие признаки компьютерной зависимости, больше затрачивают времени на общение в социальных сетях, меньше уделяют времени на общение со сверстниками и с семьёй в сравнении с лицами, не имеющими признаков компьютерной зависимости.

Ключевые слова: компьютерная зависимость, времяпрепровождение, социальная деятельность.

К ВОПРОСУ О ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ХИМИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ В ОРГАНИЗАЦИЯХ ОБРАЗОВАНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Л.А. Бикетова

В настоящей статье рассматривается оценка потребности в технологиях аддиктологической помощи лицам с игровой зависимостью.

Ключевые слова: игровая зависимость, патологический гемблинг, игромания.

ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ЛИЦ С ИГРОВОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Л. А. Бикетова

В данной статье рассматриваются вопросы лечения игровой зависимости в условиях наркологических клиник в Республике Казахстан.

**ИССЛЕДОВАНИЕ ОТНОШЕНИЯ К ИГРЕ У
ПОСЕТИТЕЛЕЙ БУКМЕКЕРСКИХ КОНТОР г. ПАВЛОДАРА
(предварительные результаты)**

М.В. Прилукская

В статье приведены предварительные результаты исследования, посвященного изучению системы отношения к игре у посетителей букмекерских контор, на примере города Павлодара. Отражены данные, характеризующие изменения в мотивационной сфере гемблеров в зависимости от различных рисков деструктивной игры. Выявлена прямая корреляция между нарушением критики и степенью вовлечения в патологический гемблинг.

«ИНСТРУМЕНТАРИЙ» И ТЕХНИЧЕСКИЕ ПРИЁМЫ ПСИХОТЕРАПИИ

А. Гингер, С. Гингер

Этот материал необходим начинающим психотерапевтам и психологам консультантам и важен для опытных профессионалов. Первые получат возможность эффективно начать свой путь в профессии. Тогда как вторые смогут обобщить свой опыт и по-новому взглянуть на свою работу. А это значит обнаружить в ней новые возможности и перспективы.

Ключевые слова: психотерапия, практика

**ЭЙФОРИЯ – СУБЪЕКТИВНЫЙ ЭКВИВАЛЕНТ СИГНАЛЬНОГО ГРАДИЕНТА СОЗНАНИЯ.
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ПОДТВЕРЖДЕНИЕ**

А.А. Биркин, С.Л. Рыбкова, И.А. Эсауленко

На примерах компьютерного анализа цифровых записей художественных и музыкальных произведений на доказательном уровне рассматривается механизм возникновения эйфории, в основе которого лежат представления о сигнальном градиенте сознания.

Ключевые слова: эйфория, сигнальный градиент сознания, современное искусство, музыкальные произведения, художественные произведения, цифровая запись, компьютерный анализ, школьное образование, интерьер психотерапевтических кабинетов, музыкотерапия.

SUMMARY

AGGRESSION IN PATIENTS WITH SIGNS OF COMPUTER ADDICTION: GENDER AND AGE ASPECTS

E.B. Baykenov

The comparative analysis of indicators of aggression at the persons which don't have signs of computer dependence and persons with signs of computer dependence is presented in article. Besides, are discussed gender and age aspect of aggression at persons with signs of computer dependence.

Keywords: computer dependence, aggression, age features, moral regulation.

FEATURES OF PASTIME OF CHILDREN AND YOUNG PEOPLE WITH SIGNS OF COMPUTER ADDICTION: RESULTS OF A COMPARATIVE ANALYSIS

E.B. Baykenov

The article discusses the results of a comparative analysis of the volume of time spent on certain types of social activities of children and young people who have no risk involvement in computer addiction, and persons in this age group, with signs of computer addiction. Found that persons with symptoms of computer addiction, spend more time on social networking, less take the time to communicate with peers and family in comparison with persons who have no signs of computer addiction.

Keywords: computer addiction, pastimes, social activities.

ON THE QUESTION OF PRIMARY PREVENTION OF CHEMICAL DEPENDENCY IN EDUCATIONAL INSTITUTIONS OF KAZAKHSTAN REPUBLIC

L.A. Biketova

In the present article the assessment of requirement for technologies of the addictological help to persons with game dependence is considered.

Keywords: game dependence, pathological gambling, game addiction.

PSYCHOSOCIAL REHABILITATION OF PEOPLE WITH GAMBLING

L.A. Biketova

This article discusses the treatment of game addiction in the conditions of narcological clinics in Kazakhstan Republic.

**STUDY OF ATTITUDES TO THE GAME AMONG
THE VISITORS OF BOOKMAKERS IN PAVLODAR
(preliminary results)**

M.V. Prilutskaya

Preliminary results of the research devoted to studying of system of the relation to game at visitors of bookmaker offices are given in article, on the example of Pavlodar city. The data characterizing changes in the motivational sphere of gambler depending on various risks of destructive game are reflected. Direct correlation between violation of criticism and extent of involvement in a pathological gambling is revealed.

«TOOLKIT» AND TECHNIQUES OF PSYCHOTHERAPY

A. Ginger, S. Ginger

This material is necessary for beginning psychotherapists and psychologists consultants and is important for skilled professionals. The first will have an opportunity effectively to begin the way to professions. Whereas the second will be able to generalize the experience and in a new way to look at the work. And it means to find in it new opportunities and prospects.

Keywords: psychotherapy, practice

**EUPHORIA – A SUBJECTIVE EQUIVALENT OF AN ALARM GRADIENT OF CONSCIOUSNESS.
EXPERIMENTAL CONFIRMATION**

A.A. Birkin, S.L. Rybkova, I.A. Esaulenko

On examples of the computer analysis of digital records art and pieces of music at evidential level the mechanism of emergence of cornerstone at the heart of which ideas of an alarm gradient of consciousness are considered.

Keywords: euphoria, alarm gradient of consciousness, modern art, pieces of music, works of art, digital record, computer analysis, school education, interior of psychotherapeutic offices, music therapy.