

Министерство спорта и туризма Республики Беларусь

Учреждение образования
«Белорусский государственный университет физической культуры»

ПРОФИЛАКТИКА АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ СТУДЕНТОВ

Методические рекомендации

Рекомендовано к изданию редакционно-издательским советом БГУФК

Минск
БГУФК
2020

УДК 316.624–053.7(072)

ББК 88.5ря73

П84

Составители:

*К. Э. Зборовский, С. А. Игумнов, Н. Г. Аринчина,
О. Е. Аниськова, Е. И. Забело*

Профилактика аддиктивного поведения студентов : метод.
П84 рекомендации / сост. : К. Э. Зборовский [и др.] ; Белорус. гос. ун-т
физ. культуры. – Минск : БГУФК, 2020. – 60 с.
ISBN 978-985-569-458-9.

Рекомендации разработаны с целью расширить представление о существующих в настоящее время аддикциях, угрожающих физическому и психическому здоровью современной молодежи и предложить ряд современных профилактических подходов.

Рассмотрены понятия «аддикция», причины и факторы, влияющие на возможность ее появления, симптомы. Кроме того, рассмотрены некоторые показатели распространенности аддикций в студенческой среде.

Рекомендации предназначены для профессорско-преподавательского состава, кураторов учебных групп, воспитателей общежития.

**УДК
ББК**

ISBN 978-985-569-458-9

© Зборовский К. Э. и др., составление, 2020
© Оформление. Учреждение образования «Белорусский государственный университет»,
2020

Содержание

Введение	4
Понятие и классификация аддикции	5
Причины возникновения и симптомы зависимости	8
Этапы формирования зависимости.....	9
Профилактика аддиктивного поведения молодежи.....	11
Первичная профилактика.....	12
Вторичная профилактика.....	13
Третичная профилактика	14
Основные стратегии профилактической работы.....	16
Формы профилактической работы	16
Результаты оценки склонности к аддиктивному поведению у студентов	20
Описание особенностей поведения, выявленных у студентов, имеющих признаки аддикций	23
Склонность к острым ощущениям.....	23
Склонность к аддикции физических упражнений (спортивной аддикции)	25
Склонность к любовной зависимости	28
Склонность к пищевой зависимости	31
Склонность к здоровому образу жизни.....	35
Алекситимия	38
Приложения: методики, способствующие выявлению склонности студентов к наиболее часто встречающимся зависимостям	40
Список использованных источников.....	59

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время одной из важнейших социальных, а также медицинских проблем в Республике Беларусь является распространение в молодежной среде различных форм аддиктивного поведения, в том числе химических зависимостей и не химических. Недовольство реальной жизнью и желание уйти от нее является одной из сложнейших проблем человеческой жизни. Однако формы и способы ухода чрезвычайно разнообразны и нередко носят патологический характер. Одной из таких форм является аддиктивное поведение, когда жизнь человека, его состояние и поведение начинают жестко зависеть от различных факторов (наркотиков, алкоголя, еды, работы, секса, азартных и компьютерных игр и др.). Зависимое (аддиктивное) поведение – это одна из форм отклоняющегося поведения личности, которая связана со злоупотреблением чем-то или кем-то в целях саморегуляции или адаптации. Степень тяжести аддиктивного поведения может быть различной – от практически нормального поведения до тяжелых форм биологической зависимости, сопровождающихся выраженной соматической и психической патологией. Зависимое поведение – это аутодеструктивное поведение, связанное с зависимостью от употребления какого-либо вещества (или от специфической активности) в целях изменения психического состояния. Субъективно оно переживается как невозможность жить без объекта аддикции, как непреодолимое влечение к нему. Такое поведение носит выраженный аутодеструктивный характер, поскольку неизбежно разрушает организм и личность. Зависимое поведение не всегда приводит к заболеванию или смерти (как может быть, например, в случаях алкоголизма или наркомании), но закономерно вызывает личностные изменения и социальную дезадаптацию. Наиболее остро проблема аддикции стоит в студенческом возрасте. Это период становления личности, однако в это время студенты являются группой риска по вероятности развития дезадаптации, отклонений в психическом здоровье, аддиктивного поведения. Причиной этих негативных проявлений, выбора аддиктивной стратегии поведения являются сложности в адаптации к проблемным жизненным ситуациям: сложные социально-экономические условия, большое количество разочарований, крушение идеалов, конфликты в семье, по месту учебы, на работе, резкое изменение привычных стереотипов. При этом достижение психологического и физического комфорта представляет большие сложности, а порой и вовсе невозможно. Особенности студентов с аддиктивным поведением являются: отсутствие дисциплинированности и авторитета в группе; отсутствие инициативы; проблемы в общении с ровесниками, преподавателями, кураторами групп и другими сотрудниками УВО; несформированность ценностного ядра личности; замена различных видов деятельности теми, которые связаны с имеющейся зависимостью.

ПОНЯТИЕ И КЛАССИФИКАЦИЯ АДДИКЦИИ

Аддикция (от англ. *addiction* – вредная привычка, зависимость) – это патологическое, навязчивое влечение к чему-либо. Объектами аддикции (аддиктивными агентами) могут быть вещества и виды активности, способные менять психическое состояние. Это влечение крепко захватывает человека, не дает управлять ему своей жизнью. Индивид становится беззащитным перед собственным увлечением. Волевые усилия заметно слабеют и лишают возможности противостоять аддикции.

Физическая (химическая) зависимость – это появление у зависимого лица крайне тягостных, болезненных, изматывающих ощущений при перерыве или пропуске приема привычной дозы вещества. При резком прекращении употребления определенных средств или прекращении совершения определенной деятельности, субъект испытывает крайне мучительные симптомы «ломки» – абстинентного состояния (синдрома отмены).

Психическая (психологическая, поведенческая) зависимость – потребность, ощущаемая на уровне психической деятельности, подразумевающая непреодолимую тягу субъекта достигнуть определенного состояния. Такая привязанность выражается в постоянных размышлениях субъекта о каком-либо веществе или действии, чувстве подавленности, угнетенности, раздражительности в отсутствие предмета зависимости, ухудшении настроения и приливе сил в предвкушении осуществления деяния.

Духовные аспекты зависимости. Человек – духовное существо и имеет определенные духовные потребности. Духовность – это не только вера в Бога или отношение к религии, духовность – это еще и система ценностей человека, на которую он ориентируется, совершая поступки. Система ценностей зависимого постепенно разрушается, родительские установки, опыт, полученный в период до появления зависимости, морально нравственные принципы и убеждения рассыпаются как карточный домик. Человек готов переступить через все свои ценности ради очередной дозы вещества или какого-либо действия. В результате длительного систематического проживания с зависимостью, зависимый отказывается от прежних жизненных ориентиров, на их смену приходят новые ценности, убеждения и принципы.

Социальные аспекты зависимости. Человек – существо социальное. Все мы неотрывно связаны с социумом. Социум – это наша семья, друзья, коллеги, соседи, общество в целом. В результате появления некоторых видов зависимости социальные связи зависимого человека неминуемо рвутся. Человек попадает в ситуацию одиночества. На каком-то этапе это даже выгодно зависимому, но это временная выгода, которая спустя определенное время перестает быть ценностью.

Различные формы аддиктивного поведения имеют тенденцию сочетаться или переходить друг в друга, что доказывает общность механизмов их

функционирования. Например, курильщик с многолетним стажем, отказавшись от сигарет, может испытывать постоянное желание есть. Человек, зависящий от героина, часто пытается поддержать ремиссию с помощью употребления более легких наркотиков или алкоголя.

Следовательно, несмотря на кажущиеся внешние различия, рассматриваемые формы поведения имеют принципиально схожие психологические механизмы. В связи с этим выделяют общие признаки зависимого поведения.

Прежде всего, зависимое поведение проявляется в ее устойчивом стремлении к изменению психофизического состояния. Данное влечение переживается человеком как импульсивно-категорическое, непреодолимое, ненасыщаемое. Внешне это может выглядеть как борьба с самим собой, а чаще – как утрата самоконтроля.

Аддиктивное поведение появляется не вдруг, оно представляет собой процесс формирования и развития аддикции (зависимости). Аддикция имеет начало (нередко безобидное), индивидуальное течение (с усилением зависимости) и исход. Мотивация поведения различна на различных стадиях развития.

Длительность и характер протекания стадий зависят от особенностей объекта (например, вида наркотического вещества или другого аддиктивного агента) и индивидуальных особенностей аддикта (например, возраста, социальных связей, интеллекта, способности к сублимации).

Еще одной характерной особенностью зависимого поведения является его цикличность. Фазы одного цикла:

- наличие внутренней способности к аддиктивному поведению;
- усиление напряжения;
- ожидание и активный поиск объекта аддикции;
- получение объекта и получение специфических переживаний;
- расслабление;
- фаза ремиссии (относительного покоя).

Далее циклы повторяются с индивидуальной частотой и выраженностью. Например, для одного аддикта цикл может продолжаться месяц, для другого – один день.

Зависимое поведение не обязательно приводит к заболеванию или смерти, но закономерно вызывает личностное изменение и социальную дезадаптацию.

Первостепенное значение имеет формирование аддиктивной установки – коллективных, эмоциональных и поведенческих особенностей, вызывающих аддиктивное отношение к жизни.

Аддиктивная установка: выражается в появлении сверхценного эмоционального отношения к объекту аддикции (например, в беспокойстве о том, чтобы всегда был постоянный запас сигарет, наркотиков). Мысли и разговоры об объекте начинают преобладать. Усиливается механизм рационализации – интеллектуального оправдания аддикции («все курят», «без алкоголя нельзя снять стресс», «кто пьет, того болезни не берут»). При этом формируется так называемое логическое мышление (в виде фантазий о собственном могуществе и всемогуществе наркотиков) и «мышления по желанию», вследствие чего снижается критичность

к негативным последствиям аддиктивного поведения и аддиктивному окружению («все нормально»; «я могу себя контролировать»; «все наркоманы – хорошие люди»). Параллельно развивается недоверие ко всем «другим», в том числе специалистам, пытающимся оказать аддикту медико-социальную помощь («они не могут меня понять, потому, что сами не знают, что это такое»).

Аддиктивная установка неизбежно приводит к тому, что объект зависимости становится целью существования, а употребление – образом жизни. Все остальное – прежние моральные ценности, интересы, отношения – перестает быть значимым. Желание «слиться» с объектом настолько доминирует, что человек способен преодолеть любые преграды на пути к нему, проявляя незаурядную изобретательность и упорство. Не удивительно, что ложь становится неизменным спутником зависимого поведения. Критичность к себе и к своему поведению существенно снижается, усиливается защитно-агрессивное поведение, нарастают признаки социальной дезадаптации.

Традиционно все виды аддикций делятся на **три большие группы**, в которых выделяются более мелкие подгруппы:

1. Химические: алкоголизм; наркомания; токсикомания (употребление химических препаратов); курение (табакокурение, пристрастие к кальяну).

2. Биохимические (пищевые): зависимость от переедания; зависимость от голодания.

3. Нехимические: игромания; компьютерная зависимость; телемания (от просмотра телевизора); мобильная зависимость; интернет-зависимость; шопоголизм; трудовоголизм; спортивная аддикция; аддикция отношений; эмоциональная аддикция; здоровое питание; фанатизм и т.д.

Виды аддикций различаются по объекту, их провоцирующему. Так, химические зависимости вызваны определенным веществом – спиртом, никотином и т. п. Биохимические – связаны с пищей. Нехимические вызваны какими-либо действиями с живыми и неживыми объектами. Часто эти несколько видов зависимостей перекликаются.

Главное – не форма зависимости, а личность аддикта.

ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И СИМПТОМЫ ЗАВИСИМОСТИ

Появление зависимости психологи связывают с несоответствием между требованиями к индивиду успевать и лидировать во всех отраслях и его неспособностью влиться в этот бешеный ритм современной жизни. Человек, который не умеет снимать напряжение волевыми усилиями, аутогенной тренировкой, йогой, прибегает к более понятным и легким способам. Некоторые начинают пить, другие – садятся за компьютер, чтобы подстрелить зомби, женщины чаще заедают свои проблемы или тратят деньги.

Закономерности развития зависимости однотипны в самых разных случаях: скрытый комплекс неполноценности, сочетающийся с внешне проявляемым превосходством, внешняя социабельность, сочетаемая со страхом перед стойкими эмоциональными контактами. И хотя на первый взгляд между алкоголиком и азартным игроком очень мало общего, существуют сходные *особенности личности*, влияющие на проявление аддиктивного поведения:

- стремление говорить неправду;
- стремление обвинять других, зная, что они не виновны;
- фиксация на себе и своих желаниях;
- неумение планировать будущее и грамотно распределять время;
- стремление уходить от ответственности и принятия решений;
- стереотипность, повторяемость поведения;
- высокая внушаемость – сиюминутный отзыв на приглашение, рекламу, подражание большинству;
- отрицание своих чувств – из-за прежних психологических травм гонят от себя эмоции, не анализируют их, не прорабатывают;
- максимализм – впадают в крайности: либо все прекрасно, либо очень плохо;
- высокая тревожность – люди беспокоятся по любому поводу, волнуются относительно будущего;
- сниженная переносимость трудностей повседневной жизни.

Генетики склоняются к тому, что при возникновении химических и биохимических зависимостей большую роль играет наследственность.

Психофизиологи настаивают на том, что в процессе аддикции играет немаловажную роль гормональный сбой в подростковом возрасте вследствие ряда психических факторов.

У аддитивной личности отмечается феномен «жажды острых ощущений» (В.А. Петровский), характеризующийся побуждением в риск, обусловленным опытом преодоления опасности.

По мнению Берна, у человека существует шесть видов голода: голод по сенсорной стимуляции; голод по признанию; голод по контакту и физическому

поглаживанию; сексуальный структурный голод или голод по структурированию времени; голод по инцидентам.

В рамках аддиктивного типа поведения каждый из перечисленных видов голода обостряется. Человек не находит удовлетворения чувству голода в реальной жизни и стремится снять дискомфорт и неудовлетворение реальностью, стимулирующей тех или иных видов деятельности. Для самих аддиктов, так и для их близких, важно понимать: аддикт никогда не сможет удовлетворить чувство голода. Вылечить аддикцию невозможно. Но можно научиться контролировать приближающийся «голод» и управлять своим состоянием.

Некоторые авторы выделяют *дополнительные факторы риска*, которые повышают вероятность возникновения аддиктивного поведения, однако самостоятельно не могут его вызвать: желание быть особенным, выделяться из серой массы обывателей; азартность, стремление к острым ощущениям; незрелость личности; низкая психологическая устойчивость или душевная незрелость; трудности с самоидентификацией и самовыражением; чувство одиночества, беззащитность; восприятие своих проблем как трудных; эмоциональная скудость.

Для каждого вида аддикции характерны свои специфические проявления, но есть также *общие диагностические показатели* того, что человек зависим. Прежде всего, поведение становится компульсивным, т. е. систематически повторяются некие поведенческие акты. Если лишить человека возможности такой деятельности, у него возникает обсессивный синдром (синдром навязчивости) – ломка (у химических аддиктов – физическая, у нехимических – психологическая). Человек предпринимает систематические попытки избавиться от зависимости самостоятельно, но опять в нее впадает. Возращение к предмету зависимости после перерыва носит эйфорический характер, человек теряет ориентацию во времени. Без получения желаемого возникают тяжелые расстройства, которые объединяются в «синдром отмены»: тяжелые болевые ощущения, упадок настроения, сердечно-сосудистые, желудочно-кишечные и другие расстройства. Включаются защитные реакции на критику окружающих, человек становится агрессивным. Сам он чаще отрицает зависимость, доказывает окружающим, что сможет остановиться, когда сам того захочет.

Этапы формирования зависимости

Выделяют 5 этапов формирования аддикции.

На 1-м этапе человек испытывает небывалый эмоциональный подъем, связанный с рискованным, азартным поведением или химическим воздействием.

На 2-м этапе человек прибегает к предмету аддикции в ситуациях напряжения, при этом межличностные отношения постепенно отходят на второй план, нарастает душевный дискомфорт, провоцирующий аддиктивное поведение.

На 3-м этапе аддиктивное поведение становится стереотипным ответом на требования реальности, аддитивные потребности доминируют в мотивационной сфере личности; человек не реагирует ни на критику его поведения, ни на проблемы близких людей.

На 4-м этапе аддикт полностью отчуждается от общества и своей прежней личности, окружающие воспринимают его как «конченого» человека, он теряет даже способность манипулировать людьми.

5-й этап является катастрофой: разрушается не только психика, но и организм; происходит истощение всех жизненных ресурсов. К такому же исходу приводят и нехимические аддикции – из-за духовного опустошения и постоянного стресса.

РЕПОЗИТОРИЙ БГУФК

ПРОФИЛАКТИКА АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ МОЛОДЕЖИ

Важную роль играет профилактика аддиктивного поведения. Она включает следующие меры:

1. Осознание последствий поведения.
2. У человека, склонного к аддикции, должны быть родные и друзья, которые смогут прийти на помощь и поддержать в любых ситуациях.
3. Развитие навыков общения, взаимодействия с людьми.
4. Нужно изменить отношение к себе и к окружающему миру. Прежде всего важно поверить в себя и в свои силы. Также необходимо понять, что даже из самой сложной ситуации можно найти выход, если постараться.
5. Следует научиться решать проблемы, а не уходить от них.
6. Важно развивать целеустремленность. Сначала можно ставить небольшие цели, затем постепенно усложнять их.
7. Крайне важно научиться расслабляться без каких-либо вспомогательных средств. Можно просто встретиться с друзьями, полежать или поспать, отправиться в путешествие.
8. Можно найти сферу деятельности, в которой склонный к аддикции человек смог бы развиваться и добиваться успехов.

Цель профилактики – формирование резистентных компонентов в характеристике личности студента, призванных создать естественные причины отвержения любых форм проявления аддиктивного поведения, а также создания социальной среды, препятствующей формированию аддиктивного поведения студентов.

Для профилактики используются следующие способы:

1. Диагностика – выявление личностных характеристик, которые дают возможность предполагать склонность к аддиктивному поведению. Беседы с людьми из группы риска помогают выявить имеющиеся проблемы в семье, внутренние переживания, низкую самооценку, способствующие в будущем развитию пристрастий. Согласно результатам отечественных и зарубежных исследований, существенной характеристикой лиц, склонных к аддиктивному поведению, является алекситимия, которая выражается в значительных затруднениях в области распознавания и выражения собственных чувств и эмоций, рефлексии, затруднении эмпатии, а также в нарушениях построения эмоционально стабильных отношений с окружающими, что может быть причиной употребления психоактивных веществ. Одним из надежных, адаптированных к отечественной популяции методов диагностики алекситимии, является Торонтская алекситимическая шкала (приложение 10).

2. Донесение информации. Крайне важно распространять среди молодежи как можно большее количество информации о вредных привычках, их

последствиях, методах противодействия стрессовым ситуациям, учить грамотному общению.

3. Коррекция. В данном случае работа психолога направлена на исправление сформировавшихся негативных взглядов, отношения к себе, формирование навыка адекватно справляться с трудными жизненными ситуациями.

В соответствии с классификацией ВОЗ профилактические мероприятия могут быть отнесены к первичному, вторичному или третичному уровню.

Первичная профилактика

Первичная профилактика – это комплекс мероприятий, направленных на население, которое еще не имеет проблемного поведения, связанного с зависимостями. Она является наиболее массовой, неспецифической, использует преимущественно педагогические, психологические и социальные инструменты воздействия. Ведущая цель первичной профилактики – предупреждение возникновения химических и ряда нехимических аддикций, формирование устойчивой ориентации и психологических установок населения на здоровый образ жизни.

Медико-психологические технологии первичной профилактики. Цель этого вида технологий – адаптация к требованиям социальной среды, формирование и развитие социальной и персональной компетентности, ресурсов личности, адаптивных стратегий поведения, высокофункционального жизненного стиля. Их осуществлением могут заниматься специально обученные специалисты в области профилактики на основе знаний и умений, связанных с медико-психологическими формами работы с населением (психотренинговая работа).

Социальные и педагогические технологии первичной профилактики. Задачи данных технологий:

1. Предоставление объективной информации о психоактивных веществах или других аддиктивных агентах, их действии на психику и организм человека, последствиях употребления, а также о возможной помощи при возникновении проблем, связанных с ними.

2. Мотивация на здоровый образ жизни.

3. Создание сетей социальной поддержки.

Указанных задач можно достичь с помощью системного обучения детей и подростков, родителей, специалистов и волонтеров, которые в дальнейшем смогут работать с населением. Кроме того, очевидна необходимость повышения уровня знаний руководителей и работников здравоохранения и образования, средств массовой информации, политических и государственных деятелей. К социальным и педагогическим технологиям также относятся:

- альтернативные программы проведения досуга молодежью и другие формы молодежной активности;

- создание социально-поддерживающих систем (общественных и государственных);

- мотивационные акции, направленные на формирование здорового образа жизни и прекращение наркотизации;

- создание института социальных работников и волонтерства.

Вторичная профилактика

Вторичная профилактика – это комплекс мероприятий, направленных на реабилитацию и социальную адаптацию лиц, имеющих незначительный опыт аддиктивного поведения. Особая целевая группа на данном уровне – подростки, состоящие на учете в подразделениях по делам несовершеннолетних, в комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав, на профилактическом учете в наркологических учреждениях. Основная цель вторичной профилактики – психолого-педагогическая и социальная коррекция поведения подростка, для его позитивной социализации и недопущения дальнейшего втягивания в алкоголизацию, наркотизацию, другие виды аддикций и связанные с ними противоправные действия.

Медико-психологические и психотерапевтические технологии вторичной профилактики. Задачи данных технологий:

1. Осознание и преодоление барьеров (когнитивных, эмоциональных и поведенческих), препятствующих пониманию необходимости изменения форм собственного поведения.

Эмоциональные барьеры проявляются в том, что зависимые подростки обычно не умеют осознавать свои эмоциональные проявления, поэтому для них достаточно сложной задачей является аффективное обучение (обучение способности проявлять и осознавать эмоции). Только после того, как человек сможет осознать свои истинные чувства, он приходит к мысли о том, что аддиктивное поведение мешает ему нормально жить, и может принять решение о необходимости изменения своего поведения в направлении продвижения к здоровью.

Когнитивные барьеры мешают адекватно осмысливать жизненные ситуации. В распоряжении подростков имеется целый арсенал когнитивных уловок, мифов, защитных механизмов, направленных на самообман, создание иллюзорно-компенсаторной субъективной действительности. Они начинают жить в не существующем в реальности мире, им кажется, что они могут контролировать ситуацию, управлять ею. На самом деле реальность другая – это формирующаяся или уже сформировавшаяся зависимость. Вот почему столь важен процесс преодоления когнитивных барьеров (обычно в результате многочисленных бесед и консультаций со специалистом), ибо он приводит к переосмыслению ситуации, к осознанию того, что выбранный путь ведет к заболеванию.

Поведенческие барьеры характеризуются тем, что после переосмысления ситуации человек становится способным иначе воспринимать свое поведение. Он приходит к осознанию факта, что используемые формы поведения разрушают его самого и жизнь окружающих людей.

2. Изменение нарушенных, дезадаптивных форм поведения. После того, как индивид преодолел эмоциональные и когнитивные барьеры, у него постепенно формируется мотивация на изменение своего эмоционального и когнитивного реагирования, форм своего поведения и собственной жизни.

3. Развитие здоровых, адаптивных форм поведения. Эту задачу можно осуществить при помощи психотерапевтических и психокоррекционных тренингов, направленных на развитие ресурсов личности и социальной среды, обучение навыкам проблемно-преодолевающего поведения, резистентности к негативному давлению среды и т. д.

Социальные технологии вторичной профилактики. Цель этих технологий – психосоциальная адаптация. Их осуществление происходит путем формирования и развития мотивации на выздоровление, на полный отказ от зависимости. Такая цель может решаться не только при помощи медицинских средств (психолого-психотерапевтических), но и посредством социальных технологий. К социальным технологиям относятся:

1. Воздействие социальной средой, подготовка и включение в работу психотерапевтической группы консультантов (из числа выздоравливающих больных). Бывшие зависимые могут наиболее успешно создать постоянно функционирующее мотивационное поле, ориентирующее членов группы на прекращение зависимости. Человеку, прекратившему аддиктивное поведение, необходимо постоянное формирование мотивации на изменение себя и своего взаимоотношения с социальной средой. В противном случае рецидив неизбежен.

2. Развитие и формирование навыков проблемно-преодолевающего поведения (через тренинговые занятия, организацию ситуаций социального взаимодействия, анализ собственного опыта преодоления субъективно значимых сложностей и т. п.).

3. Формирование социально-поддерживающего поведения и создание социально-поддерживающей среды (программы «12 шагов», группы «Анонимные алкоголики», «Анонимные наркоманы», «Анонимные игроманы» и др.).

Медико-биологические технологии вторичной профилактики. Цель этих технологий – нормализация нарушенного физического и психического развития, биохимического и физиологического функционирования организма.

Третичная профилактика

Третичная профилактика – это комплекс мероприятий, направленных на социальную адаптацию лиц, имеющих выраженные медицинские и социальные проблемы, связанные с потреблением психоактивных веществ или других аддиктивных агентов. Целевую группу данного уровня составляют лица, имеющие болезненную зависимость от этих веществ или от особенностей поведения:

- состоящие на диспансерном учете в наркологических учреждениях;
- вернувшиеся из исправительных учреждений закрытого и открытого типа;
- прошедшие курс лечения от алкоголизма, токсикомании, наркомании;
- склонные к совершению правонарушений и состоящие на учете в подразделениях по делам несовершеннолетних и комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав.

Основная цель третичной профилактики – поддержание состояния ремиссии и комплексная реабилитация.

Технологии третичной профилактики условно также можно подразделить на *медико-психологические* (психотерапевтические), *социально-педагогические* и *медико-биологические*. Главные задачи третичной профилактики – профилактика рецидивов (в основном реализуется специалистами-медиками) и психосоциальная адаптация (осуществляется психологами и социальными педагогами).

Для создания профилактических программ необходимо четко представлять **принципы**, по которым строится профилактическая активность:

- *принцип системности* предполагает разработку и проведение программных профилактических мероприятий на основе системного анализа актуальной социальной ситуации в стране;

- *принцип стратегической целостности* определяет единую стратегию профилактической деятельности, обуславливающую основные стратегические направления и конкретные мероприятия и акции. Подход к профилактике должен быть стратегически целостным;

- *принцип многоаспектности* предполагает сочетание различных аспектов профилактической деятельности – личностно-, поведенчески- и средо-центрированного. *Личностно-центрированный аспект* – это система воздействий, направленных на позитивное развитие ресурсов личности. *Поведенческий аспект* – это целенаправленное формирование у детей и взрослых прочных навыков и стратегий адаптивного поведения. *Средо-центрированный аспект* – это формирование систем социальной поддержки, т. е. системы социальных институтов, направленных на профилактическую и реабилитационную активность. Такая система может быть организована в отдельном округе, районе, городе, регионе и должна носить цельный характер;

- *принцип ситуационной адекватности* означает соответствие профилактических действий реальной социально-экономической, социально-психологической и наркологической ситуации в стране;

- *принцип динамичности* предполагает обеспечение непрерывности, целостности, динамичности, постоянства, развития и усовершенствования профилактической деятельности;

- *принцип солидарности* означает солидарное межведомственное взаимодействие между государственными и общественными структурами с использованием системы социальных заказов;

- *принцип легитимности* предполагает реализацию целевой профилактической деятельности на основе принятия ее идеологии и доверительной поддержки большинством населения. Профилактические действия не должны нарушать права человека;

- *принцип полимодальности и максимальной дифференциации* предполагает гибкое применение в профилактической деятельности различных подходов и методов, а не центрирование только на одном методе или подходе.

Основные стратегии профилактической работы

1. Профилактика, основанная на работе с группами риска в медицинских и медико-социальных учреждениях.
2. Профилактика, основанная на работе в учебном заведении, обучение здорового образу жизни в процессе обучения в высшем учебном заведении.
3. Профилактика, основанная на работе с семьей.
4. Профилактика в организованных общественных группах молодежи и на рабочих местах.
5. Профилактика с помощью средств массовой информации.
6. Профилактика, направленная на группы риска в неорганизованных коллективах (на территориях, улицах).
7. Систематическая подготовка специалистов в области профилактики.
8. Массовая мотивационная профилактическая активность.
9. Краткосрочные или долговременные профилактические акции среди различных групп населения, направленные на формирование мотивации продвижения к здоровью или изменение неадаптивных форм поведения на адаптивные.

Формы профилактической работы

Выделяются три основные группы форм профилактической работы: индивидуальные, групповые и массовые.

Индивидуальные формы включают консультирование, беседу, рассказ, которые проводятся один на один. Чаще используются с молодыми людьми, у которых продиагностирована склонность к аддиктивному поведению или которые уже имеют опыт использования психоактивных веществ. Как правило, такие формы реализуются педагогом-психологом в контексте педагогического сопровождения детей и молодых людей, имеющих проблемы в сфере социальной адаптации, и довольно редко включаются в специальные профилактические программы.

Основу профилактических программ составляют **групповые формы** работы (целевая аудитория представляет собой относительно целостную группу, численный состав которой варьируется от 6–7 до 25–30 человек), среди которых наиболее распространенными являются: беседа, дискуссия, лекция, тренинг. Групповые формы работы позволяют оптимально учитывать особенности целевой аудитории, используются в основном в процессе первичной профилактики, но иногда эффективны при работе с молодыми людьми, имеющими опыт зависимого поведения разного рода. Во втором случае группы должны формироваться особенно внимательно, чтобы были предотвращены возможности развития зависимого поведения среди участников программы.

К групповым формам работы относятся:

Беседа – это разговор между двумя или более собеседниками, в котором участники могут и должны принимать во внимание специфические особенности личности, мотивы и другие характеристики друг друга. Таким образом, общение носит во многом межличностный характер и предполагает разнообразные способы речевого и неречевого воздействия партнеров друг на друга. Данная

технология может быть эффективной только тогда, когда вопросы, определения, оценки прямо или косвенно приглашают собеседника высказывать свое отношение к изложенному мнению.

Профилактическая беседа – довольно сложная форма работы из-за своей спонтанности. Аудитория, с которой проводится беседа, должна быть настроена и готова к обмену мнениями по заявленной проблеме. Необходимо, безусловно, проводить подготовительную работу, стимулируя готовность группы к общению, но все равно то, как будут реагировать участники в ходе беседы на обсуждаемую тему, довольно сложно предсказать. Ведущий беседы должен быть человеком, обладающим новой и интересной для аудитории информацией о проблеме – специалистом, практиком, исследователем. За рубежом активно развивается опыт организации профилактических бесед с приглашением людей, успешно преодолевших зависимость и готовых поделиться своим опытом. Гость должен быть подготовлен к профилактической беседе так же, как и аудитория. Его следует проинформировать об ограничениях, которые возможны в отношении определенной возрастной группы. Ведущий беседы должен быть готов к преодолению пауз, пассивности, уметь в нужный момент «повернуть» беседу в другое русло, поставив вопрос или высказав предположение.

Дискуссия. Ее можно охарактеризовать как вид спора, в рамках которого рассматривается, исследуется, обсуждается какая-либо проблема с целью достижения взаимоприемлемого, а по возможности и общезначимого ее решения. Дискуссия как технология представляет собой последовательную серию высказываний ее участников относительно одного и того же вопроса, что обеспечивает необходимую связанность обсуждения. Дискуссия предполагает четко поставленную цель, грамотно подобранную систему средств для более эффективного воздействия на участников.

Дискуссия в профилактических целях, как правило, используется для того, чтобы косвенным путем преодолеть у участников какое-либо неверное убеждение, мнение, мифы в сфере аддиктивного поведения. Ее достоинством является то, что контраргументы молодой человек слышит не от взрослого человека, которого он может воспринять негативно, а от сверстников – друзей, приятелей, знакомых.

Результат дискуссии должен выражаться в более или менее объективном суждении, поддерживаемом всеми участниками дискуссии или большинством. Таким образом, в дискуссии выявляется более четкая и ясная формулировка решения проблемы, снимается, устраняется до известного предела момент субъективности: убеждение одного человека или группы людей соотносится с другими и тем самым объективируются, обретая определенную обоснованность.

Лекция – устное изложение информации, объединенной какой-либо общей темой. Лекция позволяет слушателям получить информацию о какой-либо проблеме или ряде проблем в процессе непосредственного взаимодействия со специалистом.

Лекция как доминирующая форма используется в проблемно-ориентированном подходе к профилактике аддиктивного поведения. Объем прочно усвоенной информации после окончания лекции невелик, кроме того, на настоящий момент можно говорить об устойчивом негативном стереотипе отношения к лекции у молодых людей. Именно за это лекция как форма профилактической работы часто подвергается критике. Однако у нее есть несколько важных достоинств. В ходе лекции системно, логично и научно излагается большой объем информации. С помощью лекции можно охватить большой объем аудитории, тогда как другие формы рассчитаны на группы максимальным количеством 20–25 человек. Лекция прогнозируема и менее сложна в подготовке, чем другие формы профилактической деятельности.

Профилактический тренинг основывается на понимании того, что возникновение определенных форм поведения человека, в том числе и аддиктивных, является результатом адаптации его к проблемным и стрессовым ситуациям, возникающим постоянно в процессе жизни. Из-за неспособности решения проблем у человека возникает ощущение собственной безуспешности, беспомощности, неудовлетворенности собой. В результате этого он начинает искать способы ухода от возникших трудностей, использует психоактивные вещества, алкоголь, наркотики, реализует зависимые формы социального поведения и т. п. Они приносят временное облегчение, но дальнейшее развитие этой стратегии избегания формирует дезадаптивные формы поведения и зависимость.

Цель профилактического тренинга – создание условий для преодоления сложившихся деструктивных моделей поведения у молодого человека и формирование опыта активного преодоления трудностей на основе мобилизации собственных ресурсов и потенциалов окружающей его среды.

Тренинг может быть разработан для решения конкретной задачи. Например, наиболее известный тренинг в этой сфере «Скажи НЕТ!» нацелен на формирование навыков противостояния негативному давлению среды. Иногда серия тренинговых занятий объединяет несколько значимых целей.

Отличительной особенностью тренинга является доминирование активных субъектно-ориентированных форм работы – упражнений. Довольно часто профилактические тренинги обогащают информационными блоками, однако важно, чтобы лекционные части не вытеснили самой сути тренинговой встречи – практического упражнения как инструмента самопознания, приобретения опыта и личностного роста.

Наиболее распространены серии тренинговых занятий, включающие 5–7 встреч по 1–1,5 ч. Состав группы – в среднем 12–15 человек. В процессе работы участники группы часто погружаются в позицию другого человека – ребенка, подростка, взрослого – и на собственном опыте проживают чувства и проблемы

других людей. В ходе тренинга ведущий актуализирует возможности участников в понимании себя и окружающих, мотивирует их на личностный рост и продолжение дальнейшей работы над собой и поддержку окружающих, обучает навыкам формирования здорового жизненного стиля, препятствующего развитию различных форм аддиктивного поведения.

Кроме названных групповых форм профилактики, используются групповые просмотры фильмов, игры, круглые столы, полемику и др.

Массовые формы профилактики реализуются в отношении больших групп молодых людей – от 40–50 участников. Они используются только для первичной профилактики и характеризуются значительно меньшей адресностью. Среди участников могут быть молодые люди с разным отношением к зависимому поведению и опытом аддикций. Их цель – формировать общий негативный фон восприятия алкогольной, наркотической зависимости, табакокурения. В отношении нехимических зависимостей они практически не используются. Среди массовых форм могут быть названы концерты, шоу-программы, спектакли, лотереи, спортивные состязания, конкурсы, дискотеки, выставки и другие акции. Как правило, профилактический характер этих форм работы выражается в пропагандистском сопровождении (лозунгах, девизах, слоганах) акций: например, рок-концерт «Звезды против наркотиков», спортивные соревнования «Мы выбираем жизнь» и т. д.

Завершающим этапом профилактической деятельности является комплексная оценка ее эффективности. В практике этим часто пренебрегают. Однако именно подведение итогов работы позволяет совершенствовать ее, отбирать эффективные формы, средства, приемы, исключая те элементы программы, которые не удались, были низко оценены аудиторией.

Оценка эффективности осуществляется в двух направлениях:

1. Получение обратной связи от участников программы. Для этого могут быть предложены мини-сочинения и эссе, формализованные опросы (анкетирование), групповое обсуждение опыта участия в программе, интервью и др.

2. Оценка экспертами эффективности программы. Для такой оценки могут быть созданы специальные оценочные листы, в которых заданы критерии и показатели эффективности, каждый из которых получает определенное количество баллов в соответствии с заданной шкалой.

Информация, полученная от участников и экспертов, анализируется и дополняется суждениями организаторов и ведущих программы. Итоговая оценка станет основой для развития профилактической деятельности.

Системная, комплексная, профессиональная организация профилактической работы с молодежью позволит улучшить уровень социального здоровья нашего общества, предотвратит развитие многих демографических, экономических, правовых проблем в ближайшем будущем.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ СКЛОННОСТИ К АДДИКТИВНОМУ ПОВЕДЕНИЮ У СТУДЕНТОВ

Склонность к аддиктивному поведению у студентов Белорусского государственного университета физической культуры (БГУФК) определялась в процессе выполнения проекта 2019 года «Разработать методические рекомендации по профилактике аддиктивного поведения студентов учреждения образования «Белорусский государственный университет физической культуры» (циклические виды спорта и сложно-технические)». В процессе выполнения проекта проводился скрининг аддиктивного поведения студентов, после чего осуществлялось более углубленное определение склонностей к различным видам зависимостей.

В процессе обследования была использована скрининговая методика определения склонности к зависимостям Г.В. Лозовой (приложение 1). Современная форма профилактики – скрининг (от англ. *screening*) – массовое обследование людей. Само слово переводится как «защита», «экранирование», «ограждение от неблагоприятного». Скрининговое обследование помогает избежать серьезных проблем со здоровьем, может помочь «поймать» переход от здоровья в нездоровье или начало развития болезни, после чего принять активные и эффективные меры по ее лечению и восстановлению. Результаты проведения скрининга представлены в таблице.

Таблица – Показатели выраженности склонности студентов БГУФК к зависимостям

Вид зависимости	Степень склонности к зависимостям, %		
	низкая	средняя	высокая
Алкогольная	74	26	–
Телевизионная	89	11	–
Любовная	15	56	29
Игровая	85	15	–
Сексуальная	70	30	–
Пищевая	15	78	7
Религиозная	67	29,5	3,5
Трудовая	48	52	–
Лекарственная	85	15	–
Компьютерная	78	18,5	3,5
Никотиновая	89	11	–
Зависимость от здорового образа жизни	26	55	19
Наркотическая	81	19	–
Спортивная	52	41	7
Зависимость от рискованного поведения	15	63	22
Общая склонность к зависимостям	41	55	4

Выявлено, что по уровню *общей склонности* студентов БГУФК к аддиктивному поведению 41 % имеет низкую склонность (5–11 баллов); 55 % имеют

среднюю склонность (12–18 баллов) и 4% имеют высокую склонность (19–25 баллов). Для большинства опрошенных студентов БГУФК была характерна повышенная (средняя) степень общей склонности к зависимостям.

Важно отметить, что применение подобной методики не дает основания четко выставить диагноз зависимости, однако позволяет получить общее представление о наличии склонностей к определенным аддикциям у студентов.

Было выявлено, что студенты БГУФК имеют склонности к ряду аддикций, причем выраженность этих склонностей различна в зависимости от спортивной специализации. В целом, общая интегральная склонность к зависимостям у студентов, завершивших спортивную карьеру и не тренирующихся в настоящее время, характеризовалась низким уровнем. У студентов, продолжающих тренировки и участие в соревнованиях общая склонность к зависимостям достигала среднего уровня. Рассмотрим особенности склонности к зависимостям с учетом выделенных групп.

Студенты, завершившие спортивную карьеру, имели следующие склонности (перечислены по мере снижения склонности): склонность к любовной зависимости, зависимость от здорового образа жизни, пищевая зависимость, склонность к зависимости от азарта.

Студенты, продолжающие спортивную карьеру и занимающиеся *сложнотехническими видами спорта*, имели максимально выраженный уровень склонностей: высокого уровня выраженности – склонность к азарту и среднего уровня выраженности – склонность к любовной зависимости, к пищевой зависимости, к игровой зависимости, к зависимости от физических упражнений, к сексуальной зависимости, к лекарственной зависимости, к зависимости от здорового образа жизни.

Сложнотехнические виды спорта в значительной степени связаны с применением технических средств (автогонки, бобслей, парашютный спорт, парусный спорт и многие другие). Уровень физических нагрузок у этих лиц может не достигать очень высоких значений, но нервное напряжение нередко находится на пределе человеческих возможностей, что требует повышенной психической устойчивости. Помимо этого, существует ряд смешанных видов спорта, где применяются различные виды многоборий, включающих перечисленные виды физической деятельности человека. Следует добавить, что у этого контингента возникает много проблем с восстановлением и поддержанием высокого интеллектуального уровня на соревнованиях.

Студенты, продолжающие спортивную карьеру и занимающиеся *циклическими видами спорта*, имели склонности среднего уровня: склонность к любовной зависимости, склонность к азарту, склонность к здоровому образу жизни, к пищевой зависимости.

Спортсмены, занимающиеся циклическими видами спорта с преимущественным проявлением выносливости (бег, плавание, лыжные гонки, конькобежный спорт, все виды гребли, велосипедный спорт и другие), когда одно и то же движение повторяется многократно, расходуют большое количество энергии, а физическую работу выполняют, с высокой и очень высокой интенсивностью.

Необходимо обратить внимание, что уровень склонности к химическим аддикциям во всех группах студентов находился на минимальном уровне.

Углубленное определение склонности студентов к аддиктивному поведению проводилось по следующим направлениям: табакокурение, алкогольная зависимость, пищевая зависимость, наркотическая зависимость, интернет-зависимость, зависимость от общения в социальных сетях, зависимость от общения по мобильному телефону, игровая компьютерная зависимость, гаджет-зависимость, любовная зависимость, сексуальная зависимость, зависимость от покупок (ониомания), зависимость от просмотра сериалов.

Важно отметить, что у большинства студентов отмечался слегка повышенный уровень алекситимии (более 62 баллов). Алекситимия имеет важные клинические последствия. Она связана с целым рядом распространенных соматических и психических расстройств, в этиопатогенезе которых, вероятно, играет роль недостаточная способность к модулированию эмоционального возбуждения посредством когнитивной переработки. Примерами таких расстройств служат функциональная патология желудочно-кишечного тракта, эссенциальная гипертензия, злоупотребление психоактивными веществами или другими видами аддикции, посттравматические стрессовые расстройства, расстройства приема пищи, а также склонность к соматизации.

Далее приведены методики, позволяющие оценить выраженность наиболее часто встречающихся зависимостей у студентов, а также особенности проявления этих зависимостей.

ОПИСАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ПОВЕДЕНИЯ, ВЫЯВЛЕННЫХ У СТУДЕНТОВ, ИМЕЮЩИХ ПРИЗНАКИ АДДИКЦИЙ

Склонность к острым ощущениям

Склонность к острым ощущениям, к азарту, к риску, адреналиномания – может стать зависимостью. Этим людей притягивает опасность: езда на предельной скорости, крутые горнолыжные спуски, прыжки с парашютом... Они всегда готовы на «подвиг». Специалисты считают, что склонность к экстриму – это своего рода зависимость: адреналиновые наркоманы не мыслят своей жизни без риска, и даже возможность тяжелой травмы их не останавливает. По мнению психотерапевтов, такой «экстремал – это психологически незрелая личность, кажется, что он так и остался подростком. Вероятнее всего, в его детстве имела место так называемая эмоциональная депривация: нехватка родительской любви, положительных эмоций в семье. Родители игнорировали потребности ребенка или вели себя с ним довольно холодно, протестовали против спонтанного выражения эмоций». С помощью своей зависимости экстремал пытается восполнить образовавшийся эмоциональный вакуум. Он получает яркие переживания, а особенно ценно для него состояние эйфории, наступающее уже после того, как в кровь выбросился адреналин. «Зависимость возникает не мгновенно: она формируется в результате некоторого количества повторений. Как у наркомана первый укол может не привести к непреодолимой тяге, так и у адреналинщика – сначала это просто увлечение. Более стойкая зависимость, на химическом уровне, возникает позже и формируется незаметно».

В ситуациях риска для здоровья или жизни мозг дает команду об опасности, и надпочечники начинают усиленно выбрасывать в кровь большую дозу адреналина. После действия адреналина наступает расслабление, и гипофиз вырабатывает большое количество эндорфинов – гормонов счастья.

Испытав такую эйфорию один раз, человек стремится ее повторить. Негативная сторона процесса в том, что через некоторое время неизбежно наступает спад. Человек становится вялым, депрессивным, испытывает нечто похожее на состояние похмелья. Круг замыкается. Теперь он хочет не только вновь испытать приятное состояние, но и избавиться себя от негативных последствий.

Опросник «Шкала поиска ощущений» был разработан М. Цукерманом в 1964 году и предназначен для оценки стремления индивида к стимуляции. Согласно его концепции поиск ощущений является устойчивой личностной характеристикой. Человек стремится поддерживать оптимальный уровень внешней стимуляции за счет увеличения или снижения ее интенсивности.

Есть личности, стремящиеся получать более высокий, по сравнению со средним, уровень стимуляции. Их отличает постоянное желание жить «на гребне

волны» или «ходить по лезвию ножа». Стремление таких личностей к новым ощущениям, связанным с изменениями, разнообразием и высокой интенсивностью стимуляции, находит свое отражение не только в их выраженной потребности приобретать новый опыт, но и в выборе необычных форм активности. Они характеризуются тенденцией к нестандартному, возбуждающему, рискованному поведению. С этих позиций они оценивают и других людей.

В 1975 г. М. Цукерман описал общий паттерн поведения, связанный со склонностью к поиску впечатлений, и определил его как «потребность в различных новых впечатлениях и переживаниях и стремление к физическому и социальному риску ради этих впечатлений» (Zuckerman, 1975, 1986). В настоящее время поиск ощущений определяется как элемент мотивационно-потребностной сферы, в понятие которого может входить: поиск опасностей и приключений; поиск переживаний; раскованность и восприимчивость к скуке. Поиск ощущений является личностной чертой, выражаемой на поведенческом уровне, это «генерализованная тенденция к поиску ранее неизведанных, разнообразных и интенсивных ощущений и переживаний и подверганию себя физическому риску ради такого чувственно-эмоционального опыта».

«Поиск ощущений» может проявляться в самых различных формах, и в обществе имеется определенный набор средств реагирования на потребности в острых и необычных переживаниях: через определенные виды деятельности, связанные с риском (спорт, служба в армии и органах правопорядка, экспедиции и т. п.) и в знаково-символической форме (при решении сложных задач, восприятии сложных произведений искусства, чтении захватывающей литературы и т. п.).

Само по себе стремление к получению новых ощущений не является отрицательной характеристикой. Оно стимулирует развитие творческого потенциала, заставляет человека активно работать. В конечном итоге, стремление к новым ощущениям становится источником личностного роста. Индивиды с ярко выраженным стремлением к стимуляции отличаются повышенной активностью. Кроме того, обнаружено, что эти личности характеризуются стремлением к лидерству в межличностных отношениях, творческой направленностью, отсутствием ригидности, они не боятся рисковать. По мнению психотерапевтов, неприципиально, каким образом человек себя стимулирует – наркотиками, алкоголем или опасными видами спорта. Результат один: постепенное вытеснение из сознания и жизни остальных важных ценностей – любви, профессиональной самореализации, дружбы и т. д.

Человек ищет в адреналиновом образе жизни те эмоции, которые он должен получать в процессе живого общения. Адреналиновая зависимость – это всегда замещение любви, общения.

Адреналиновая зависимость может носить антисоциальный характер – человек имеет склонность к правонарушениям: гоняет на автомобиле на полной скорости, совершает мелкие кражи (а может и крупные), провоцирует конфликты, драки, вступает в сомнительные компании, увлекается азартными играми, злоупотребляет алкоголем и т. п.

Адреналиновая зависимость может быть суицидального вида: человек выбирает экстремальные виды спорта, хобби, проявляет интерес к странным психологическим практикам (захоронение заживо – «похороны воина»), увлекается опасными играми (зацепинг, руфинг, скайуокинг и другие), выбирает потенциально опасные виды профессий, стремится в горячие точки, вступает в заведомо обреченные отношения и т. д.

В процессе выявления склонности к этому виду зависимости у студентов, целесообразно оценивать склонность к острым ощущениям (приложение 2) и применить методику «Самооценка склонности к экстремально-рискованному поведению» (приложение 3).

Склонность к аддикции физических упражнений (спортивной аддикции)

Учитывая спортивную специализацию БГУФК, целесообразно оценить склонность к аддикции физических упражнений – спортивной аддикции.

Важно отметить, что вопросы для выявления спортивной аддикции составлены таким образом, что позволяют выявить ее на основе основных критериев зависимостей.

В последние годы интерес исследователей вызывает особая форма аддиктивного поведения, которая относится к нехимическим формам зависимостей – зависимость от физических упражнений. Спортивная аддикция представляет собой состояние, при котором человек чрезмерно увлечен физическими упражнениями. Это состояние характеризуется компульсивным, навязчивым влечением человека к такому поведенческому паттерну, как спортивная деятельность. Она приводит, как и многие другие формы аддикции, к нарушениям функционирования человека в различных сферах его жизни: социальной, психической, поведенческой, физической.

Предупреждающие симптомы этой формы зависимости в процессе тренировочной деятельности включают: ощущения «чем больше, тем лучше» (больше повторений, больше тренируешься, больше интенсивности), хронические травмы, увеличение количества времени на деятельность связанную со спортом, нарушения межличностных отношений и сокращение других сфер жизни человека (работа, отдых, семья), продолжение такого образа жизни, несмотря на физические и психологические проблемы, которые были вызваны чрезмерными занятиями спортом.

В случае появления обстоятельств, которые не позволяют осуществить тренировку, особенно на протяжении нескольких дней, появляются тревога, раздражительность, бессонница, апатия, депрессия, паника, которые объединяются термином «синдром отмены». Люди с аддикцией к спорту часто имеют навязчивые мысли о занятиях физическими нагрузками и испытывают как психологические, так и физические симптомы отмены в том случае, если они лишены данного вида деятельности. Исследователи рассматривают этот процесс как внутреннюю мотивацию для занятия упражнениями.

Существуют несколько гипотез относительно причин и механизмов привыкания к физическим упражнениям. Одна из таких гипотез базируется на комплексном изменении содержания эндогенных опиоидов (эндорфинов), катехоламинов и активности дофаминовых структур. Обнаруженное увеличение уровня эндорфинов после физической нагрузки позволяет считать, что привыкание к этим гормонам и состояние «эйфории» после их выработки может быть причиной появления аддикции к спорту. Существует термогеническая гипотеза, которая подразумевает, что физические упражнения увеличивают температуру тела, которая, в свою очередь, снижает тонус мышц и соматическую тревогу. Также зависимость от физических упражнений может быть результатом повышенной выработки катехоламинов и постоянной активации симпатической нервной системы во время физических упражнений. И наконец, еще одной причиной может быть стимуляция дофаминергических структур мозга, которые участвуют в закреплении многих химических зависимостей.

Отдельный интерес вызывает «синдром отмены», который возникает после прекращения (депривации) регулярных физических нагрузок. Синдром отмены, по сути, – абстинентный синдром, характеризует состояние человека, которое возникает при прекращении приема вызывающих привыкание психоактивных препаратов или ограничения поведенческого стереотипа, который может принимать формы физиологического и/или психологические расстройства. Синдром отмены при депривации физических нагрузок включает следующие психологические симптомы: депрессия, тревожность, бессонница, психоэмоциональное напряжение, повышенная возбудимость, стресс, ангедония и идеаторная малопо-движность.

Согласно литературным данным, период депривации спортивный аддикт психологически воспринимает как состояние психоэмоционального напряжения и дискомфорта, которое постепенно перерастает в состояние стресса. Его организм не переходит в состояние расслабленности и отдыха, а продолжает сохранять готовность к спортивной деятельности. В результате, процессы восстановления не реализуются в полной мере, о чем свидетельствует отсутствие межсистемных корреляционных взаимодействий, что характерно для начальной фазы стресса. Возможно и другое объяснение изменению физиологических показателей в период депривации. Спортсмен-аддикт находится в постоянной готовности к выполнению спортивной нагрузки, не используя в полной мере периоды отдыха для восстановления физического состояния. Организм при этом сталкивается с необходимостью поддержания постоянной «боевой готовности», готовности к деятельности, что переносится не менее тяжело, чем даже однократный стресс. При слишком длительном пребывании в готовности к стрессу нагрузка становится чрезмерной, катаболические процессы начинают преобладать над анаболическими, и это ведет к истощению резервов организма.

Любой человек может страдать зависимостью от спорта. С каждым днем количество людей, которые занимаются спортом, только растет. Это может быть фитнес, посещение тренажерного зала или утренние пробежки. В стремлении к здоровому образу жизни нет ничего плохого. Однако нередко чрезмерные

тренировки вызывают зависимость от спорта. Это связано с тем, что личность стремится достичь высоких результатов за короткое время: мужчины стремятся нарастить мышечную массу, а девушки мечтают о потере лишних килограммов.

Главной причиной возникновения зависимости от спорта являются многочисленные комплексы. Спортивная аддикция появляется у тех, кто не может адекватно оценить состояние своего тела. Даже колоссальных изменений в лучшую сторону порой недостаточно для того, чтобы человек перестал проводить массу свободного времени, занимаясь фитнесом или тренируясь в зале. Еще одной причиной зависимости является бигорексия – стремление наращивать мышечную массу. Она возникает из-за того, что человек недоволен своим телом, болезненно воспринимает вопросы, связанные с внешностью, испытывает недовольство после и во время тренировок. Начиная заниматься тем или иным видом спорта, человек надеется на то, что после каждой тренировки он на огромный шаг будет приближаться к своей цели. Но это довольно продолжительный процесс. В результате этого возникает зависимость от физических упражнений. Такой атлет с каждым днем все больше времени проводит в спортивном зале, стараясь максимально приблизиться к совершенству.

Любой человек, у которого есть даже небольшая спортивная зависимость, обладает очень низкой самооценкой. Поэтому для них очень важен прогресс в спорте. Это помогает им повысить самооценку и самоутвердиться. Так, проблема возникает у неуверенных в себе людей, которые стараются компенсировать свои комплексы идеальным видом своего тела.

Целью занятий для обычных спортсменов является не просто усовершенствование тела, но и выполнение четко обозначенного плана: они по специальной программе выполняют упражнения, которые поддерживают их тело в тонусе и верно приближают к цели. У зависимых от спорта людей такого плана нет. При достижении одной цели они придумывают новую, более сложную, нанося вред организму. И так происходит постоянно.

Повышенное половое влечение тоже может стать причиной спортивной аддикции. Такие люди считают, что идеальное тело позволит им расположить к себе потенциального партнера.

Зависимость от физических упражнений – это проблема, избавиться от которой пациент самостоятельно не сможет. Не последнюю роль в этом процессе играют друзья и родственники этого человека. Близкие люди должны хотя бы два раза в неделю отвлекать человека от спорта. Они должны всегда помнить о том, что у зависимого всегда напряженный график, в котором обязательно есть интенсивная тренировка. Чтобы нарушить его планы, можно отвлекать его на не менее интересные, но нужные занятия. Это может быть работа по дому, встреча с друзьями, посещение мероприятий и т. д. В весеннее и летнее время года интенсивные тренировки можно заменить сплавом по реке или походом. На таких мероприятиях зависимый не устанет, но и не лишится полностью своей страсти. Для избавления от зависимости достаточно на протяжении месяца «мешать» пациенту и менять его планы, не давая слишком часто заниматься спортом. Если близкие добьются того, что человек будет ходить на тренировки не больше трех раз в

неделю, то зависимость постепенно бесследно исчезнет. Чтобы количество нагрузки не стало чрезмерным, нужно понимать, когда остановиться. Нагрузка чрезмерна, если присутствуют:

- снижение активности, быстрая утомляемость;
- нарушение координации;
- восстановление занимает много времени;
- учащенное сердцебиение по утрам;
- высокое кровяное давление в состоянии покоя;
- головная боль;
- потеря аппетита;
- мышечная боль;
- ослабление иммунной системы;
- увеличение числа травм опорно-двигательного аппарата;
- нарушение сна, бессонница.

Обычно физическая активность и спорт снимают стресс и улучшают здоровье. Однако чрезмерная тренировка имеет противоположный эффект. Люди должны сохранять равновесие в своей жизни и не впадать в крайности.

Последствия спортивной аддикции. Чрезмерные тренировки ускоряют старение, снижают защитные функции организма. Возникают проблемы с опорно-двигательным аппаратом (артриты, артрозы, стирание позвоночных дисков, изнашивание суставов). Происходят психологические изменения: повышенная раздражительность, резкие перепады настроения, возможны кратковременные приступы агрессии. Аддикция при чрезмерных нагрузках чревата сменой гормонального фона, у девушек возможны сбои менструального цикла, что может привести к бесплодию.

Для того, чтобы выявить признаки спортивной аддикции у студентов, можно применить «Тест на выявление зависимости от спорта» (приложение 4), а также «Тест недовольства своим телом, своим образом» (шкала самоотвращения, приложение 5).

Склонность к любовной зависимости

Любовь и любовная зависимость – это совершенно разные по своей сути чувства, которые многие воспринимают как единое целое. Подавляющее большинство людей уверены, что страдать от любви – это и есть «чувствовать любовь», а быть зависимым от любящего человека – это значит «по-настоящему его любить». Нужно четко осознавать, что любовная зависимость никаким образом не является тем светлым и вдохновляющим на жизнь чувством, которое мы называем прекрасным словом «Любовь».

Любовь – это жизнеутверждающее чувство, которое буквально «окрыляет» человека, позволяя ему расти как духовно, так и профессионально. Когда человек любит «здоровой» любовью он становится более успешным, удачливым, уверенным и спокойным, он дарит радость не только любимому человеку, но и

окружающим его людям дома и на работе. Человек уверен в себе, в своих силах, а главное знает – он любит, он любим.

Любовная зависимость (аддикция) – это болезнь, во время которой человек чувствует постоянный страх потерять любимого, стресс и отчаяние. Аддикцию можно сравнить с зависимостью от наркотиков, от алкоголя или игры на автоматах, приносящие огромные бесконечные страдания и мимолетные мгновения «счастья», однако человек готов к этим мучениям. Такой человек полностью погружен в жизнь любимого, он ни о чем не может думать кроме любимого, он начинает контролировать каждый его шаг, появляется ревность и желание приобрести любимого человека «в свою собственность».

В чем ее опасность? Любовная зависимость – это состояние, для которого характерна сильная и навязчивая потребность в другом человеке. Когда человек заикливается на важном для него субъекте с целью обрести себя, почувствовать себя за счет другого любимым, желанным, уверенным, нужным. И в результате такой привязанности теряет самоуважение, собственное «я» и даже здоровье.

Ц.П. Короленко и Н.В. Дмитриевой в 2000 г. были описаны признаки любовных аддикций:

1. Непропорционально много времени и внимания уделяется человеку, на которого направлена аддикция. Мысли о «любимом» доминируют в сознании, становясь сверхценной идеей. Процесс носит в себе черты навязчивости, сочетаясь с насильственностью, от которой чрезвычайно трудно освободиться.

2. Аддикт находится во власти переживания нереальных ожиданий в отношении другого человека, находящегося в системе этих отношений, без критики к своему состоянию.

3. Любовный аддикт забывает о себе, перестает заботиться о себе и думать о своих потребностях вне аддиктивных отношений. Это распространяется и на отношения к родным и близким. У аддикта имеются серьезные эмоциональные проблемы, в их центре страх, который он старается подавить. Страх часто находится на уровне подсознания. Страх, который присутствует на уровне сознания, – это страх быть покинутым. Своим поведением аддикт стремится избежать покинутости. Но на подсознательном уровне представлен страх интимности. Из-за этого аддикт не в состоянии перенести «здоровую» близость. Он боится оказаться в ситуации, где придется быть самим собой. Это приводит к тому, что подсознание ведет аддикта в ловушку, в которой он подсознательно выбирает себе партнера, который не может быть интимным. По-видимому, это связано с тем, что в детстве аддикт потерпел неудачу, пережил психическую травму при проявлении интимности к родителям.

Любовная аддикция характеризуется сверхценным отношением к значимому другому, ожиданием безусловного положительного отношения с его стороны, страхом покинутости, неосознанным страхом интимности и близости.

Главным критерием различия любви и зависимости является то, что последнюю отличает полное бессилие человека перед объектом зависимости, отсутствие контроля, защитная система отрицаний, а также прогрессирование зависимости.

Поскольку зависимый ни о чем другом, кроме «любимого», не может думать, полностью заиклен на нем, то у него ухудшаются дела на работе, финансовая ситуация.

Любовная зависимость – явление очень распространенное, и благодаря сложившимся социальным стереотипам люди очень часто принимают ее за «настоящую любовь». Этому способствуют и усвоенные с детства убеждения «любовь – это страдание», и высказывания родителей и родственников, и литература, на которой мы все выросли, воспевающая, в большинстве своем, именно любовную аддикцию. По данным зарубежных исследователей, переживания «страстной», «роковой» и «неразделенной» любви в той или иной мере знакомы 62–75 % взрослых людей. Несмотря на такую высокую распространенность любовных аддикций, они пока не стали объектом широких научных исследований.

Зависимые отношения характеризуются следующими признаками:

1. Отношения становятся невозможными без полной самоотдачи и растворения друг в друге.

2. Почувствовать себя по-настоящему счастливым можно тогда, когда другой проявляет заботу, ласку, любовь, теплоту и т. д.

3. В зависимых отношениях плохо, а без них еще хуже.

4. Близкие отношения предполагают определенную связанность с любимым человеком. В отношениях партнеры сонастроены с эмоциональным состоянием друг друга и привыкают к образу жизни. Но! Приспособление к привычкам другого естественно до тех пор, пока человек остается самим собой. И на самом деле, этому нужно учиться, чтобы избежать растворения личностных границ.

5. Зависимому в отношениях свойственна низкая самооценка и самоуничижающее поведение. Он всегда винит только себя за все происходящее в паре.

6. Зависимый излишне заботится о чувствах, мыслях, действиях, выборе другого, при этом не уделяет внимания собственным чувствам, желаниям, мечтам и судьбе.

7. Зависимые отношения всегда причиняют страдания, в них часто возникают конфликты, угрозы прекращения отношений, манипуляции, которые не доходят до реальных действий.

8. При отсутствии взаимности и реакции, а также физического отдаления партнера (командировка, отдых с друзьями), такие отношения вызывают депрессию, уныние, гнев, страх потери.

9. В таких отношениях другие люди, окружающие объект привязанности, воспринимаются как угроза, соперники.

10. Теряется интерес к иным отношениям (встречи с друзьями, задержка на работе с коллегами и др.), но при этом происходит полное погружение в зависимые отношения.

11. В таких отношениях теряется объективная оценка недостатков другого, и в случае на их указание следует агрессивная реакция защиты.

12. В зависимых отношениях теряется способность самостоятельно завершить тяготеющую связь, так как разрыв может принести боль утраты, а в случае личной инициативы – к сильному чувству вины и деструктивному поведению.

Эти признаки говорят о зависимых отношениях, которые, к сожалению, приносят лишь боль и страдания. Настоящая любовь, в первую очередь, дарит ощущение радости и счастья, а не грусти и уныния. Причем эти ощущения не зависят от того, где находятся партнеры: близко друг к другу или на расстоянии. Временная разлука не влияет на настроение и переносится легко.

Выявить наличие любовной зависимости можно при помощи теста на выявление любовной аддикции (по А.Ю. Егорову, приложение 6).

Склонность к пищевой зависимости

Прежде всего необходимо разграничить два понятия: «пищевая зависимость (аддикция)» и «расстройства пищевого поведения». К последним относятся нервная анорексия и булимия, которые имеют отличную от пищевой зависимости этиологию. Ибо это иные психопатологические явления нежели аддикции к еде.

Ключевое отличие пищевой аддикции от расстройств пищевого поведения заключается в том, что в ее основе, как и в основе формирования любой аддикции вообще, лежит принцип положительного эмоционального подкрепления (обусловливания), когда в результате своей деятельности (в данном случае переедания или голодания) человек испытывает физическое удовольствие и прилив положительных эмоций. Аддикт, страдающий пищевой зависимостью, не может самостоятельно перестать систематически переедать даже несмотря на очевидные для него и окружающих негативные последствия этого поведения.

Можно долго спорить, являются ли пищевые аддикции истинными зависимостями или нет, однако механизм формирования и симптоматика в том и в другом случае практически одинаковая, и отрицать это сложно. Ряд исследований показали, что продукты с высоким содержанием сахара, соли, жира, рафинированных углеводов и подсластителей могут вызывать привыкание, по тому же принципу, что и алкоголь — оказывая стимулирующее воздействие на центры удовольствия в мозге и провоцируя выделение «гормонов радости» (дофамин, серотонин, эндорфины и т. д.), вызывая сильное чувство удовольствия и удовлетворения.

Пищевые аддикты, как правило, едят быстро и лихорадочно, объедаясь до состояния физического дискомфорта. В некоторых случаях вместо разовых переяданий имеет место систематическое «перекусывание» в течении дня, но совокупное количество потребляемой пищи также существенно превосходит необходимую для нормального функционирования организма дневную норму. Пищевая зависимость может привести к ожирению, однако далеко не все, кто имеет избыточный вес или страдают ожирением, одновременно страдают и от пищевой зависимости.

Точно также как любая другая аддикция, пищевая зависимость может провоцировать тягу, формировать толерантность и вызывать синдром отмены. Например, исследования с использованием высокотехнологичных методов сканирования мозга, в ходе которых сравнивались реакции здорового человека и

пищевого аддикта на увиденный молочный коктейль, показали, что реакция зависимого была абсолютно аналогичной реакции алкоголика, которому показали запотевшую рюмку водки.

Кто может стать зависимым от еды? Люди систематически переедают и страдают от ожирения по многим причинам. Те, кто иногда употребляют алкоголь потому, что им нравится его вкус и воздействие, еще далеко не алкоголики, как и люди, эпизодически покуривающие марихуану, еще не наркоманы. Недавние исследования пытались определить, что отличает пищевого аддикта от того, кто переедает. Эти различия являются важными, ибо это напрямую связано с подходами к лечению пищевой зависимости.

Например, когда зависимость является основной причиной ожирения, традиционное лечение, состоящее из диеты, где большое значение имеет сила воли и личная ответственность человека, будет совершенно неэффективным. Поскольку пища стимулирует центр удовольствий в мозге, многие специалисты совершенно справедливо считают, что в этом случае должны быть применены те же подходы и методы, что и при лечении любой другой зависимости. Простое изменение образа жизни и формы питания, или даже шунтирование желудка будет иметь минимальный эффект, ибо причиной ожирения является пищевая аддикция.

Пищевая зависимость: признаки и симптомы. Прежде всего, это симптомы, характерные для любого вида зависимости, и именно их наличие отличает истинную пищевую зависимость от эпизодического переедания, обычной невоздержанности в питании. Большинство пищевых аддиктов отвечают уверенное «да» по всем приведенным ниже пунктам:

1. Толерантность. Человек нуждается в постоянном увеличении количества потребляемой пищи для достижения желаемого психологического эффекта или ощущения.

2. Отмена. Когда требуемая пища либо ее количество недоступно, то наступают физиологические и/или психологические симптомы абстиненции (стресс, озлобленность, депрессия). Человек любым способом пытается получить желаемое, не обращая внимание на последствия, чтобы снять симптомы абстиненции или облегчить их.

3. Незапланированное, спонтанное злоупотребление. Человек потребляет больше пищи, или принимает ее в течение более длительного периода времени, чем изначально предполагалось.

4. Настойчивые попытки самостоятельно решить проблему не удаются, несмотря на понимание всей тяжести ситуации.

5. Зацикленность на еде. Много времени тратится на приготовление пищи, на ритуалы, связанные с ее употреблением.

6. Сокращение или полный отказ от социальных, профессиональных или развлекательных мероприятий, и посвящение освободившегося времени занятиям, так или иначе связанным с едой.

7. Злоупотребление пищей продолжается, несмотря на постоянные или периодические физические и/или психологические проблемы с этим связанные и постоянно усугубляющиеся.

8. После случаев переедания возникает чувство вины или раскаяния в содеянном, себе и близким даются обещания не повторять подобное впредь.

9. Употребление пищи даже при полном отсутствии голода, либо использование ее для поднятия настроения, устранения симптомов подавленности, раздражительности, депрессии.

Большинство страдающих пищевой зависимостью людей не осознают этого, а врачи общего профиля подчас не обладают в достаточной мере специальными знаниями для распознавания у пациента этой проблемы. В результате человек может долгие годы безуспешно бороться с ожирением под руководством диетологов, пытаясь избавиться от симптомов, вместо того, чтобы устранять их причину – пищевую зависимость. В процессе такого лечения многие продолжают переедать, чтобы избежать психологического дискомфорта, вызванного различными диетами, которые приводят к синдрому отмены. Зачастую человек пытается съесть «совсем чуть-чуть того, что нельзя», но проблема в том, что даже небольшое количество может спровоцировать неконтролируемое переедание.

Причины возникновения пищевой зависимости. Как и у любой зависимости, у пищевой аддикции причин возникновения много, и невозможно выделить какую-то одну, главную из них.

Эмоции и стресс. Люди, которые становятся зависимыми от еды, могут есть, чтобы усилить положительные и уменьшить отрицательные эмоции. Например, вы можете съесть пиццу, чтобы «вознаградить себя» за достижения. Но вы также можете съесть пиццу и потому, что с вами случилось нечто плохое и вы морально пострадали, а значит нужно себя пожалеть. Это классическая схема формирования зависимости.

Химия мозга. Продукты, богатые содержанием жира и сахара, могут оказывать стимулирующее воздействие на центры удовольствия мозга совершенно аналогично наркотикам и алкоголю. Эксперименты, проведенные на крысах, показали, что животные, обученные самовведению инъекций героина и кокаина посредством соответствующего рычага, переставали его использовать, если им предлагался натуральный сахар. Таким образом было установлено, что крысы предпочитают удовольствие от потребления «натурального» сахара кайфу от наркотиков. Это исследование показывает, что сахар действительно может влиять на систему вознаграждения мозга даже сильнее, чем наркотики.

Генетика. Еще одной причиной развития у человека пищевой зависимости может быть генетическая предрасположенность к этому. Исследование, проведенное в 2002 году, показало, что женщины, которые росли в семьях, где кто-то из взрослых злоупотреблял алкоголем, имеют вероятность ожирения на 49 % выше по сравнению с другими. Хотя далеко не все, страдающие ожирением, также страдают от пищевой аддикции. Тем не менее этот факт говорит о том, что может существовать положительная корреляция между алкогольной зависимостью

родителей или родственников в детстве и формированием пищевой зависимости в зрелом возрасте.

Психологическая травма. По мнению ученых, что среди женщин с наибольшим количеством симптомов посттравматического стрессового расстройства распространенность пищевой зависимости более чем в два раза превышает среднестатистические показатели. Чем в более раннем возрасте была перенесена травма, тем больше вероятность развития аддикции. Это говорит о том, что женщины, которые в детстве пережили серьезную психотравмирующую ситуацию, имеют гораздо большую склонность к развитию пищевой зависимости по сравнению с другими.

Последствия пищевой зависимости. С течением времени пищевая зависимость может вызвать серьезные физические и психологические проблемы. Люди, страдающие от пищевой зависимости длительное время, постепенно учатся скрывать от близких свою проблему. Начинают прятать пищу, есть по ночам, одновременно страдая от депрессии и снижения самооценки. Это усугубляется тем, что большинство даже не понимают, что они зависимы от пищи, а просто считают себя слабохарактерными и недисциплинированными.

Среди наиболее быстро проявляющихся негативных физических последствий пищевой зависимости значатся: расстройство желудка, изжога, сильная тошнота, рвота. Все это знакомо тем, кто хоть раз в жизни серьезно переел. Но есть еще и психологические последствия, которые отмечают многие пищевые аддикты. Люди называют эти ощущения сильным эмоциональным потрясением, используя такие слова, как «стыдно», «виновен» и «противно». Попытки избавиться от этих негативных переживаний могут заставлять людей есть еще больше.

Самым главным и тяжелым долгосрочным последствием пищевой аддикции является ожирение. При постоянном переедании и употреблении в пищу продуктов, богатых сахаром, увеличение веса неминуемо. Для многих людей (особенно это касается женщин, которые наиболее подвержены пищевой зависимости по целому ряду причин) осознание собственной непривлекательности и физического несовершенства становится настоящей трагедией и душевным страданием.

Депрессия и пищевая зависимость. Исследования показывают, что существует прочная связь между пищевой зависимостью и отрицательным эмоциональным состоянием, включая депрессию и тревожность. Среди взрослых с пищевой аддикцией зафиксирована более высокая распространенность случаев большой депрессии, биполярного расстройства, тревожных расстройств и наркомании, чем у лиц без пищевой зависимости. Более высокие показатели депрессии имеют и лица, страдающие ожирением. Но наиболее тревожным фактором является связь между суицидальными мыслями и обжорством. Более половины больных пищевой зависимостью и страдающие приступами обжорства хотя бы раз задумывались о суициде. Это позволяет предположить, что эпизоды неконтролируемого переедания приводят к сильному эмоциональному потрясению.

Кроме психологических последствий, очень частыми спутниками ожирения и пищевой зависимости являются сахарный диабет второго типа, высокий

уровень холестерина, ишемическая болезнь сердца, высокое артериальное давление, апноэ во время сна, депрессия, артроз, проблемы репродуктивной системы, камни в желчном пузыре, инсульт. Если пищевую зависимость не лечить, то со временем она неизбежно будет прогрессировать.

Лечение пищевой зависимости. К сожалению, у избавления от зависимости нет простого решения. Не существует целебного средства, магических заклинаний и волшебной палочки. Если для некоторых достаточно просто научиться контролировать потребление определенных продуктов, то для других необходимо будет полностью от них отказаться навсегда, на всю жизнь. По-другому не получится. Если вы предполагаете у себя пищевую зависимость, то лучшим решением будет обратиться за профессиональной помощью.

Существует мнение, что избавиться от пищевой зависимости даже сложнее, чем, на пример, от алкогольной. Ведь алкоголик может исключить из рациона спиртные напитки. Тем самым себя обезопасить от возможного рецидива, а пищевой аддикт не в состоянии полностью воздерживаться от приема пищи. Это означает, что у них всегда будет существовать риск рецидива.

Комплексное лечение пищевой зависимости, как правило, сочетает в себе поведенческую терапию, консультации диетолога по вопросам питания, изменение пищевых привычек и социальную поддержку. Если пищевая зависимость является результатом эмоционального расстройства такого, как тревожность или депрессия, то в этом случае необходимо избавиться сначала от причин, где психологическая помощь может как минимум смягчить негативное пристрастие к еде.

Для выявления склонности к пищевой зависимости можно использовать опросник А.В. Солодовниковой (приложение 7).

Склонность к здоровому образу жизни

Здоровый образ жизни – комплексное понятие, включающее в себя множество составляющих. Сюда входят все сферы человеческого существования – начиная с питания и заканчивая эмоциональным настроением. Здоровый образ жизни – это способ жизнедеятельности, направленный на полное изменение прежних привычек, касающихся еды, режима физической активности и отдыха.

Актуальность здорового образа жизни обусловлена возрастанием и изменением характера нагрузок на человеческий организм в связи с увеличением рисков техногенного и экологического характера и усложнением социальной структуры. В текущей ситуации забота о здоровье и самочувствии индивидуума связана с выживанием и сохранением человека как вида.

Согласно официальному определению, здоровый образ жизни направлен на укрепление здоровья и предупреждение заболеваний. Сторонники здорового образа жизни как философско-социологического направления рассматривают данное понятие как составную часть общественной жизни. Имеются другие аспекты понятия здорового образа жизни – психолого-педагогический, медико-биологический, однако резкого разграничения между ними нет, поскольку все они решают одну задачу – укрепление здоровья индивидуума.

Медицинские специалисты считают, что здоровье на 50 % зависит именно от образа жизни, остальные факторы влияния распределяются следующим образом: окружающая среда – 20 %, генетическая база – 20 %, уровень здравоохранения – 10 %.

Здоровый образ жизни – предпосылка и необходимое условие для:

- полноценного развития самых разных сторон человеческой жизнедеятельности;
- достижения человеком активного долголетия;
- активного участия человека любого возраста в социальной, трудовой, семейной деятельности.

Интерес к данной теме возник сравнительно недавно (в 70-х годах XX века) и был связан с изменением образа жизни современного человека, увеличением продолжительности жизни, глобальным изменением среды обитания людей, возрастанием влияния экологических факторов на здоровье человека.

Современные люди стали вести менее подвижный образ жизни, употреблять большее количество пищи и иметь больше свободного времени. При этом скорость жизни существенно возросла, что увеличило количество стрессовых факторов. Медики отмечают, что число наследственных заболеваний с каждым годом увеличивается. В связи с этим весьма актуальным становится вопрос, как оставаться здоровым (духовно и физически) и при этом жить долго и активно.

Внимательно относиться к своему питанию и образу жизни – привычка хорошая, но при условии, что человек не впадает в крайности. Наверняка можно встретить людей, которые вычитывают на этикетках состав, тратят львиную долю времени на поиск органических продуктов, круглосуточно сидят в спортзалах, осуждая тех, кто не придерживается такого образа жизни. Все это – самое настоящее невротическое расстройство.

Доктор медицинских наук Стивен Брэтман для описания подобного феномена ввел термин «орторексия». Расшифровывается термин как пищевое расстройство, связанное с нездоровой одержимостью здоровым питанием.

Орторексик отличается от обычного любителя здорового образа жизни тем, что живет в постоянных крайностях:

- выбирает продукты не по вкусу, а только по полезности;
- тщательно избегает запрещенных продуктов, к которым относятся более пяти пунктов (сладкое, мучное, соленое, жирное, крахмало- и глютеносодержащее и др.);
- казнит себя за употребление чего-то из запрещенного перечня;
- постоянно меняет режим питания и диету;
- строго делит всех людей на «своих» (приверженцев правильного питания) и «чужих»;
- стремится к тотальному контролю своего питания и жизни;
- всю еду делит на две категории – полезная и яд;

Часто орторексия сопровождается зависимостью от ежедневных изнурительных тренировок – так называемым «синдромом спортсменки», «синдромом зависимости от физических упражнений». Это еще одна крайность здорового образа жизни.

У фанатов здорового образа жизни накапливается так называемый Wellness fatigue – усталость от борьбы за здоровье, состояние, которое не дарит людям ощущение благополучия и внутренней радости.

Ниже приведены признаки того, что ваш здоровый образ жизни уже не здоровый образ жизни:

1. Повышенный уровень тревожности и навязчивые страхи. Человек, который зависим от здорового образа жизни, не позволяет себе отступать от правил и очень боится, что что-то может пойти не так. За преступления в виде съеденного кусочка торта или пропуска тренировки обязательно наказывает себя и испытывает чувство вины.

2. Здоровый образ жизни – это главное в жизни. Фанат строит свой день так, чтобы работа или что-либо еще не мешали диете и тренировкам. Вместо встречи с друзьями он скорее прочтет очередную умную книгу по питанию или приготовит сверхсложное, но очень полезное блюдо.

3. Много времени тратится на здоровый образ жизни. Поскольку правильное питание и тренировки в приоритете, зависимый большую часть своего времени тратит на них. Он может часами искать правильные продукты или разрабатывать здоровый рацион. Или же выбрать один или несколько видов спорта и пытаться стать в нем чемпионом.

4. Сложная речь с медицинскими терминами по поводу и без. Близкие и друзья фаната здорового образа жизни замечают, что перевести разговор на какую-то другую тему, кроме «правильного» образа жизни, просто невозможно. А если попытаться возразить его доводам, есть шанс наткнуться на агрессию и новые аргументы.

5. Чувство превосходства над другими. Зависимый от здорового образа жизни искренне считает, что те, кто не в теме здорового образа жизни, не могут быть счастливыми. Поэтому он постоянно поучает, критикует всех, кто, по его мнению, живет «не так».

Как определить наличие орторексии у себя или близких? Существуют определенные признаки, обратив внимание на которые можно вовремя установить наличие этого расстройства. В поведении должны насторожить такие маркеры:

- жесткое ограничение набора продуктов, которые человек принимает в пищу. Зачастую орторексик следует какой-то системе питания. Например, веганству или сыроедению. Все продукты, которые не вписываются в эту схему, отмечаются как «зловредные» и их избегают как огня. Сюда же попадают сахар, соль, консерванты, алкоголь, глютен, кофеин, дрожжи, жиры;

- тщательное планирование меню на несколько дней вперед. При этом выбор компонентов для блюд основывается исключительно на их полезных качествах. И чаще всего это происходит в ущерб вкусу;

- многочасовые размышления и поиск данных о «правильном» питании. Но информация не всегда черпается с авторитетных источников. Это могут быть непроверенные заметки из интернета или даже собственные домыслы;

- продукты, отнесенные к разряду «вредных», вызывают искренний ужас. Вплоть до отказа притрагиваться к ним;

- попытки навязать свою точку зрения абсолютно всем окружающим. Вместе с этим орторексик всячески показывает свое превосходство в связи со строгим следованием правил. Он считает свое мнение единственно правильным и старается это всем доказать;

- определенные способы обработки продуктов. Возникает боязнь тех блюд, что были приготовлены по-другому. Из-за этого человек перестает посещать места общественного питания, ходить в гости, даже если это ухудшит отношения с близкими;

- долгие переживания если случилось отклонение от диеты. Может даже существовать строгое наказание за съеденное «незаконное» блюдо. А такое может случаться, так как суровое ограничение выбора продуктов рано или поздно приводит к срывам;

- в то же время чувство собственного достоинства возрастает при длительном соблюдении правил.

Опасности орторексии. Несмотря на то, что это расстройство пока не квалифицируется как болезнь, не стоит относиться легкомысленно к его проявлению. Ведь оно может повлечь за собой серьезные осложнения и даже риски для жизни. Орторексия чревата такими последствиями:

- ухудшение состояния здоровья из-за нехватки полезных компонентов, микроэлементов и витаминов. Исключенные продукты зачастую на самом деле несут не только вред, но и пользу в виде углеводов, жиров, белков, которые так необходимы для нормальной работы организма. Урон здоровью может быть нанесен настолько существенный, что может даже привести к летальному исходу;

- потеря веса. Даже если это и было изначальной целью, то этот процесс происходит неправильно и может только навредить здоровью. Возможно даже развитие анорексии и булимии;

- возникновение депрессии, угнетенного состояния. Это связано с тем, что человек живет в постоянных жестких рамках, которые сам себе установил. Еда не приносит радости, постоянные тревоги о способности придерживаться правил – все это может аукнуться психическим расстройством;

- сокращение круга общения, вынужденная замкнутость. Из-за того, что орторексик всех и всегда пытается обратить в свою религию, у него возникают проблемы с коммуникациями.

Своевременное обнаружение признаков и прохождение лечения у психолога и диетолога помогут восстановить душевные и физические силы. Выявить наличие проблемы можно с помощью простого теста на орторексическое пищевое расстройство и теста «Расстройства пищевого поведения, определяемого как «маниакально-навязчивая идея здорового питания» (приложения 8 и 9).

Алекситимия

Под алекситимией понимают сниженную способность к описанию своих эмоциональных состояний. Данное нарушение рассматривается рядом специалистов не как болезнь, а, скорее, как отдельная характеристика личности. Опасность алекситимии заключается в том, что она часто провоцирует психосоматические

заболевания, а также может быть симптомом серьезных психических расстройств, например аутизма или шизофрении. Люди с алекситимией как бы вычеркивают чувства из своей жизни, заменяя их размышлением. У них самым важным становится не прожить чувства, а понять что-то. На вопрос: «Что ты сейчас чувствуешь?», алекситимики часто отвечают: «Ничего не чувствую». Еще одной интересной особенностью является то, что алекситимики нередко путают эмоции с телесными ощущениями. Если их спросить, что они сейчас чувствуют, можно услышать в ответ «неудобно», «жмет», «давит», «тепло» и т. п.

Выделяют первичную и вторичную алекситимию. Первичная алекситимия объясняется дефектами развития мозга во внутриутробном развитии, последствиями родовой травмы, послеродовыми осложнениями и проявляется с раннего детства. Вторичная алекситимия развивается в результате психотравм, но чаще всего на фоне легких неврологических нарушений или минимальных мозговых дисфункций. Она может стать проявлением скрытой депрессии, повышенной тревожности, посттравматического стрессового расстройства. На развитие вторичной алекситимии определяющим образом влияет неправильное воспитание (отвергающее, противоречивое, гиперопека, гипоопека).

Алекситимия проявляется целым рядом особенностей характера, но признаки распространяются не только на эмоциональную сферу, но и на трудности в восприятии и словесном выражении собственных чувств. Это значит, что человек не лишен эмоций, он вполне способен ощущать весь их широкий спектр, но не в состоянии описать свои чувства. Этим объясняются также сложности в понимании эмоций других людей, склонность к одиночеству (обычно появляется у алекситимиков постепенно), ограниченная фантазия (неспособность к любой творческой деятельности, требующей проявления воображения), практически полное отсутствие ярких, сюжетных снов, хорошее логическое мышление без склонности к фантазированию, отрицание понятия интуиции.

Невыраженные чувства накапливаются в подсознании, также накапливаются и их телесные проявления. В итоге у людей нарушается соотношение гормонов в организме, развиваются психосоматические нарушения. Из-за подавляемых долгое время эмоций нередко развивается артериальная гипертензия, атеросклероз, ишемическая болезнь, колиты, гастриты, язвенная болезнь, бронхиальная астма, дерматиты различного происхождения, аллергические реакции, мигрени и прочие заболевания, нарушающие нормальную работу человеческого организма. Еще одним осложнением алекситимии может стать избыточный вес, так как неспособность выразить собственные чувства часто приводит к нерегулярному питанию. При этом лечение расстройства психики на фоне ожирения обычно представляет особую сложность для специалистов. Также подобное расстройство может стать причиной пристрастия человека к алкоголю или наркотическим веществам.

Для количественной оценки алекситимии чаще всего используется Торонтская шкала алекситимии (Toronto Alexithymia Scale), апробированная в институте им. В.М. Бехтерева (приложение 10). С помощью специального опросника можно определить уровень алекситимии.

ПРИЛОЖЕНИЯ:

методики, способствующие выявлению склонности студентов к наиболее часто встречающимся зависимостям

Приложение 1

Методика диагностики склонности к различным зависимостям^{1*}

Лозовая Г.В. Санкт Петербург. СПбГУФК им. П.Ф. Лесгафта.

Тест опросника содержит 80 вопросов, направленных на изучение склонности индивида к 15 видам зависимостей. Результаты диагностики являются ориентировочными и показывают общую склонность к той или иной зависимости, не являясь основанием для постановки того или иного диагноза.

Методика представляет собой анкету шкального типа с вариантами ответов: Нет – 1. Скорее нет – 2. Ни да, ни нет – 3. Скорее да – 4. Да – 5.

1. Время от времени мне очень хочется выпить, чтобы расслабиться.
2. В свое свободное время я чаще всего смотрю телевизор.
3. Я считаю, что одиночество – это самое страшное в жизни.
4. Я – человек азартный и люблю азартные игры.
5. Секс – это самое большое удовольствие в жизни.
6. Я довольно часто ем не от голода, а для получения удовольствия.
7. Я соблюдаю религиозные ритуалы.
8. Я все время думаю о работе, о том, как сделать ее лучше.
9. Я довольно часто принимаю лекарства.
10. Я провожу очень много времени за компьютером.
11. Не представляю свою жизнь без сигарет.
12. Я активно интересуюсь проблемами здоровья.

¹ Методика дополнена двумя шкалами: шкалой спортивной зависимости и шкалой зависимости от риска, экстрима.

13. Я пробовал наркотические вещества.
14. Мне тяжело бороться со своими привычками.
15. Иногда я не помню произошедшего во время опьянения.
16. Я могу долго щелкать пультом в поисках чего-нибудь интересного по телевизору.
17. Главное, чтобы любимый человек всегда был рядом.
18. Время от времени я посещаю игровые автоматы.
19. Я не думаю о сексе, только когда я сплю.
20. Я постоянно думаю о еде, представляю себе разные вкусы.
21. Я довольно активный член религиозной общины.
22. Я не умею отдыхать, чувствую себя плохо во время выходных.
23. Лекарства – самый простой способ улучшить самочувствие.
24. Компьютер – это реальная возможность жить полной жизнью.
25. Сигареты всегда со мной.
26. На поддержание здоровья не жалею ни сил, ни денег, ни времени.
27. Попробовать наркотик – это получить интересный жизненный урок.
28. Я считаю, что каждый человек от чего-то зависим.
29. Бывает, что я чуть-чуть перебираю, когда выпиваю.
30. Телевизор включен большее время моего пребывания дома.
31. Когда я не вместе с любимым человеком, я постоянно думаю о нем.
32. Игра дает самые острые ощущения в жизни.
33. Я готов идти на «случайные связи», ведь воздержание от секса для меня крайне тяжело.
34. Если кушанье очень вкусное, то я не удержусь от добавки.
35. Считаю, что религия – единственное что может спасти мир.
36. Близкие часто жалуются, что я постоянно работаю.
37. В моем доме много медицинских и подобных препаратов.
38. Иногда, сидя у компьютера, я забываю поесть или о каких-то делах.
39. Сигарета – это самый простой способ расслабиться.
40. Я читаю медицинские журналы и газеты, смотрю передачи о здоровье.
41. Наркотик дает самые сильные ощущения из всех возможных.
42. Привычка – вторая натура, и избавиться от нее глупо.
43. Алкоголь в нашей жизни – основное средство расслабления и повышения настроения.
44. Если сломался телевизор, то я не буду знать, чем себя развлечь вечером.
45. Быть покинутым любимым человеком – самое большое несчастье, которое может произойти.
46. Я понимаю азартных игроков, которые могут в одну ночь выиграть состояние, а в другую проиграть два.
47. Самое страшное – это получить физическое увечье, которое вызовет сексуальную неполноценность.
48. При походе в магазин не могу удержаться, чтобы не купить что-нибудь вкусненькое.
49. Самое главное в жизни – жить наполненной религиозной жизнью.

50. Мера ценности человека заключается в том, насколько он отдает себя работе.
51. Я довольно часто принимаю лекарства.
52. «Виртуальная реальность» более интересна чем обычная жизнь.
53. Я ежедневно курю.
54. Я стараюсь неотступно соблюдать правила здорового образа жизни.
55. Иногда я употребляю средства, считающиеся наркотическими.
56. Человек – существо слабое, нужно быть терпимым к его вредным привычкам.
57. Мне нравится выпить и повеселиться в веселой компании.
58. В наше время почти все можно узнать из телевизора.
59. Любить и быть любимым это главное в жизни.
60. Игра – это реальный шанс сорвать куш, выиграть много денег.
61. Секс – это лучшее времяпровождение.
62. Я очень люблю готовить и делаю это так часто, как могу.
63. Я часто посещаю религиозные заведения.
64. Я считаю, что человек должен работать на совесть, ведь деньги это не главное.
65. Когда я нервничаю, я предпочитаю принять успокоительное.
66. Если бы я мог, то все время занимался бы компьютером.
67. Я – курильщик со стажем.
68. Я беспокоюсь за здоровье близких, стараюсь привлечь их к здоровому образу жизни.
69. По интенсивности ощущений наркотик не может сравниться ни с чем.
70. Глупо пытаться показать свою силу воли и отказаться от различных радостей жизни.
71. Я чувствую постоянную потребность в увеличении нагрузок, которые не могу выдерживать, либо они не дают никакого прогресса.
72. Во время отдыха (если он вообще присутствует) я чувствую тревогу, раздражительность на себя за то, что не тренируюсь в это время.
73. Во время тренировки я чувствую, что не справляюсь с нагрузкой, но не в силах самостоятельно ее уменьшить.
74. С каждым разом я увеличиваю продолжительность тренировки и никогда не тренируюсь меньше обычного.
75. Я пренебрегаю важными делами (встречи, неотложные дела, домашние проблемы), чтобы ни в коем случае не отменить или отложить запланированную тренировку.
76. Мне бы больше хотелось жить на полную катушку и взять от жизни все возможное, чем иметь спокойное счастье.
77. Я предпочитаю людей эмоционально выразительных спокойным и «отрегулированным» людям.
78. Я не люблю однообразную деятельность – она меня усыпляет.
79. Я люблю ездить с большой скоростью, с ветерком – это меня возбуждает.
80. Мне нравится пробовать новые непривычные продукты, испытывать свои силы в экстремальных видах спорта.

Обработка: суммирование баллов по отдельным видам склонностей к зависимостям:

1. Алкогольная зависимость: 1, 15, 29, 43, 57.
2. Телевизионная зависимость: 2, 16, 30, 44, 58.
3. Любовная зависимость: 3, 17, 31, 45, 59.
4. Игровая зависимость: 4, 18, 32, 46, 60.
5. Сексуальная зависимость: 5, 19, 33, 47, 61.
6. Пищевая зависимость: 6, 20, 34, 48, 62.
7. Религиозная зависимость: 7, 21, 35, 49, 63.
8. Трудовая зависимость: 8, 22, 36, 50, 64.
9. Лекарственная зависимость: 9, 23, 37, 51, 65.
10. Компьютерная зависимость: 10, 24, 38, 52, 66.
11. Табачная зависимость: 11, 25, 39, 53, 67.
12. Зависимость от здорового образа жизни: 12, 26, 40, 54.
13. Наркотическая зависимость: 13, 27, 41, 55, 69.
14. Общая склонность к зависимостям: 14, 28, 42, 56, 70.
15. Спортивная зависимость: 71, 72, 73, 74, 75.
16. Зависимость от риска, экстрима: 76, 77, 78, 79, 80.

Условные нормы: 5–11 баллов – низкая, 12–18 средняя, 19–25 – высокая степень склонности к зависимостям.

ДИАГНОСТИКА ПОТРЕБНОСТИ В ОСТРЫХ ОЩУЩЕНИЯХ (М. Цукерман)

Используется для исследования уровня потребностей в ощущениях различного рода применительно к подросткам и взрослым людям.

Предлагается ряд утверждений, которые объединены в пары. Из каждой пары необходимо выбрать одно, которое наиболее характерно для вас, и отметить его.

Тестовый материал

1. а) я бы предпочел работу, требующую многочисленных разъездов, путешествий;
б) я бы предпочел работать на одном месте.
2. а) меня взбадривает свежий, прохладный день;
б) в прохладный день я не могу дождаться, когда попаду домой.
3. а) мне не нравятся все телесные запахи;
б) мне нравятся некоторые телесные запахи.
4. а) мне не хотелось бы попробовать какой-нибудь наркотик, который мог бы оказать на меня незнакомое воздействие;
б) я бы попробовал какой-нибудь из незнакомых наркотиков, вызывающих галлюцинации.
5. а) я бы предпочел жить в идеальном обществе, где каждый безопасен, надежен и счастлив;
б) я бы предпочел жить в неопределенные, смутные дни нашей истории.
6. а) я не могу вынести езду с человеком, который любит скорость;
б) иногда я люблю ездить на машине очень быстро, так как нахожу это возбуждающим.
7. а) если бы я был продавцом-коммивояжером, то предпочел бы твердый оклад, а не сдельную зарплату с риском заработать мало или ничего;
б) если бы я был продавцом-коммивояжером, то я бы предпочел работать сдельно, так как у меня была бы возможность заработать больше, чем сидя на окладе.
8. а) я не люблю спорить с людьми, чьи воззрения резко отличаются от моих, поскольку такие споры всегда неразрешимы;
б) я считаю, что люди, которые не согласны с моим воззрением, больше стимулируют, чем люди, которые согласны со мной.
9. а) большинство людей тратят в целом слишком много денег на страхование;
б) страхование – это то, без чего не может позволить себе обойтись ни один человек.

10. а) я бы не хотел оказаться загипнотизированным;
б) я бы хотел попробовать оказаться загипнотизированным.
11. а) наиболее важная цель в жизни – жить на полную катушку и взять от нее столько, сколько возможно;
б) наиболее важная цель в жизни – обрести спокойствие и счастье.
12. а) в холодную воду я вхожу постепенно, дав себе время привыкнуть к ней;
б) я люблю сразу нырнуть или прыгнуть в море либо холодный бассейн.
13. а) в большинстве видов современной музыки мне не нравятся беспорядочность и дисгармоничность;
б) я люблю слушать новые и необычные виды музыки.
14. а) худший социальный недостаток – быть грубым, невоспитанным человеком;
б) худший социальный недостаток – быть скучным человеком, занудой.
15. а) я предпочитаю эмоционально-выразительных людей, даже если они немного не уравновешены;
б) я больше предпочитаю людей спокойных, даже «отрегулированных».
16. а) у людей, едущих на мотоциклах, должно быть, есть какая-то неосознаваемая потребность причинить себе боль, вред;
б) мне бы понравилось водить мотоцикл или ездить на нем.

Ключи

1а, 2а, 3б, 4б, 5б, 6б, 7б, 8б, 9а, 10б, 11а, 12б, 13б, 14б, 15а, 16б.

Обработка и интерпретация результатов

Каждый ответ, совпавший с ключом, оценивается в один балл. Полученные баллы суммируются, а сумма совпадений является показателем уровня потребности в ощущениях.

От 11 до 16 баллов – высокий уровень потребности в ощущениях. Это означает наличие влечения, возможно бесконтрольного, к новым, «щекочущим нервы» впечатлениям, что часто может провоцировать испытуемого на участие в рискованных авантюрах и мероприятиях.

От 6 до 10 баллов – средний уровень потребности в ощущениях. Он свидетельствует об умении контролировать такие потребности, умеренности в их удовлетворении. Или, говоря иными словами, об открытости новому опыту, с одной стороны, и о сдержанности и рассудительности в необходимые моменты жизни – с другой.

От 0 до 5 баллов – низкий уровень потребностей в ощущениях. Это означает присутствие предусмотрительности и осторожности в ущерб получению новых впечатлений (и информации) от жизни. Испытуемый с таким показателем предпочитает стабильность и упорядоченность неизвестному и неожиданному в жизни.

«САМООЦЕНКА СКЛОННОСТИ К ЭКСТРЕМАЛЬНО-РИСКОВАННОМУ ПОВЕДЕНИЮ» (М. Цукерман)

Инструкция. Перед Вами утверждения, которые касаются разного рода поведенческих ориентации, связанных с потребностями в риске, новизне, экстремальности. Ваша задача – выбрать подходящий для Вас вариант ответа:

а) да, верно; б) нет, неверно; в) затрудняюсь ответить.

Отметьте свой выбор на бланке протокола крестиком в соответствующем квадрате. Избегайте промежуточных ответов, кроме тех случаев, когда по-другому ответить действительно невозможно.

Текст опросника:

1. В ситуации неясной обстановки я предпочитаю подождать, пока она прояснится, а не разведывать ее.
2. Я хотел бы уйти далеко в море на небольшом, но надежном морском судне.
3. В работе я предпочитаю игнорировать все, что прямо не относится к делу.
4. Меня привлекает путешествие по стране на попутных машинах.
5. Мне неинтересно смотреть один и тот же фильм повторно.
6. Я остерегаюсь еды, которую раньше не пробовал.
7. Мой девиз: «Умный в гору не пойдет, умный гору обойдет».
8. Я бы предпочел жить в такие периоды истории, которые насыщены переменами.
9. Мне неприятно видеть экстравагантные прически.
10. Мне бы хотелось прыгнуть с парашютом.
11. Мне не нравятся люди, которые лезут на рожон.
12. Я хотел бы покататься на спортивном мотоцикле.
13. Я бы стал учиться управлять дельтапланом.
14. Глупо стараться совершать безумные поступки только ради того, чтобы посмотреть, как на это прореагируют окружающие.
15. Мне утомительно смотреть любительские фильмы и слайды.
16. Люди, которые со мной не согласны, интересны мне меньше, чем единомышленники.
17. Я люблю заплывать далеко от берега.
18. Совершенно не представляю себя альпинистом.
19. При прочих равных условиях я действую по линии наименьшего сопротивления.

20. Мне нравится одеваться необычно.
21. Человеку надо время от времени менять работу, чтобы избежать застоя.
22. У меня хватает терпения общаться с нудными и скучными людьми.
23. В незнакомом городе я предпочитаю самостоятельно находить дорогу, а не пользоваться путеводителем.
24. Я избегаю друзей, поступки которых непредсказуемы.
25. Иногда мне хочется сделать что-нибудь пугающее.
26. Мне хотелось бы пожить жизнью бродячих цыган, странствующих артистов.
27. Я испытываю подъем сил, если при осуществлении какого-либо дела появляются серьезные препятствия.
28. Мне тяжело уживаться в коллективе с занудой.
29. Мне страшно нырять с высоты скалы.
30. Мне нравится подначивать людей к неразумному проявлению власти и депотизма.
31. Жаль тратить столько времени на сон.
32. Я берусь за трудные задачи, только если меня вынуждают к этому обстоятельства.
33. Я бы не решился попробовать препараты, вызывающие галлюцинации.
34. Даже подумать не могу о спуске на горных лыжах с высокой горы.
35. Я не люблю сочетания контрастных цветов и неправильных форм современной живописи.
36. Человек, действия которого предсказуемы, – зануда.
37. Я бы хотел понырять с аквалангом.
38. Мне очень нравится преодолевать трудности.
39. Правы те люди, которые выбирают непроторенные пути, чреватые возможной неудачей.
40. Мне нравится слушать новую и необычную музыку.

Обработка данных производится с помощью ключа к шкалам опросника. Каждый ответ, совпадающий с ключом, оценивается в 1 балл. В ключе отрицательные ответы обозначены знаком «-».

Шкалы	Номера ответов									
	2	10	12	13	17	-18	25	-29	-34	37
ПООР	2	10	12	13	17	-18	25	-29	-34	37
НО	5	-6	8	15	-16	21	22	28	31	36
ПНВ	4	-9	-14	20	-24	26	30	-33	-35	40
НСТ	-1	3	-7	-11	-19	23	27	-32	38	39

Примечание. Шкала ПООР – поиск острых ощущений; шкала НО – непереносимость однообразия; шкала ПНВ – поиск новых впечатлений; шкала НСТ – неадаптивное стремление к трудностям.

По каждой шкале диапазон баллов от 0 до 10. Уровни выраженности исследуемых шкал: 3,1 балла – низкий; 3,2–6,2 – средний; 6,3 балла и более – высокий.

ТЕСТ НА ВЫЯВЛЕНИЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ СПОРТА (GRIFFITHS, SZABO, TERRI, 2005)

Отметьте степень своего согласия с предложенными утверждениями, используя следующую шкалу:

«полностью не согласен» – 1 балл;

«не согласен» – 2 балла;

«сомневаюсь» – 3 балла;

«согласен» – 4 балла;

«полностью согласен» – 5 баллов.

1. Тренировка – это самое важное в моей жизни.
2. У меня возникают конфликты с близкими из-за количества моих тренировок.
3. Я использую тренировки, чтобы изменить настроение (например, испытать удовольствие или забыться).
4. Объем тренировок в последнее время увеличивается.
5. Если я вынужден пропустить тренировку, я испытываю уныние и раздражительность.
6. Если я сокращаю обычный объем тренировок и снова возобновляю прежний, то потом опять пытаюсь уменьшить количество тренировок.

Если набрано 24 и более баллов, можно предположить очень высокую вероятность спортивной аддикции.

ОПРОСНИК ШКАЛЫ ОТВРАЩЕНИЯ
Self-loathing sub scale (SLSS) questionnaire
(YATES ET AL., 1999, DRAEGER, YATES, CROWELL, 2005)

Отметьте степень своего согласия с предложенными утверждениями, используя следующую шкалу:

«полностью не согласен» – 1 балл;

«не согласен» – 2 балла;

«сомневаюсь» – 3 балла;

«согласен» – 4 балла;

«полностью согласен» – 5 баллов.

1. Мне не нравится мое тело до тренировки.
2. Я – активная личность.
3. Я не удовлетворен своими спортивными выступлениями.
4. Я лучше себя чувствую после тренировки.
5. Я ненавижу свое тело, когда оно не слушается меня.
6. Мои лучшие друзья – спортсмены.
7. Если я не достигаю поставленных целей, то ощущаю провал.
8. Я – хороший спортсмен.

Если набрано 16 и более баллов, можно предположить наличие аддикции упражнений.

ТЕСТ НА ВЫЯВЛЕНИЕ ЛЮБОВНОЙ АДДИКЦИИ (А.Ю. Егоров)

Отметьте номера утверждений, с которыми Вы согласны.

1. Вы человек, очень нуждающийся в романтических отношениях.
2. Вы очень быстро и довольно легко влюбляетесь.
3. Когда вы влюблены, то не можете прекратить мечтать, даже занимаясь серьезными вещами. Вы не способны себя контролировать.
4. Иногда, когда вы ищете отношений, вы снижаете свои требования и соглашаетесь на меньшее, нежели вы хотите или заслуживаете.
5. В отношениях вы склонны подавлять, «душить» своего партнера.
6. Иногда вы вступаете в отношения с человеком, который вам совершенно не подходит, в надежде, что он изменится.
7. Если вы вступили с кем-то в отношения, то не можете уйти.
8. Когда вам кто-то нравится, вы игнорируете все сигналы о том, что этот человек вам не подходит.
9. При выборе партнера самым важным для вас является первичная симпатия.
10. Когда вы влюблены, вы доверяете людям, которые не заслуживают доверия. В результате у вас из-за этого возникают сложности.
11. Когда отношения заканчиваются, вы чувствуете, что жизнь подошла к концу. Не менее двух раз вы подумывали о самоубийстве в связи с разрывом.
12. Чтобы сохранить отношения, вы брали на себя большую часть ответственности.
13. Единственная вещь, которая вас интересует, – это любовные отношения.
14. В некоторых ваших отношениях любили только вы.
15. Вы очень страдаете от одиночества, если не влюблены или не имеете отношений с кем-либо.
16. Вы не можете оставаться в одиночестве, собственное общество вас не устраивает.
17. Не менее двух раз вы вступали в отношения с совершенно неподходящим для вас человеком из-за страха остаться в одиночестве.
18. Вы приходите в ужас от мысли, что у вас может не быть партнера.
19. Вы чувствуете неудовлетворенность, если не находитесь в отношениях с кем-либо.
20. Вы не можете сказать «нет», если влюблены или партнер угрожает уйти от вас.
21. Вы очень стараетесь быть таким, каким вас хочет видеть партнер. Вы будете делать все, чтобы доставить партнеру удовольствие, если при этом придется принести в жертву свои желания, потребности или ценности.

22. Когда вы влюблены, то видите только то, что хотите видеть. Вы искажаете реальность, чтобы справиться с тревогой и подкрепить свои фантазии.
23. Вы готовы терпеть пренебрежение, страдать от депрессии, одиночества, лжи и даже зависимости только для того, чтобы избежать боли от расставания.
24. Не менее двух раз в жизни вы испытывали неразделенную любовь, и это было очень мучительно.
25. У вас было несколько романтических отношений одновременно, несмотря на то, что приходилось кого-то обманывать.
26. Вы продолжаете отношения и с жестокими людьми.
27. Мечты о ком-то, кого вы любите, даже если он или она недоступны, более важны для вас, чем обращение к реальности, поиск доступных партнеров.
28. Вы приходите в ужас от мысли, что вас могут бросить.
29. Вы добиваетесь любви людей, которые вас отвергли, и настойчиво пытаетесь изменить их мнение.
30. В состоянии влюбленности вы испытываете повышенное чувство собственности в отношении партнера и очень ревнивы.
31. Случалось, что из-за отношений с партнером вы пренебрегали интересами друзей или членов семьи.
32. В состоянии влюбленности вы крайне импульсивны.
33. Вами овладевает желание проверять своего партнера.
34. Случалось, что вы шпионили за человеком, которого любите.
35. Вы добиваетесь человека, которого любите, даже если он или она имеет другого партнера.
36. Если вы являетесь частью любовного треугольника, то верите, что «в любви и на войне все средства хороши». Вы не уходите.
37. Любовь – самая важная для вас вещь на земле.
38. Даже когда у вас нет отношений, вы постоянно фантазируете о любви: о ком-то, кого вы когда-то любили, или об идеальном партнере, который когда-нибудь может появиться в вашей жизни.
39. Насколько вы помните, вы всегда были озабочены, поглощены мыслями о любви и романтическими фантазиями.
40. Вы чувствуете беспомощность, когда влюблены, так, как будто находитесь в состоянии транса или под воздействием чар. Вы теряете свою способность принимать мудрые решения.

Интерпретация результатов

При согласии с 5–10 утверждениями можно подозревать любовную аддикцию, с 11 и более утверждениями – вероятность любовной аддикции очень высока.

«ЕСТЬ ЛИ У МЕНЯ ЗАВИСИМОСТЬ ОТ ПИЩИ»

Предлагается ответить на вопросы:

1. Вы можете сформулировать цель, к которой сейчас стремитесь? Вы испытываете ощущение жизненной «пустоты», бессмысленности, бесцельности?
2. Вас устраивает ваша сексуальная жизнь?
3. Вы способны определить, когда у вас пропадает чувство голода при еде и остановиться есть?
4. Вы всегда четко определяете причину плохого настроения, душевного дискомфорта?
5. Можно ли сказать, что после появления сытости жизнь приобретает для вас смысл?
6. Вы хотели бы, чтобы за вас нес ответственность кто-то другой, добрый, сильный и могущественный?
7. Бывает ли так, что вам «плохо без причины»?
8. Появляется ли у вас желание поесть, чтобы успокоиться, обрести равновесие?
9. Вы едите, чтобы снять напряжение, стресс?
10. Вы едите в качестве наказания, «подтверждения» своих недостатков, «себе назло», чтобы «быть еще хуже»?
11. Часто ли вы испытываете агрессию, гнев, который вынуждены скрывать?
12. Часто ли вы испытываете апатию, скуку, пустоту жизни?
13. Часто ли вам некому пожаловаться? Вам сложно избавиться от обиды? Вас часто обижают?
14. Бывает ли, что вы едите, просто потому, что «для этого есть время и возможность», «про запас»?
15. Бывает ли так, что вы едите только чтобы получить силы работать или восстановить силы после работы?
16. Бывает ли так, что вы едите из-за других людей (из чувства долга, чтобы доставить удовольствие, чтобы быть в обществе)?
17. Бывает ли так, что вы едите «назло», из чувства противоречия, когда пытаются влиять на мою внешность и питание?
18. Есть ли в вашей жизни что-то, кто-то, что вы не принимаете, от чего стремитесь убежать, чего хотите избежать, но пока не преуспели в этом?

Интерпретация результатов

Суммируйте ответы «Да» на 5–18 вопросы. Это число «А».

Затем суммируйте ответы «Да» на 1–4 вопросы. Это число «В».

Вычтите из «А» число «В» («А» – «В»). Чем больше получившаяся сумма, тем больше вероятность зависимости. С точки зрения автора Вы должны получить сумму не более 5 баллов (в идеале 0 баллов).

ПРОСТОЙ ТЕСТ НА ОРТОРЕКСИЧЕСКОЕ ПИЩЕВОЕ РАССТРОЙСТВО (опросник Стивена Брэтмена)

За каждый ответ «ДА» поставьте один балл.

1. Я провожу больше трех часов в день в размышлениях о здоровом питании (если больше четырех часов, поставьте 2 балла).
2. Меню на завтра я планирую уже сегодня.
3. Для меня гораздо важнее польза, которую приносит пища, чем удовольствие от нее.
4. Чем качественнее моя диета, тем однообразнее мой образ жизни.
5. Мои ограничения в питании с каждым днем все строже.
6. Я жертвую занятиями, которые мне раньше нравились, если они мешают мне правильно питаться.
7. Моя самооценка повышается, когда я ем здоровую пищу, я смотрю свысока на тех, кто этого не делает.
8. Меня мучают чувство вины и отвращение к себе, если я ем то, что доставляет мне удовольствие, но не соответствует правилам моей диеты.
9. Диета изолирует меня от окружающих, потому что я могу питаться только дома.
10. Когда я ем правильные продукты, я спокойна и чувствую, что у меня все под контролем.

Интерпретация результатов

Если вы набрали больше четырех баллов, у вас, вероятно, нервная орторексия.

ТЕСТ ORTO 15
(Institute of Food Sciences,
University of Rome “La Sapienza”)

Тест для диагностики Orthorexia nervosa – расстройства пищевого поведения, определяемого как «маниакально-навязчивая идея здорового питания».

№	Вопрос	Всегда	Часто	Иногда	Никогда
1	Думаете ли вы о калорийности пищи во время еды?				
2	Чувствуете ли вы замешательство, когда идете в продуктовый магазин?				
3	Беспокоят ли вас мысли о еде в последние три месяца?				
4	Обусловлен ли выбор пищи беспокойством о состоянии вашего здоровья?				
5	Является ли вкус пищи более важным, чем ее качество, когда вы оцениваете еду?				
6	Вы готовы потратить больше денег, чтобы есть здоровую пищу?				
7	Волнуют ли вас мысли о еде в течение более трех часов в день?				
8	Позволяете ли вы себе какие-нибудь нарушения в режиме питания (пищевые грехи)?				
9	Как вы думаете, ваше настроение влияет на пищевое поведение?				
10	Вы считаете, что убеждения есть только здоровую пищу повышает самооценку?				
11	Как вы думаете, употребление здоровой пищи повлияло на ваш образ жизни (частота питания, друзья, ...)?				
12	Вы думаете, что употребление здоровой пищи может улучшить ваш внешний вид?				
13	Чувствуете ли вы вину, при нарушениях в режиме питания (пищевые грехи)?				
14	Думаете ли вы, что в продаже есть еще и нездоровая пища?				

№	Вопрос	Всегда	Часто	Иногда	Никогда
15	В настоящее время вы употребляете пищу в одиночестве?				

Таблица выставления очков для теста ORTO-15

№ вопроса	Всегда	Часто	Иногда	Никогда
2-5-8-9	4	3	2	1
3-4-6-7-10-11-12-14-15	1	2	3	4
1-13	2	4	3	1

Интерпретация результатов

Если вы набрали больше 40 баллов (пороговая величина), у вас, вероятно, нервная орторексия.

РЕПОЗИТОРИЙ БГУФК

ТОРОНТСКАЯ АЛЕКСИТИМИЧЕСКАЯ ШКАЛА

Для количественной оценки алекситимии чаще всего используется Торонтская шкала алекситимии (Toronto Alexithymia Scale), апробированная в институте им. Бехтерева В.М.

Пользуясь данной шкалой, укажите, в какой степени Вы согласны или не согласны с каждым из следующих утверждений (ставьте X в соответствующем месте). Дайте только один ответ на каждое утверждение:

1) совершенно не согласен; 2) скорее не согласен; 3) ни то, ни другое; 4) скорее согласен; 5) совершенно согласен.

Утверждения	Совершенно не согласен	Скорее не согласен	Ни то, ни другое	Скорее согласен	Совершенно согласен
1. Когда я плачу, всегда знаю, почему					
2. Мечты – это потеря времени					
3. Я хотел бы быть не таким застенчивым					
4. Я часто затрудняюсь определить, какие чувства испытываю					
5. Я часто мечтаю о будущем					
6. Мне кажется, я так же способен легко заводить друзей, как и другие					
7. Знать, как решать проблемы, более важно, чем понимать причины этих решений					
8. Мне трудно находить правильные слова для моих чувств					
9. Мне нравится, ставить людей в известность о своей позиции по тем или иным вопросам					
10. У меня бывают физические ощущения, которые непонятны даже докторам					
11. Мне недостаточно знать, что привело к такому результату, мне необходимо знать, почему и как это происходит					
12. Я способен с легкостью описать свои чувства					

Утверждения	Совершенно не согласен	Скорее не согласен	Ни то, ни другое	Скорее согласен	Совершенно согласен
13. Я предпочитаю анализировать проблемы, а не просто их описывать					
14. Когда я расстроен, не знаю, печален ли я, испуган или зол					
15. Я часто даю волю воображению					
16. Я провожу много времени в мечтах, когда не занят ничем другим					
17. Меня часто озадачивают ощущения, появляющиеся в моем теле					
18. Я редко мечтаю					
19. Я предпочитаю, чтобы все шло само собой, чем понимать, почему произошло именно так					
20. У меня бывают чувства, которым я не могу дать вполне точное определение					
21. Очень важно уметь разбираться в эмоциях					
22. Мне трудно описывать свои чувства по отношению к людям					
23. Люди мне говорят, чтобы я больше выражал свои чувства					
24. Следует искать более глубокие объяснения происходящему.					
25. Я не знаю, что происходит у меня внутри					
26. Я часто не знаю, почему я сержусь.					

Обработка данных

Подсчет баллов осуществляется таким образом:

- 1) ответ «совершенно не согласен» – оценивается в 1 балл;
- «скорее не согласен» – 2 балла;
- «ни то, ни другое» – 3 балла;
- «скорее согласен» – 4 балла;
- «совершенно согласен» – 5 баллов.

Эта система баллов действительна для пунктов шкалы: 2, 3, 4, 7, 8, 10, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 25, 26;

2) отрицательный код имеют пункты шкалы: 1, 5, 6, 9, 11, 12, 13, 15, 21, 24. Для получения итоговой оценки в баллах следует проставить

противоположную оценку по этим пунктам (то есть оценка 1 получает 5 баллов; 2 – 4; 3 – 3; 4 – 2; 5 – 1);

3) сумма баллов по всем пунктам и есть итоговый показатель «алекситимичности».

Теоретическое распределение результатов возможно от 26 до 130 баллов. По данным авторов методики, «алекситимический» тип личности получает 74 балла и выше. «Неалекситимический» тип личности набирает 62 балла и ниже. Ученые психоневрологического института им. В. М. Бехтерева, адаптировавшие методику, выявили средние значения показателя алекситимии у нескольких групп: контрольная группа здоровых людей – $59,3 \pm 1,3$; группа больных с психосоматическими расстройствами – $72,09 \pm 0,82$; группа больных неврозами – $70,1 \pm 1,3$.

Список использованных источников

1. Аринчина, Н. Г. Особенности склонности студентов спортивного профиля к различного рода зависимостям / Н. Г. Аринчина, О. Е. Аниськова, В. Н. Сидоренко // Донозоология – 2019. Проблемы диагностики и коррекции состояния здоровья при формировании здорового образа жизни: материалы XIV Евраз. науч. конф., посвящ. 100-летию СПбГБУЗ «Городская поликлиника № 14» / Ком. по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга; под общ. ред. М. П. Захарченко. – СПб., 2019. – С. 79–81.
2. Аринчина, Н. Г. Склонность к зависимостям студентов, обучающихся в учреждениях образования различного профиля / Н. Г. Аринчина, В. П. Малецкая, О. Е. Аниськова // Современные проблемы формирования здорового образа жизни студенческой молодежи: материалы II Междунар. науч.-практ. интернет-конф., 10–12 апр. 2019 г., Минск, Беларусь / БГУ, Фак. социокультурных коммуникаций, каф. экологии человека; [редкол.: И. В. Пантюк (отв. ред.) и др.]. – Минск: БГУ, 2019. – С. 186 – 192.
3. Белов, В. Г. Превентология. Профилактика социальных отклонений / В. Г. Белов, Ю. А. Парфенов, В. А. Кулганов – Питер, 2014. – 245 с.
4. Березин, С. В. Психология наркотической зависимости и созависимости: моногр. / С. В. Березин, К. С. Лисецкий, Е. А. Назаров. – М.: МПА, 2001. – 212 с.
5. Бухановский, А. О. Зависимое поведение: клиника, динамика, статика, влечение, профилактика / А. О. Бухановский; под ред. А. О. Бухановского. – Ростов н/Д: Феникс, 2002. – 211 с.
6. Егоров, А. Ю. Перспективы лечения аддиктивных расстройств: теоретические предпосылки [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.narcot.ru/publ/info/267>. – Дата доступа: 05.03.2016.
7. Егоров А. Ю. «Социально приемлемые» формы нехимических зависимостей. Руководство по аддиктологии / А. Ю. Егоров. – СПб., 2007. – С. 501–519.
8. Змановская, Е. В. Девиантология: (Психологияотклоняющегося поведения): учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Е. В. Змановская – 2-е изд., испр. – М.: Изд. центр «Академия», 2004. – 288 с.
9. Карпан, К. Н. Аддикция и особенности зависимой личности: метод. пособие / К. Н. Карпан. – 2015. – 43 с.
10. Козловский, А. В. Современные причины и условия приобщения подростков к потреблению психоактивных веществ / А. В. Козловский, А. Г. Виницкая, В. В. Лелевич // Журнал ГГМУ. – 2005. – № 3. – С. 140–145.
11. Комплексная профилактика аддиктивного поведения в форме зависимости от «новых психоактивных веществ» и «нехимических» аддикций у студентов вузов и ссузов: метод. рекомендации / С. А. Игумнов [и др.]. – Минск: ГИУСТ БГУ, 2018. – 28 с.

12. Короленко, Ц. П. Аддиктивное поведение. Общая характеристика и закономерности развития / Ц. П. Короленко // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 1991. – № 1. – С. 8–15.
13. Короленко, Ц. П. Психодинамические механизмы аддикций: моногр. / Ц. П. Короленко, Н. В. Дмитриева, Т. А. Шпикс. – Изд-во LAP LAMBERT Academic Publishing GmbH & Co.KG Heinrich-Bocking-Str. 6–8. 66121 Saarbrucken, Germany, 2011. – 188 с.
14. Лозовой, В. В. Профилактика зависимостей: опыт создания системы первичной профилактики / В. В. Лозовой, О. В. Кремлева, Т. В. Лозовая. – М.: АльянсПринт, 2011. – 448 с.
15. Мазниченко, М. А. Социальные зависимости подростков: сценарии возникновения / М. А. Мазниченко, Н. И. Нескоромных // Социальная педагогика. – 2013. – № 2. – С. 83–94.
16. Мазниченко, М. А. Сценарии возникновения социальных зависимостей подростков / М. А. Мазниченко, Н. И. Нескоромных // Воспитательная работа в школе. – 2012. – № 10. – С. 93–99.
17. Мехтиханова, Н. Н. Психология зависимого поведения: учеб. пособие / Н. Н. Мехтиханова; Яросл. гос. ун-т. – Ярославль: ЯрГУ, 2005. – 122 с.
18. Руководство по аддиктологии / под ред. проф. В. Д. Менделевича. – СПб.: Речь, 2007. – 768 с.
19. Сирота, Н. А. Программы формирования здорового жизненного стиля / Н. А. Сирота, В. М. Ялтонский. – М., 2005. – 76 с.
20. Сирота, Н. А. Эффективные программы профилактики зависимости от наркотиков и других форм зависимого поведения / Н. А. Сирота, В. М. Ялтонский. – М.: Радуга, 2004. – 192 с.
21. Спринц, А. М. Химические и нехимические зависимости / А. М. Спринц, О.Ф. Ерышев. – СПб.: СпецЛит, 2012. – 127 с.
22. Формы, причины и психотерапия алекситимии [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://odepressii.ru/narusheniya/emotsionalnoy-sfery/aleksitimiya.html>. – Дата обращения: 17.12.2019.
23. Шабалина, В. Аддиктивное поведение в подростковом и юношеском возрасте / В. Шабалина // Психология подростка. – 2000. – 84 с.