

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(Н И У « Б е л Г У »)

ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГИИ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ИНСТИТУТА
Кафедра общей и клинической психологии

**Программа психологической коррекции никотиновой зависимости у
юношей**

Выпускная квалификационная работа
(дипломная работа)

обучающегося по специальности
37.05.01 Клиническая психология
очной формы обучения,
группы 02061202
Городко Анастасии Викторовны

Научный руководитель:
кандидат психологических наук,
доцент кафедры общей и
клинической психологии
Шарапов А.О.

Рецензент:
Викторова Е.А.

БЕЛГОРОД 2018

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение.....	3
ГЛАВА 1. Теоретические основы влияния психотерапии никотиновой зависимости на юношей.	7
1.1. Подходы к пониманию зависимости.	7
1.2. Причины никотиновой зависимости в юношеском возрасте.	12
1.3. Подходы к психологической коррекции никотиновой зависимости.	16
1.4. Когнитивно-поведенческая психотерапия никотиновой зависимости.	24
ГЛАВА 2. Экспериментальное исследование влияния методов когнитивно-поведенческой терапии на лиц с никотиновой зависимостью	32
2.1. Организация и методы исследования	32
2.2. Анализ и интерпретация результатов исследования.	37
2.3. Организация, внедрение и оценка эффективности программы психокоррекции никотиновой зависимости у юношей.....	49
Заключение	60
Список использованных источников	63
Приложения	72

Введение

Никотиновая зависимость на сегодняшний день является одной из наиболее значимых проблем общества в целом, и здравоохранения в частности. По данным Всемирной организации здравоохранения за 2015 год табакокурение распространено среди 39,1% взрослых россиян, а это порядка 44 млн. человек, среди которых 60,2% мужского населения и 21,7% - порядка 13 млн человек - женского населения. Среди последствий никотиновой зависимости в России, о которых говорится в докладе ВОЗ, называется распространенность туберкулеза – одна из самых высоких в мире, также сообщается о самом низком возрастном пороге заболеваемости раком легких - 47 лет (для сравнения в Европе данный возраст составляет 62 года), а также один из самых высоких показателей в мире по числу новорожденных с патологией. В связи с этим, особенную тревогу вызывает рост табакокурения среди молодых людей и подростков [17].

Как в отечественных, так и в зарубежных исследованиях о влиянии воздействия никотина на организм человека результаты свидетельствуют о непосредственном вреде здоровью: выявлена закономерность неуклонного формирования прогрессивной бронхиальной обструктивной болезни, переходящей в хроническую форму, от постоянного воздействия табакокурения (Н.С. Антонов, Г.М. Сахарова, А.Г. Чучалин, К.Ю. Новиков и др.) [3; 46]. Также, в исследованиях, проведенных на выявление особенностей нервно-психического развития детей, рожденных женщинами с признаками никотиновой зависимости, выявлена закономерность в задержке развития детей первого года жизни с последующим нарушением в формировании высших психических функций, социальных навыков и поведения. (Л.А. Хорошина, Л.А. Кривцова, К. Pollak и др.) [43; 44; 57].

Одним из приоритетных направлений развития многих государств является эффективный контроль над разного рода зависимостями, в том числе и на законодательном уровне.

По мнению А.Г. Чучалина, для наиболее успешного контроля над зависимостью, в частности над зависимостью от никотина, необходимы, во-первых, желание отказа от курения самого зависимого, во-вторых, наличие методов, которые способны оказать помощь на пути к свободе от зависимости наиболее эффективно, сократив вероятность рецидива (срыва). При этом, существующие методы помощи основываются на подходе к аддикции как к болезни, выбирая мишенью лишь проявление самой зависимости, а не ее психологические причины [46]. Проблемой разработки программ психологической коррекции никотиновой зависимости занимались такие авторы, как Г.М. Сахарова, А. Сорока, А.К. Демин и др. [12; 41; 46].

Таким образом, актуальность и практический аспект данной проблемы мы связываем с реализацией следующих этапов: формирование у зависимых выраженной высокой мотивации к отказу от курения через осознанный контроль поведения, а также психологическое сопровождение зависимого и поддержка при переживании им абстинентного синдрома, для исключения возврата в зависимость. В условиях поставленных задач необходимо создание психокоррекционной программы, на основе немедикаментозных методов терапии, одним из которых является когнитивно-поведенческое направление (КПТ), сущность которого базируется в том числе и на теории социального научения (А. Бандура) и на теории стресса и копинг-стратегий (Р. Лазарус, С. Фолкман).

Проблема исследования: каковы особенности психологического сопровождения в комплексной терапии никотинозависимых?

Цель: создать программу психокоррекции никотиновой зависимости.

Объект: никотиновая зависимость в юношеском возрасте.

Предмет: программа психологической коррекции никотиновой зависимости у юношей.

Гипотезы исследования: у юношей с никотиновой зависимостью существует взаимосвязь типа курительного поведения с уровнем мотивации отказа от курения: при выраженности типов курения «Стимуляция»,

«Расслабление» и «Поддержка» мотивация отказа от курения характеризуется низким уровнем при повышенной мотивации к курению. Степень никотиновой зависимости коррелирует с особенностями смысложизненных ориентаций: при высокой выраженности показателей «Процесс жизни», «Локус контроля – Я» и «Локус контроля – Жизнь» степень зависимости будет характеризоваться низким уровнем. Система мероприятий в виде программы психологической коррекции никотиновой зависимости у юношей позволит повысить мотивацию к отказу от курения и снизить мотивацию к курению.

Задачи исследования:

1. Проанализировать разработанность проблемы использования когнитивно-поведенческой терапии при коррекции зависимостей в отечественной и зарубежной литературе.
2. Выявить особенности юношей с никотиновой зависимостью.
3. Разработать и апробировать программу помощи отказа от никотиновой зависимости с использованием методов когнитивно-бихевиорального направления.
4. Оценить эффективность психокоррекционной программы никотиновой зависимости у юношей.

Теоретико-методологическая основа исследования: когнитивно-поведенческий подход (М. Льюис, А. Бэк, З. Сегал и т.д.), формирование мотива в рамках деятельностного подхода (А.Н. Леонтьев), нейропсихологический подход (А.Р. Лурия, Е.Д. Хомская, Б.М. Величковский, Б. Фигнер и т.д.).

Выбор методов и конкретных методик исследования для получения необходимой информации осуществлялся в соответствии с целями и задачами работы. В исследовании использовались следующие **методы:**

- организационные методы (сравнительный);
- эмпирические методы (измерение, наблюдение, беседа, психодиагностические методики, эксперимент);
- методы обработки данных (количественный и качественный анализ)

(описательная статистика; коэффициент корреляции r Пирсона, t -критерий Стьюдента);

- методы интерпретации.

Нами использовались следующие **методики**:

1. Оценка мотивации к курению (А.Г. Чучалин).
2. Тест оценки степени никотиновой зависимости Фагерстрема.
3. Тест на мотивацию к отказу от курения (В.Ф. Левшин).
4. Опросник для определения типа курительного поведения (Д. Хорн).
5. Тест «Смыслоразностные ориентации» (Д.А. Леонтьев).
6. Беседа в форме анкеты.
7. Наблюдение.

Исследование проходило на **базе** НИУ «БелГУ» и БГТУ им. Шухова в г. Белгород. Выборку составили 65 студентов в возрасте от 19 до 23 лет.

Структура работы: дипломная работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка использованных источников (65), 11 рисунков, 2 таблицы и приложений.

Объем работы без приложений 70 страниц машинописного текста.

ГЛАВА 1. Теоретические основы влияния психотерапии никотиновой зависимости на юношей

1.1. Подходы к пониманию зависимости

Международная классификация болезней отдельно рассматривает психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением табака. Различаются такие состояния, как острая интоксикация, пагубное употребление, непосредственно синдром зависимости, абстинентное состояние, психотическое расстройство и т.д. [33].

М. Льюис описывает, что при данном подходе, никотиновая зависимость рассматривается, как болезнь, болезнь мозга в частности. Она характеризуется изменениями под длительным влиянием употребления веществ в определенных системах мозга, в частности тех, которые отвечают за обработку информации о вознаграждении и оценку его ценности, за предвосхищение, мотивацию достижения [29]. Также исследования (Л.А. Кривцова, Г.М. Сахарова, Л.А. Хорошкина, А.Г. Чучалин и др.) показали изменения в работе сознательного контроля, отложенного удовольствия, возможностей абстрактного мышления к прогнозированию и через сравнение выбору наилучшего сценария. Следуя модели болезни, все эти изменения в работе функций необратимы или трудно обратимы. Табачная зависимость относится к разновидности хронического заболевания, зачастую требующее повторного лечения. Многие никотинозависимые полностью отказываются от курения после 2–х или 3–х курсов лечения. Модель болезни основывается не только на факте нарушения функционирования отдельных систем мозга, но и на многочисленных исследованиях с попыткой обнаружить определенные биологические механизмы, лежащие в основе аддикции: подверженность, предрасположенность аддикции [44; 45].

Помимо подхода к зависимости, как к болезни, по мнению М. Льюиса, существует концепция зависимости как самолечения. Данная модель содержит в себе опыт психологии, медицины, социологии. Но в основе ее лежит анализ мыслительных процессов в период развития. Чаще всего она применима к детям и подросткам, которые в силу своего еще недостаточного поведенческого репертуара ищут способы совладения с негативными эмоциями и переживаниями, находя стратегии решения в уходе в зависимость [2929].

По данным исследований, описываемых М. Льюисом, наибольший процент людей (40-60%) страдающих от разного рода зависимостей, относится к группе с ПТСР – посттравматическим стрессовым расстройством. В то время как среди людей с ПТСР доля зависимых составляет 60-80% [29]. Таким образом, наркотическая зависимость, с точки зрения Н.С. Антонова, становится способом снятия стресса. Психоактивные вещества, действительно, снимают состояние тревоги, приостанавливают руминацию («мыслительную жвачку», «флешбэки») и в целом могут улучшать настроение. Но впоследствии сама зависимость становится источником стресса, с повышением толерантности к веществу и нарастанием синдрома отмены [3].

Третья концепция, так называемая модель выбора, рассматривает зависимость сквозь призму сознательного компонента, а не биологического. В данном подходе социальная психология сливается с экономическим мышлением, образуя русло поведенческой экономики – направления, занимающимся вопросами склонности человека к тому или иному решению, выбору. Найдется лишь небольшой процент людей, которые считают зависимость хорошим выбором. Хотя необходимо признать, что зачастую именно такой выбор рассматривается как вполне рациональный и закономерный в краткосрочной перспективе. Как считает К.М. Керрол, модель выбора является палкой о двух концах: с одной стороны, зависимый воспринимается как капризный ребенок, идущий на поводу у своих желаний, с другой, как жертва обстоятельств (например, социальная изоляция, низкое социальное положение), модель выбора полнее объясняет способ выхода из

зависимости. Выбор изменяется вместе с условиями, временем, окружением [24]. Не случайно, когда финансовые и социальные последствия зависимости становятся препятствием в получении привычного удовольствия или условия жизни меняются в лучшую сторону, люди решают отказаться от зависимости. Известным примером послужит отказ от героина ветеранами войны во Вьетнаме по возвращению домой [54].

Это демонстрирует логику влияния условий и окружения на рецидив зависимости: человек впервые употребил вещество в окружении друзей, домашней обстановки и т.п., после времени, проведенного в реабилитации, он возвращается в те же условия, в ту же компанию, повышая вероятность возврата в аддикцию. Люди, места – все это определяет наши привычки, поведение не меньше, чем волевое усилие и целеполагание.

Многими авторами рассмотрены механизмы воздействия никотина на организм и формирования никотиновой зависимости (К. Макгонигал, А. Roy). При попадании кокаина и психостимуляторов в организм блокируется работа механизма по обратному захвату дофамина, что ведет к увеличению уровня дофамина в пространстве между синапсами. Амфетамин и его производные влияют на выработку дофамина, стимулируя выброс большего объема гормона. Алкоголь в свою очередь блокирует механизм выработки антагонистов дофамина, таких как ацетилхолин. А никотин, наравне с морфием, имитирует действие естественных нейромедиаторов [30; 61].

После попадания никотина в кровь и достижения им клеток головного мозга, происходит возбуждение нейронов и расширение сосудов. Как следствие появляется ощущение прилива сил, ясности, покоя и притока сил. Но, по прошествии времени, как считает М. Льюис, эффект не только пропадает, но и заметно истощает клетки, сужая сосуды и снижая активность нейронов. И теперь возникает потребность в восстановлении прежнего уровня функционирования через употребление дополнительной дозы никотина. Человек попадает в когнитивную ловушку, полагая, что его комфортное состояние является продуктом употребления никотина. Полосатое тело

конечного мозга активно формирует условный рефлекс и, как результат, формирование психической зависимости [29].

Процесс рассогласования во взаимодействии между полосатым телом, отвечающим за выбор цели и получением удовлетворения от их достижения, и префронтальной корой, отвечающей за регуляцию, контроль и мотивацию, сопоставим с механизмом, описанным в отечественной работе А.Н. Леонтьева, – сдвига мотива на цель. Средство достижения цели становится целью [27].

В процессе отказа от курения неизбежно появятся симптомы абстиненции, интенсивность проявления которых зависит от степени никотиновой зависимости. Среди них К.Ю. Новиков, Г.М. Сахарова, О.И. Сперанская и А.Г. Чучалин отмечают сильное желание, закурить, возбудимость, беспокойство, нарушение концентрации внимания, раздражительность, ухудшение настроения, чувство гнева, депрессия, сонливость, головная боль, бессонница, тремор, потливость, улучшение аппетита, увеличение веса (у одних несущественная степень, у других более значительная), усиление кашля, затруднение отхождения мокроты, чувство заложенности в груди, боли в мышцах, головокружение [42; 46].

В терапии такого клиента, по мнению А.К. Демина и А.Г. Чучалина, необходимо выстроить четкое представление о потенциальных благах, ценность которых выше актуального удовольствия от употребления, и которая поможет преодолеть период симптомов отмены. Психотерапевт выстраивает такие перспективы совместно с клиентом, исходя из его личных интересов, ценностей и потребностей. Это может быть улучшение здоровья, лучшее ощущение вкуса пищи и запаха, экономия денег, исчезновение ситуации дискомфорта от желания и невозможности закурить и т.д. [1212; 46].

Изучая личностные особенности курящих юношей и девушек, Е.А. Кобзев выявил, что для употребляющих табак девушек характерны показатели, которые превышают нормативные по проявлениям фобичности. Результаты курящих девушек показывают высокую подверженность различным страхам, среди которых распространены боязливость, тревожные опасения,

переживания как за свою жизнь, так и жизнь других людей. В поведении таких девушек возможны двигательные нарушения (чрезмерная нетерпимость, возбудимость, в ситуациях, которые требуют относительного спокойствия). Также Е.А. Кобзев отмечает высокую склонность курящих девушек к ипохондрии – состоянию, проявляющемуся в чрезмерном беспокойстве о своем здоровье, страхе неизлечимого заболевания. Для курящих девушек также характерна переоценка собственной личности [19].

У курящих юношей, по мнению Е.А. Кобзева, отсутствует стабильность состояния соматического здоровья. «У юношей могут наблюдаться неблагоприятные проявления в области пищеварения, а также нарушение общей чувствительности: неадекватность вкусовых ощущений, кожный зуд и покалывания, головные боли, боли в конечностях, чувствительность к шуму. Юноши, употребляющие никотин склонны, в большей степени, обращаться к лекарственным препаратам, что, возможно, увеличивает риск их общей зависимости от химических веществ. Вместе с этим юноши-курильщики в большей степени социально неадаптивны и зависимы от курения, чем девушки-курильщицы, хотя их показатели гораздо ниже установленной нормы неадаптивности» [19, с. 49].

Итак, авторы выделяют три подхода к пониманию зависимости. В первом случае зависимость считается болезнью (Л.А. Кривцова, Г.М. Сахарова). Она характеризуется изменениями под длительным влиянием употребления веществ в определенных системах мозга, в частности тех, которые отвечают за обработку информации о вознаграждении и оценку его ценности, за предвосхищение, мотивацию достижения. Следуя модели болезни, все эти изменения в работе функций необратимы или трудно обратимы. Табачная зависимость относится к разновидности хронического заболевания, зачастую требующее повторного лечения. Второй подход к пониманию зависимости является концепцией ухода в зависимость, как попытки самолечения. Чаще всего она применима к детям и подросткам, которые в силу своего еще недостаточного поведенческого репертуара ищут способы совладения с

негативными эмоциями и переживаниями, находя стратегии решения в уходе в зависимость (К. Брейди). Третья концепция, так называемая модель выбора, рассматривает зависимость сквозь призму сознательного компонента, а не биологического. В данном подходе социальная психология сливается с экономическим мышлением, образуя русло поведенческой экономики – направления, занимающимся вопросами склонности человека к тому или иному решению, выбору. К.М. Керолл указывает, что модель выбора полнее объясняет способ выхода из зависимости. На наш взгляд, никотиновую зависимость стоит рассматривать как продукт выбора. Такой подход наиболее продуктивен при составлении плана реабилитации психотерапевтом. Модель болезни имеет свои плюсы и достоинства, но спустя десятки лет статистика говорит о возникновении многочисленных рецидивов у зависимых, прошедших реабилитацию в роли больных. Работа с зависимыми осложнена функциональными изменениями во взаимодействии структур мозга, в связи с чем терапия должна иметь четкую структуру, план видения клиента, этапы и последовательность.

1.2. Причины никотиновой зависимости в юношеском возрасте

В настоящее время Россия занимает 33 место по распространению курения среди населения, общее количество курящих составляет более 40% общего населения страны, и около 80% населения России подвержено пассивному курению. За последние пять лет распространенность курения несколько снизилась для лиц обоих полов, «...причем наиболее выражено среди молодежи 16-29 лет», - пишет Т.П. Сабгайда [38; с. 13-14]. Автор также указывает, что доля никогда не куривших среди молодых мужчин выросла. В женском населении юношеского возраста отмечен менее выраженный рост доли никогда не куривших и снижение доли ежедневно курящих (на 4,3%), что связано с исходно более позитивными показателями в отношении курения

среди женщин. В раннем подростковом и детском возрасте (в возрасте до 15 лет) начали курить 14,2% населения. В 2016 г. среди курильщиков 28% лиц в возрасте 15 лет и старше можно было отнести к заядлым курильщикам (выкуривающим более 1 пачки сигарет в день), в том числе среди молодежи 16-29 лет – 19,3%. Исходя из приведенной статистики, Т.П. Сабгайда делает вывод, что наблюдаемые в стране темпы снижения распространения и интенсивности табакокурения существенно меньше, чем темпы снижения предотвратимой смертности, в том числе темпы снижения тех заболеваний, которые являются доказанным высоковероятным следствием интенсивного табакокурения [38].

Если рассматривать табакокурение, как социальную проблему общества, наряду с употреблением алкоголя, ПАВ, то, по мнению таких авторов, как А.А. Александров, Е.А. Кобзев, Л.В. Куликов, Ч. Венар, стоит уделить особое внимание подросткам и юношам. Влияние сверстников, социальной группы, желание поспешного взросления достаточно велико и влечет за собой преобладание различных стереотипов, привычек, зависимой формы поведения. Молодые люди используют табакокурение, как способ саморегуляции при решении психологических проблем: ослабление стресса, снятие тревоги, способ установления и поддержания контакта. Впоследствии здоровье, как соматическое, так и психическое, снижается. Поэтому необходимы превентивные методы в форме психологического просвещения [1; 9; 18; 25].

Для профилактики формирования и распространения аддикций в молодежной среде, по мнению А.В. Лебедева, особенно актуально раннее выявление лиц с высоким риском склонности к разным видам психосоциальных зависимостей, что позволит оказать им своевременную квалифицированную помощь [26].

Рассмотрим причины возникновения табачной зависимости в юношеском возрасте.

Вырастая среди курящих, ребенок воспринимает курение нормальным процессом, а зачастую неотъемлемым признаком взрослой жизни. Так, считает Е.А. Кобзев, курение становится общественно принятой нормой поведения [18].

Выделяя различные факторы, детерминирующие развитие табакокурения, М.А. Никитенко отмечает, что наличие факторов риска само по себе не предопределяет развитие зависимости от табака. В каждом конкретном случае коррекционной или превентивной работы необходимо комплексное рассмотрение факторов личностных особенностей и семейных взаимоотношений, которые могут являться предпосылками возникновения каких-либо поведенческих нарушений [34].

В.К. Смирнов описал, что для семьи курящих характерно приобщение к курению детей раннего возраста в 50% случаев, в то время как в некурящих семьях - не более 25% [40].

Полученные М.А. Никитенко данные позволяют предполагать существенное влияние материнского поведения в отношении курения на последующее формирование табакокурения у юношей и девушек. На уровне установок в отношении курения молодые люди признавали, что курение является опасным для здоровья. Так, результаты исследования М.А. Никитенко позволяют констатировать существование определенных характеристик, которые влияют на формирование зависимого от курения поведения. Автор называет такие показатели как курение близких (особенно матери и отца); другие разновидности аддиктивного поведения, например, употребление наркотических веществ, азартные игры, акцентуации характера (циклотимическая и экзальтированная), а также стили семейных взаимоотношений, такие как автономность родителей и их недостаточная директивность [34]. Таким образом, автор выделяет деструктивную тактику семейных взаимоотношений, наличие негативного примера перед глазами и усвоение моделей рискованного поведения в качестве предпосылок формирования аддиктивного поведения.

Первая попытка закурить происходит вследствие любопытства или подражания авторитетам. Становясь старше, подросток курит, в частности, из-за стремления самоутвердиться в кругу сверстников, снизить вес, оставаться на «волне». Также, Х. Ремшмидт считает, курение в подростковом возрасте может быть следствием принуждения со стороны авторитетных членов группы, дабы укрепить свои позиции в иерархии [37]. С взрослением данные мотивы, по мнению В.К. Вилюнаса, Е.П. Ильина, могут оставаться, а могут уступить место курению, как способу совладания, способу защиты. Последствия табакокурения на этом этапе обесцениваются и уступают место актуальным проблемам, которые переживаются здесь и сейчас [8; 16].

Как и в подростковом возрасте, юноши продолжают испытывать потребность в приобщении к разного рода сообществам. Из исследования А.Н. Корнетова известно о 60% студентов с табакокурением [23].

Исследование М.А. Никитенко показало, что факторами личностной predispositions формирования зависимости от курения может являться циклотимическая, особенно экзальтированная акцентуации. Исходя из этого, автор отмечает специфические особенности личности, которые могут служить предпосылками формирования аддиктивного поведения [34].

Н.А. Мокина называет следующие стимулы приобщения к табакокурению: мода (это «красиво», это «модно»), «курят, потому что хотят понравиться», «хотят привлечь к себе внимание», «лучше смотрятся», «выглядят самостоятельно», «обращают на себя больше внимания мужской части компании» и т.д. [32].

Также, в приобщении к табакокурению Е.А. Кобзев и Д.В. Колесов рассматривают и гендерный аспект. Девушки наслаждаются самим процессом, ритуалом курения. Манипуляции с пачкой сигарет, непосредственно с сигаретой, процесс закуривания от огня, игра с дымом. Это выступает своего рода демонстрацией себя. При этом, для мужчин определяющим фактором, сподвигающим к курению, является стремление подражать взрослым, ассоциируя это с проявлением мужественности, самостоятельности [1818; 21].

Схожие результаты были получены в исследовании А.В. Лебедева, Н.И. Айзмана и М.А. Суботялова. Авторы выявили отчетливые гендерные отличия по степени выраженности зависимостей: у девушек 17 лет отмечались достоверно более высокие показатели склонности к пищевой, телевизионной, трудовой, лекарственной зависимостям. Среди юношей, общая склонность к зависимостям, у которых достоверно выше, преобладали показатели компьютерной, игровой, наркотической и табачной зависимостей. При сравнении студентов каждой гендерной группы в динамике было отмечено увеличение количества девушек с высокой склонностью к никотиновой зависимости. По итогам исследования авторы связывают эти изменения с отсутствием контроля со стороны родителей, стремлением подражать референтной группе [26].

Итак, среди причин вовлечения юношей в табачную зависимость указывается наличие курящих членов семьи, которые с детства формируют у ребенка представление о курительном поведении, как о норме (Е.А. Кобзев, В.К. Смирнов). Также причинами выступают потребность привлечь к себе внимание, показать свою самостоятельность, мужественность (Н.А. Мокина), стремление приобщиться к интересам референтной группы (курение «за компанию»). Х. Ремшмидт считает, курение в подростковом возрасте может быть следствием принуждения со стороны авторитетных членов группы, дабы укрепить свои позиции в иерархии. Некоторые авторы (Е.А. Кобзев, Д.В. Колесов) среди причин вовлечения юношей в табакокурение рассматривают и гендерный аспект. Понимание причин ухода в зависимость помогает раннему выявлению юношей и подростков с высоким риском склонности к никотиновой зависимости для осуществления своевременной профилактики.

1.3. Подходы к психологической коррекции никотиновой зависимости

По прошествии многих лет понимание зависимости, как болезни переросло от концепции к модели. Исследования, проведенные А. Leshner, представили доказательства изменений в структуре мозга в процессе формирования зависимости, образование новых синапсов и межфункциональных связей, повреждение нейронных сетей, которые остаются после прекращения приема психоактивных веществ (ПАВ). Но очевидно, что мозг, за счет нейропластичности, находится в постоянном процессе изменения, создания новых нейронных связей, редуцирования старых в процессе обучения и т.д [58]. Тем не менее, с точки зрения А.К. Демина, в результате определения зависимости как болезни, что активно поддерживалось научным и медицинским сообществом, в большей степени в западных странах, была развернута мощная пропаганда медикаментозного лечения и реабилитации для всех видов зависимостей, став многомиллиардной индустрией [12].

В след за этим, в научном сообществе (М. Льюис, А. Leshner) последовал ряд мета-анализов, признавших многочисленные результаты исследований недействительными [29; 58].

В 1996 году было проведено одно из масштабных и статистически строгих исследований, показавших несостоятельность подхода к зависимости, как к болезни. W. Miller с коллегами показал, что факторами, приводящими к рецидиву, являются отсутствие навыков совладающего поведения (копинг-стратегий) и наличие уверенности пациента в модель болезни и восприятия себя, как беспомощной «жертвы» болезни [65].

В 2010 году в классических экспериментах на крысах Bruce K. Alexander получил статистические данные, сравнимые с явлением отказа от употребления героина вернувшимися с войны во Вьетнаме солдатами. Alexander с коллегами случайным образом отобрали группу крыс, которым предстояло расти в отдельных стальных клетках. Выбирая между раствором морфия и водой, такие крысы, выросшие в изоляции, выбирали раствор морфия. Но, после того, как этих крыс помещали в отдельный «парк крыс» («rat park»: отдельный деревянный вольер, где крысы свободно передвигались и могли

взаимодействовать друг с другом), они делали выбор в пользу обычной питьевой воды без морфия, при условии, что их зависимость была сформирована. В этом проявилась способность к добровольному отказу от употребления ПАВ [49].

Позднее, В. Alexander выдвинул социальную теорию зависимости, указав на социальные неблагоприятные условия и их негативные воздействия на человека [49]. Данные исследования, как указывал М. Льюис, перекликались с результатами исследований Чандлера в 1998 году в общинах с высоким уровнем самоубийств – отчуждении от собственной культуры и ограничивающие социальные условия [29].

Психотерапия зависимости, групповая или индивидуальная, ставит перед собой ряд «мишеней», одними из которых, по мнению А.К. Демина, являются поддержка и одобрение. Наиболее распространенная форма психотерапии – групповая. Здесь, существует возможность разобраться с зависимостью за счет опыта других участников группы, за счет их поддержки. Коммуникация и общность взглядов позволяют выстроить нечто по типу культуры, локализованной в рамках конкретной терапевтической группы [1212].

Создание общей картины происходящего с каждым отдельным участником приводит его к чувствованию временной последовательности, которое помогает видеть изменения и процессы в развитии его личности, анализировать причины и последствия сделанного выбора, ощущать время как линейный процесс, а не циклический (заикленный), что характеризует зависимого. Отсюда и достигается высочайший уровень рационализации и интеллектуализации у никотинозависимого: будущее не представляется как развитие настоящего, «не все заболевают раком легких», «мой знакомый курит много лет и здоров», «зато я не перепадаю» и т.д.

В свете вышесказанного И.М. Прищепа считает, что роль рефлексии, интроспекции и способности оценить ситуацию и последствия решений является определяющей в терапии никотинозависимого [36].

«Когнитивно-поведенческая терапия, предотвращение срывов, основанное на осознанности, мотивационное консультирование и лечебные программы, состоящие из некоторой комбинации этих техник, - все они нацелены на использование саморефлексии и переоценку собственной жизни.», - пишет М. Льюис [29, с. 287].

В процессе психотерапии происходит перенастройка желания, смещение фокуса внимания с сиюминутных удовольствий, дающий временное облегчение, на цели в отдаленном будущем с большей ценностью.

Первой задачей психолога является определение наличия достаточной мотивации к выходу из зависимости. Если она недостаточно высокая, то мишенью психотерапии, по мнению В.В. Батищева, становится обретение или повышение таковой [6].

Так, А.Г. Чучалин предлагает уже на первой психотерапевтической сессии высчитать «индекс курящего». Оценка риска заболеваний играет не последнюю роль в формировании мотивации к отказу от курения. Индекс вычитывается исходя из числа выкуриваемых сигарет в день и умножения их количества на 12. Если индекс больше 140, то риск заболевания болезнями легких крайне высок [45].

Одним из современных направлений психотерапии зависимости является Smart Recovery – терапевтический подход, объединивший как когнитивно-поведенческие методы работы, так и межличностное общение в группах. Данный подход опирается на значимость самосовершенствования и изменения себя.

Также техники мотивационного консультирования были разработаны для укрепления мотивации клиента, развития способности направлять ее для осуществления целей в окружении поддержки и одобрения. Мотивационное интервью имеет вид циклического и целенаправленного процесса. От раза к разу изменяются аргументы в пользу и против курения, усиливаются отрицательные стороны и последствия курения, за счет чего усиливается мотивация к отказу от курения. Такой вид консультирования, по мнению А.Н.

Еричева, побуждает клиента занять активную позицию в ходе психотерапии. Также, его особенностью является отсутствие конфронтации с клиентом, через вопросы и информирование клиент сам формулирует все «за» и «против», что заметно снижает возможность возникновения сопротивления со стороны клиента. Консультирование принимает форму «сократовского диалога» [15].

В обоих методах, так или иначе, используются приемы когнитивного подхода в психотерапии. Клиент научается анализировать сделанный им выбор, оценивать возможные последствия, принимать на себя ответственность за выбор целей, которые он перед собой ставит и оценивать реальность их достижения.

Техники на основе когнитивного подхода могут оказаться неэффективными, если в психотерапии не учитывается примитивное сиюминутное желание, которое в свое время привело клиента в зависимость. Поэтому желание необходимо связать с выбором. На уровне межфункционального взаимодействия, необходимо «восстановить» связь между префронтальной корой, отвечающей за целеполагание, контроль, регуляцию, и полосатым телом, формирующим условный рефлекс, отбирающим цели с менее затратным путем к достижению таковых, отвечающим за систему вознаграждения. Поэтому, по мнению Г.Я. Масленниковой, важно, чтобы психологическая помощь была доступна каждому. В момент возникновения желания отказаться от зависимости любое вмешательство со стороны окажет подкрепляющий эффект, в особенности если речь идет о целенаправленной психологической помощи, индивидуальной или групповой [3131].

Также необходимо понимать, что любого рода зависимость может быть не единственной причиной для беспокойства клиента, его родственников и т.д. Зависимость, в частности никотиновая, может быть одним из проявлений состояний сильных душевных переживаний, например, тревожно-фобического спектра. В этом случае психотерапевт будет работать и с депрессивным состоянием, используя разнообразные когнитивные и поведенческие стратегии.

Когнитивные техники направлены на выявление и проверку ошибочных представлений и дезадаптивных верований. В ходе терапии, по мнению А. Бека, клиент должен научиться производить высоко специфичные операции, а именно: 1) отслеживать свои негативные автоматические мысли (представления); 2) распознавать взаимосвязи между собственными мыслями, эмоциями и поведением; 3) анализировать факты, подтверждающие или опровергающие его представления; 4) вырабатывать более реалистичные оценки и представления; 5) идентифицировать и модифицировать дисфункциональные убеждения, предрасполагающие его к искажению опыта [7].

Многочисленные программы по прекращению курения включают групповые стратегии, основанные на интерактивных методах обучения, доступности психологической поддержки. Групповые программы могут также включать проактивные линии поддержки, если таковые имеются, которые являются очень полезными инструментами. К.М. Керрол указывает, что групповой формат включает в себя около пяти сеансов продолжительностью один час, в течение одного месяца, с посещениями последующего наблюдения [24].

Таким образом, рассматривая эволюцию подходов к пониманию зависимости и отслеживая статистически значимые данные о результатах психотерапии разных направлений, можно утверждать, что немедикаментозное воздействие на зависимого обладает зачастую большей эффективностью, обладая краткосрочностью, низким процентом возврата в зависимость и обучением клиента возможности делать выборы, связанные с долгосрочной перспективой.

Комплексный подход в помощи никотинозависимых включает в себя как психотерапию, групповую или индивидуальную, так и медикаментозное вмешательство.

Поскольку подход к зависимости, в том числе и никотиновой, как к болезни является широко распространенным, в России в том числе, то и выход

из зависимости, как считает И.В. Андрющенко, рассматривается как процесс лечения [2].

По мнению таких зарубежных авторов, как С. Aguirre, J. Madrid, А.М. Leventhal, J. Killen, S. Fortmann, А. Schatzberg медикаментозное лечение обладает своими преимуществами, которые, в определенном смысле, облегчают работу психотерапевта. В первую очередь это возможность купировать симптомы абстинентного состояния, приступы тяги к курению. Подобное вмешательство может предотвратить появления тремора конечностей, сонливость, головные боли, ухудшение настроения, состояние гневливости, нарушение концентрации внимания, что может увеличить количество задач, решаемых психологом на сессиях психотерапии и привести к снижению мотивации клиента бросить курить [50; 56].

В ситуациях, когда человек возвращается/попадает в компанию курящих или в ситуацию, где он обычно прибегает к курению (например, ситуация стресса, курение после еды, после употребления алкоголя, ситуация волнения или тревоги и т.д.) использование никотиносодержащих препаратов также поможет разорвать условную связь между обстоятельствами и курением.

Также, на ряду с классическими методами воздействия на никотиновую зависимость, в последние годы в зарубежных исследованиях активно применяется метод транскраниальной электростимуляции.

В своей книге о зависимостях когнитивист Марк Льюис описывает эксперимент, проведенный коллегами из университета Голландии во главе с Б. Фингером в 2010 году. Фингер использовал транскраниальную магнитную стимуляцию (ТМС), процедуру, которая временно нарушает активность коры, чтобы посмотреть, как кора справится с подверженностью человека к сиюминутной привлекательности. Когда установка была расположена над левым полушарием, участники чаще выбирали сиюминутные вознаграждения с меньшей стоимостью. Подобный эффект отсутствовал при размещении установки над правым полушарием. Исследователи сделали вывод о необходимости левополушарной дорсолатеральной ПФК для совладения с

сиюминутной привлекательностью и выбрать отсроченную во времени выгоду, благо. Когда эта область была «отключена», интерес испытуемых был направлен на нечто доступное здесь и сейчас [29].

Мета-анализ работ, посвященных теме снижения избыточного пристрастия к никотину, алкоголю, марихуане, кокаину (J. Jansena, J. Daams, M. Koetera) показал, что метод ТЭС оказывает статистически-значимый эффект – снижает пристрастие. Зоной стимуляции в случае борьбы с зависимостью является дорсолатеральная префронтальная кора [55].

С 2008 по 2014 года зарубежными авторами (G. Tortella, R. Casati, L. Aparicio, A. Mantovani) был проведен ряд экспериментов при участии добровольцев с никотиновой зависимостью. В результате исследования показали сокращение потребления количества сигарет в день в среднем на 6,5 единиц. В заключениях указывалось, что ТЭС способна помочь поддерживать сокращение потребления никотина и даже способствовать прекращению курения [53].

Таким образом, нами были рассмотрены различные подходы к психологической коррекции никотиновой зависимости, а также используемые в данных подходах техники. В результате исследований зарубежных авторов была выявлена несостоятельность подхода к зависимости, как к болезни. Одним из современных направлений психотерапии зависимости является Smart Recovery – терапевтический подход, объединивший как когнитивно-поведенческие методы работы, так и межличностное общение в группах. Данный подход опирается на значимость самосовершенствования и изменения себя (К. Льюис). Групповые программы могут также включать проактивные линии поддержки, если таковые имеются, которые являются очень полезными инструментами (К.М. Керролл). Мета-анализ работ, посвященных теме снижения избыточного пристрастия к никотину, алкоголю, марихуане, кокаину (J. Jansena, J. Daams, M. Koetera) показал, что метод ТЭС оказывает статистически-значимый эффект - снижает пристрастие. В тоже время, по мнению А.Г. Чучалина, возможность применения комплексного подхода с

использованием медикаментов в помощи никотинозависимым повышает эффективность выхода из зависимости. Процесс освобождения от зависимости становится менее дискомфортным для клиента за счет купирования «симптомов отмены» и повышения скорости перестройки межфункциональных связей. Сепарированное использование данных методов может быть эффективным в случаях необходимости сокращения объема потребления никотина, но оказаться недостаточным при попытке полного отказа от курения. По нашему мнению, в случае комплексного подхода к помощи никотинозависимых на первый план выходит психотерапия, остальные же методы должны осуществлять поддерживающие функции, облегчая клиенту выход из зависимости.

1.4. Когнитивно-поведенческая психотерапия никотиновой зависимости

Когнитивно-поведенческое направление психотерапии характеризуется краткосрочностью, структурированностью и научностью обоснования. В основе подхода к формированию разного рода зависимости лежит теория о процессах социального научения, использование которых можно применить и в самой психотерапии зависимости. Данное направление, по мнению И.В. Андрющенко, учит клиента анализировать мысли, подталкивающие его к курению, ситуации, провоцирующие эти мысли, что поможет ему в дальнейшем контролировать поведенческие реакции в виде употребления табака [2].

«В основе метода, пишет Л.М. Баранова, лежит теория о важности роли процессов социального обучения в развитии злоупотребления и формировании зависимости от психически активных веществ, в связи с этим существует возможность использовать данные процессы с целью того, чтобы помочь пациентам снизить потребность и полностью отказаться от наркотика.

Когнитивно-поведенческая психотерапия помогает клиенту научиться распознавать ситуации, подталкивающие его к приему наркотика, избегать их по мере возможности и контролировать целый ряд проблем и поведенческих реакций, связанных со злоупотреблением» [5, с. 53].

Данное направление более 20 лет применяется в психотерапии различного рода зависимостей. В 2012 году зарубежными авторами (Stefan G. Hofmann, Anu Asnaani, Imke J.J. Vonk) были представлены результаты мета-анализа многолетних исследований результатов терапии различных расстройств и нарушений (269 научные работы) [63].

Исследование эффективности когнитивно-поведенческого направления психотерапии среди зависимых от каннабиса (L. Dutra, G. Stathopoulou, S.L. Basden, T.M. Leyro) выявило статистически значимые преимущества перед другими методами краткосрочной интервенции [52].

По результатам исследования зарубежных авторов (M.V.Powers, E. Vedel, P.M. Emmelkamp) в рамках психотерапии алкогольной зависимости и зависимости от опиатов КПТ оказалась менее эффективна, чем кризисная интервенция и медикаментозное лечение [60].

Среди отечественных авторов есть те, кто разделяет эту точку зрения. Так, например, в настоящее время когнитивно-поведенческая терапия, по мнению В.М. Николаева, является одним из наиболее перспективных современных психотерапевтических подходов в лечении алкоголизма и других зависимостей [35].

Что касается психотерапии никотиновой зависимости, то, по мнению таких зарубежных авторов, как J. Killen, F. Song, S. Hofmann и их коллег, КПТ существенно снизила процент срыва у лиц, борющихся с никотиновой зависимостью – 8 из 49 участников исследования имели срыв в ходе психотерапии [56]. Также были выявлены преимущества перед терапией никотинозамещающими препаратами. В исследовании эффективности КПТ в протекании долгосрочного воздержания от никотина был сделан следующий

вывод: акцент на развитии познавательных и поведенческих стратегий помогает в долгосрочной перспективе для поддержания некурящего [63].

В результате, считает Л.М. Баранова, клиенты должны «...научиться самостоятельно снимать у себя симптомы отмены никотина: желание курить, раздражительность, нарушение внимания, утомляемость, повышенный аппетит и др. и при появлении негативных эмоций и мыслей быстро с ними справляться» [5, с. 53].

Очевидно, что успех психотерапии зависит не только лишь от соблюдения всех протоколов клиентом, но и от навыков самого психотерапевта или психолога. Специалист должен обладать навыком консультирования (умение задавать открытые вопросы, владеть рефлексивным слушанием, уметь резюмировать), навыком работы с сопротивлением (способность распознать сопротивление, позитивно общаться с клиентом, обсуждать сопротивление, устранять сопротивление), навыком сбора и оценки информации (готов ли клиент к работе, нацелен ли он на результат, анализ ситуаций с риском употребления никотина), стратегией мотивирования (достигать договоренности о целях психотерапии, усиливать амбивалентное отношение к курению, усиливать осознание несоответствия между действительностью и желаемым), умением обучить и объяснить (научить выполнять самостоятельно упражнения, выполнять домашнее задание, проинформировать о возможных сложностях в процессе отказа от курения) и т.д. [20].

В.М. Николаев приводит «...основные когнитивно-поведенческие техники и тренинги, которые могут входить в комплексные мероприятия становления ремиссии и профилактики зависимого поведения:

- когнитивное реструктурирование — техника, позволяющая клиентам понять, что они могут управлять своими мыслями, чувствами, а, соответственно, и поведением; при этом могут возникать неприятные эмоции и чувства, которые, как правило, бывают вызваны нереалистическими ожиданиями и негативной самовербализацией;

- техника самоконтроля подразумевает формирование сознательного сопротивления попыткам и желаниям относительно зависимости, клиенты могут обучиться эффективному поведению в ситуациях навязывания зависимости, легкой доступности психически активных веществ;
- тренинг уверенности в себе включает в себя упражнения с моделированием ситуаций, которые требуют умения общаться с окружающими, совладания с перегрузками, навыков самоутверждения, а также умения вступать в контакты; особое внимание должно уделяться возникающим чувствам - индикаторам релевантных для поведения иррациональных установок;
- релаксационные техники» [35, с. 20].

Как результат такого подхода к психотерапии должно быть изменение неадаптивного поведения никотинозависимого, прекращение подкрепления привычки курить. Клиент меняет отношение к курению, через изменение установок, мышления: теперь факт курения для него предстает как условный рефлекс, который подкрепляется самим клиентом и вызывается конкретными ситуациями (стимулы из окружающей среды), а не как способ совладания со стрессом.

КПТ научает методам совладающего поведения в ситуациях, вызывающих желание закурить, и совладанию со стрессовыми ситуациями в целом.

В.М. Николаев пишет: «...в процессе когнитивно-поведенческой терапии возможно достижение комплексных терапевтических целей — становление критической оценки своей болезни, убеждение необходимости и возможности лечения, желание активной борьбы со своим недугом, выработка положительных ценностных и смысловых установок, нормативного общественного поведения, что, в свою очередь, способствует формированию длительных и качественных ремиссий» [35, с. 19].

Среди российских авторов стоит отметить Л.М. Баранову, которая уже более десяти лет применяет когнитивно-поведенческую психотерапию для

работы с больными, зависимыми от алкоголя и табакокурения. Также, как и зарубежные авторы, Л.М. Баранова отмечает краткосрочность, структурированность и методическую проработанность метода, который направлен на развитие навыков контроля над аддиктивными формами поведения в условиях формирования и поддержания ремиссии [5].

В настоящее время одним из наиболее перспективных современных психотерапевтических подходов в лечении зависимостей, а именно – алкоголизма, В.М. Николаев также называет когнитивно-поведенческая терапию. По его мнению, помимо самих пациентов когнитивно-поведенческая терапия также должна проводиться с родственниками пациентов по следующим направлениям: преодоление созависимости; обучение навыкам общения с больными алкогольной зависимостью, создание реабилитационной среды в семье [35].

В результате исследования, проведенного Л.М. Барановой, в течение месяца пациенты, прошедшие от 5 до 10 сеансов, обучились приемам самопомощи и могли использовать их самостоятельно при необходимости. У клиентов был закреплён навык без сигарет, что говорит о наличии положительной динамики. [5].

Такие результаты могут свидетельствовать о высокой эффективности метода когнитивно-поведенческой психотерапии в работе с никотинозависимыми людьми.

В.М. Николаев также отмечает, что «...при дифференцированной когнитивно-поведенческой психотерапии у лиц с эпилептоидными и шизоидными характерологическими особенностями отмечается стойкая тенденция к более высоким показателям длительности ремиссии, чем у гипертимных и неустойчивых больных алкоголизмом», что в свою очередь может подтверждать высокую эффективность данного метода [35, с. 21].

В основе метода заложена теоретическая база о значимости роли процессов социального обучения в развитии злоупотребления и формировании зависимости от различных веществ. В связи с этим существует возможность

использовать эти процессы с целью помочь пациентам снизить потребность и полностью отказаться от наркотика. Посредством когнитивно-поведенческой терапии пациент обучается распознавать ситуации, которые «подталкивают» его к приему наркотика, по мере возможности избегать их и контролировать ряд поведенческих реакций, связанных со злоупотреблением [35].

Под психической саморегуляцией Л.М. Баранова рассматривает «...регуляцию своего психосоматического состояния собственными душевными средствами. В процессе взаимодействия с терапевтом, выполнения домашних заданий пациенты обучаются контролю над своими эмоциями и мыслями, учатся самостоятельно снимать у себя симптомы (в данном случае - отмены никотина): желание курить, утомляемость, раздражительность, нарушение внимания, повышенный аппетит и др. При появлении негативных эмоций и мыслей они научаются быстро с ними справляться» [5, с. 53].

Исходя из вышесказанного, Л.М. Баранова делает вывод о том, что применение метода когнитивно-поведенческой психотерапии совместно с методом психической саморегуляции позволяет в короткие сроки снять симптомы отмены никотина, закрепить навыки конструктивного поведения, успешно применять его в сочетании с традиционной наркологической терапией табакокурения в амбулаторных условиях [5].

Таким образом, когнитивно-поведенческое направление, по мнению И.В. Андрющенко, учит клиента анализировать мысли, подталкивающие его к курению, ситуации, провоцирующие эти мысли, что поможет ему в дальнейшем контролировать поведенческие реакции в виде употребления табака. Исследование эффективности когнитивно-поведенческого направления психотерапии среди зависимых от каннабиса (L. Dutra, T.M. Leyro) выявило статистически значимые преимущества перед другими методами краткосрочной интервенции. Что касается психотерапии никотиновой зависимости, то, по мнению таких зарубежных авторов, как J. Killen, S. Hofmann и их коллег, КПТ существенно снизила процент срыва у лиц, борющихся с никотиновой зависимостью. В основе метода заложена

теоретическая база о значимости роли процессов социального обучения в развитии злоупотребления и формировании зависимости от различных веществ. В связи с этим существует возможность использовать эти процессы с целью помочь пациентам снизить потребность и полностью отказаться от наркотика. Посредством когнитивно-поведенческой терапии пациент обучается распознавать ситуации, которые «подталкивают» его к приему наркотика, по мере возможности избегать их и контролировать ряд поведенческих реакций, связанных со злоупотреблением. Также, помимо обучения навыкам самоанализа и саморефлексии, необходимо осуществление поддержки зависимого, и подкрепление мотивации к отказу от курения на протяжении всего периода выхода из зависимости.

По итогам главы, мы выяснили, что авторы выделяют три подхода к пониманию зависимости. В первом случае зависимость считается болезнью (Л.А. Кривцова, Г.М. Сахарова), второй подход к пониманию зависимости является концепцией ухода в зависимость, как попытки самолечения (К. Брейди), а третья концепция, так называемая модель выбора, рассматривает зависимость сквозь призму сознательного компонента, а не биологического. На наш взгляд, никотиновую зависимость стоит рассматривать как продукт выбора. Такой подход наиболее продуктивен при составлении плана реабилитации психотерапевтом. Модель болезни имеет свои плюсы и достоинства, но спустя десятки лет статистика говорит о возникновении многочисленных рецидивов у зависимых, прошедших реабилитацию в роли больных. Работа с зависимыми осложнена функциональными изменениями во взаимодействии структур мозга, в связи с чем терапия должна иметь четкую структуру, план видения клиента, этапы и последовательность. Понимание причин ухода в зависимость помогает раннему выявлению юношей и подростков с высоким риском склонности к никотиновой зависимости для осуществления своевременной профилактики.

Одним из современных направлений психотерапии зависимости является Smart Recovery – терапевтический подход, объединивший как когнитивно-

поведенческие методы работы, так и межличностное общение в группах. Данный подход опирается на значимость самосовершенствования и изменения себя (К. Льюис). Групповые программы могут также включать проактивные линии поддержки, если таковые имеются, которые являются очень полезными инструментами (К.М. Керрол). Когнитивно-бихевиоральное направление, по мнению И.В. Андрющенко, учит клиента анализировать мысли, подталкивающие его к курению, ситуации, провоцирующие эти мысли, что поможет ему в дальнейшем контролировать поведенческие реакции в виде употребления табака. Что касается психотерапии никотиновой зависимости, то, по мнению таких зарубежных авторов, как J. Killen, S. Hofmann и их коллег, КПТ существенно снизила процент срыва у лиц, борющихся с никотиновой зависимостью. Посредством когнитивно-поведенческой терапии пациент обучается распознавать ситуации, которые «подталкивают» его к приему наркотика, по мере возможности избегать их и контролировать ряд поведенческих реакций, связанных со злоупотреблением. Также, помимо обучения навыкам самоанализа и саморефлексии, необходимо осуществление поддержки зависимого, и подкрепление мотивации к отказу от курения на протяжении всего периода выхода из зависимости.

ГЛАВА 2. Экспериментальное исследование влияния методов когнитивно-поведенческой терапии на лиц с никотиновой зависимостью

2.1. Организация и методы исследования

Никотиновая зависимость на сегодняшний день является одной из наиболее значимых проблем общества в целом, и здравоохранения в частности.

Для наиболее успешного контроля над зависимостью, в частности над зависимостью от никотина, необходимы, во-первых, желание отказа от курения самого зависимого, во-вторых, наличие методов, которые способны оказать помощь на пути к свободе от зависимости наиболее эффективно, сократив вероятность рецидива (срыва). При этом, существующие методы помощи основываются на подходе к аддикции как к болезни, выбирая мишенью лишь проявление самой зависимости, а не ее психологические причины.

Таким образом, актуальность и практический аспект данной проблемы связаны с реализацией следующих задач: формирование у зависимых выраженной высокой мотивации к отказу от курения через осознанный контроль поведения, а также психологическое сопровождение зависимого и поддержка при переживании им абстинентного синдрома, для исключения возврата в зависимость. В условиях поставленных задач необходимо создание психокоррекционной программы, на основе немедикоментозных методов терапии, одним из которых является (КПТ).

Цель: создать программу психокоррекции никотиновой зависимости.

Гипотезы исследования: у юношей с никотиновой зависимостью существует взаимосвязь типа курительного поведения с уровнем мотивации отказа от курения: при выраженности типов курения «Стимуляция», «Расслабление» и «Поддержка» мотивация отказа от курения характеризуется низким уровнем при повышенной мотивации к курению. Степень никотиновой

зависимости коррелирует с особенностями смысложизненных ориентаций: при высокой выраженности показателей «Процесс жизни», «Локус контроля – Я» и «Локус контроля – Жизнь» степень зависимости будет характеризоваться низким уровнем. Система мероприятий в виде программы психологической коррекции никотиновой зависимости у юношей позволит повысить мотивацию к отказу от курения и снизить мотивацию к курению.

Задачи исследования:

1. Разработать и апробировать программу помощи отказа от никотиновой зависимости с использованием методов когнитивно-бихевиорального направления.

2. Оценить эффективность психокоррекционной программы никотиновой зависимости у юношей.

Исследование проводилось на базе НИУ «БелГУ» и БГТУ им. Шухова в г. Белгород. Выборку составили студенты в возрасте от 19 до 23 лет и в количестве 65 человек. Экспериментальную группу составили 18 человек, контрольную группу - 18 человек.

Исследование проводилось в 3 этапа:

1) На подготовительном этапе проводился теоретический анализ литературы по теме исследования; формулировалась цель, определялись гипотеза, предмет и задачи исследования; подбирались методы исследования.

2) На втором этапе (организации и проведения исследования) непосредственно проводилась экспериментальная работа: была разработана и апробирована психокоррекционная программа по сокращению объема или полному прекращению употребления никотина.

3) На третьем, заключительном этапе оценивалась эффективность разработанной психокоррекционной программы.

В качестве независимой переменной выступали условия психокоррекционной программы, зависимая переменная – никотиновая зависимость, объем употребления никотина.

Выбор методов и конкретных методик исследования для получения необходимой информации осуществлялся в соответствии с целями и задачами работы. В исследовании использовались следующие **методы**:

- организационные методы (сравнительный);
- эмпирические методы (измерение, наблюдение беседа, психодиагностические методики, эксперимент);
- методы обработки данных (количественный и качественный анализ) (описательная статистика; коэффициент корреляции r Пирсона, t -критерий Стьюдента);
- методы интерпретации.

Нами использовались следующие **методики**:

1. Оценка мотивации к курению (А.Г. Чучалин).
2. Тест оценки степени никотиновой зависимости Фагерстрема.
3. Тест на мотивацию к отказу от курения (В.Ф. Левшин).
4. Опросник для определения типа курительного поведения (Д. Хорна).
5. Тест «Смыслоразнонаправленные ориентации» (Д.А. Леонтьев).
6. Беседа в форме анкеты.
7. Наблюдение.

Предварительно с каждым респондентом нами была проведена беседа (диагностическое интервью). В структуру беседы вошли следующие блоки:

1. Вводная часть, целью которой было установление контакта с респондентами, побуждение к участию в исследовании, а также информирование о его целях и дальнейшем использовании результатов.
2. Второй этап беседы включает в себя наличие открытых вопросов в рамках исследования, с целью накопления фактической событийной информации.
3. На третьем этапе было проведено более подробное исследование содержания обсуждаемой проблемы.

4. Окончание беседы, целью которого снижение напряжения, возникшего в ходе беседы, а также настрой на дальнейшую работу.

Кроме того, с каждым респондентом было проведено анкетирование в рамках темы исследования. Анкета состоит из 15 вопросов и включает в себя три основные группы вопросов (открытые, закрытые, выясняющие).

Оценка мотивации к курению (А.Г. Чучалин).

Анализ ответов на приведенные вопросы даст возможность врачу и пациенту выделить факторы, стимулирующие пациента к курению, что позволит разобраться в причинах курения и спланировать, как нужно изменить поведение пациента на период отказа от курения.

Также, оцениваются преобладающие факторы мотивации к курению. К таковым относятся: желание получить стимулирующий эффект от курения, потребность манипулировать сигаретой, желание получить расслабляющий эффект, использование курения, как поддержки при нервном напряжении, существует сильное желание курить (психологическая зависимость), привычка.

Тест оценки степени никотиновой зависимости Фагерстрема.

Методика разработана для оценки степени никотиновой зависимости.

При низких показателях результатов по данной методике основное внимание при составлении коррекционной программы должно быть уделено психологическим факторам. При средних и высоких показателях необходимо привлечение врача для оказания поддерживающей никотинозамещающей терапии.

Тест на мотивацию к отказу от курения (В.Ф. Левшин).

Предназначен для изучения степени мотивации пациента к отказу от курения. Чем выше показатели по шкалам, тем сильнее мотивация у пациента бросить курить. Ему можно предложить длительную лечебную программу с целью полного отказа от курения. При средних или низких показателях в программе психокоррекции никотиновой зависимости можно сосредоточиться на сокращении объема курения.

Опросник для определения типа курительного поведения (Д. Хорна).

Диагностика типа курительного поведения помогает в выборе тактики при лечении табакокурения. По результатам методики выявляются типы курительного поведения, которые учитываются в индивидуальной работе с клиентом или при составлении групповой программы с учетом выраженности того или иного типа в группе.

Тест «Смысло-жизненные ориентации» Д.А. Леонтьева (адаптированная версия теста «Цель в жизни» Дж. Крамбо, Л. Махолика).

Позволяет оценить «источник» смысла жизни, который может быть найден человеком либо в будущем (цели), либо в настоящем (процесс) или прошлом (результат), либо во всех трех составляющих жизни. В тесте СЖО жизнь считается осмысленной при наличии целей, удовлетворении, получаемом при их достижении и уверенности в собственной способности ставить перед собой цели, выбирать задачи из наличных, и добиваться результатов. Важным является ясное соотнесение целей – с будущим, эмоциональной насыщенности – с настоящим, удовлетворения – с достигнутым результатом, прошлым. Ситуация предоставляет каждому человеку возможность сделать в настоящем определенный выбор в виде поступка, действия или бездействия. Основой такого выбора является сформированное представление о смысле жизни или его отсутствии. Совокупность осуществленных, актуализированных выборов формирует «прошлое», которое неизменно, вариациям подвержены лишь его интерпретации. «Будущее» есть совокупность потенциальных, ожидаемых результатов усилий, предпринимаемых в настоящем, в этой связи будущее принципиально открыто, а различные варианты ожидаемого будущего имеют разную мотивирующую притягательность. Для человека в зависимости характерны невысокие показатели удовлетворенности жизнью, настоящим, наличие целей и способность к их постановке, эмоциональной насыщенности и т.д., что определяет дополнительные мишени психокоррекции.

Также, в процессе нашей работы применялся метод наблюдения, при котором обращалось внимание на такие невербальные проявления, как темп и громкость речи, скорость ответа, телодвижения при ответе на вопросы анкеты.

Анкета включает в себя три основные группы вопросов (открытые, закрытые, выясняющие).

«С какого возраста Вы курите? Причина, по которой Вы начали курить?»;

«Есть ли/были ли «курильщики» в Вашей семье или близком окружении»;

«Вы курите ежедневно? Или в определенных ситуациях? Каких?»;

«Есть ли люди, от которых Вы скрываете факт курения? Причина.»;

«Совершали ли Вы попытки бросить курить? Сколько раз? Причина.»;

«Сколько длился самый продолжительный период без сигарет?»;

«Знаете ли Вы о физиологических процессах, вызванных никотином?»;

«Никотин и табакокурение: вредно/полезно/не оказывает влияния на организм»;

«Хотели бы Вы снизить объем потребляемых сигарет? Хотели бы Вы бросить курить?».

Таким образом, при помощи данной анкеты оказалось возможным получить данные о стаже курения, возрасте начала курения и причинах, о наличии попыток бросить курить и наличии желания участия в программе психологической коррекции никотиновой зависимости.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью методов описательной статистики, с использованием коэффициента корреляции r Пирсона, критерия t -Стьюдента для независимых выборок на основе пакета статистических программ «SPSS Statistics 19» и Microsoft Excel.

2.2. Анализ и интерпретация результатов исследования

Для изучения особенностей лиц с никотиновой зависимостью было проведено исследование, в котором приняли участие 65 студентов в возрасте от 19 до 23 лет.

План эмпирического исследования, проведенного в рамках нашей работы, представлена в виде модели в таблице 2.2.1.

Таблица 2.2.1.

Модель эмпирического исследования.

№	Название	Цель
1	Беседа	Установление контакта, получение данных о стаже курения, возрасте начала курения и причинах, о наличии попыток бросить курить и наличии желания участия в программе психологической коррекции никотиновой зависимости.
2	Тест оценки степени никотиновой зависимости Фагерстрема	Тест разработан для оценки степени никотиновой зависимости.
3	Тест на мотивацию к отказу от курения (В.Ф. Левшин)	Предназначен для изучения степени мотивации пациента к отказу от курения.
4	Оценка мотивации к курению (А.Г. Чучалин)	Анализ ответов на приведенные вопросы даст возможность врачу и пациенту выделить факторы, стимулирующие пациента к курению, что позволит разобраться в причинах курения и спланировать, как нужно изменить поведение пациента на период отказа от курения.
5	Опросник для определения типа курительного поведения (Д. Хорна)	Диагностика типа курительного поведения помогает в выборе тактики при лечении табакокурения.
6	Тест	Диагностика наличия целей, удовлетворения, получаемом

	«Смысложизненные ориентации» (Д.А. Леонтьев)	при их достижении и уверенности в собственной способности ставить перед собой цели, выбирать задачи из наличных, и добиваться результатов.
7	Осуществление коррекционной работы	Снижение объема табакокурения или полное его прекращение.
8	Итоговое тестирование	Выявление количественных и качественных изменений показателей методик по итогам проведения коррекционной работы.

Результаты изучения выраженности степени никотиновой зависимости (полученные с помощью теста оценки степени никотиновой зависимости Фагерстрема) представлены на рисунке 2.2.1.

Как видно из данных рисунка, для 31 (48%) респондента характерен средний уровень никотиновой зависимости. Курение сопровождается определенными жизненными ситуациями таких студентов, осуществляется в одинаковых или схожих условиях, а также сопровождается однотипными действиями. Например, курение во время перерыва, после еды, при экзаменационном стрессе, а также при встрече друзей «за компанию». Таким образом, формируется ритуал, который сам по себе способствует успокоению, помогает переключаться с одной деятельности на другую.

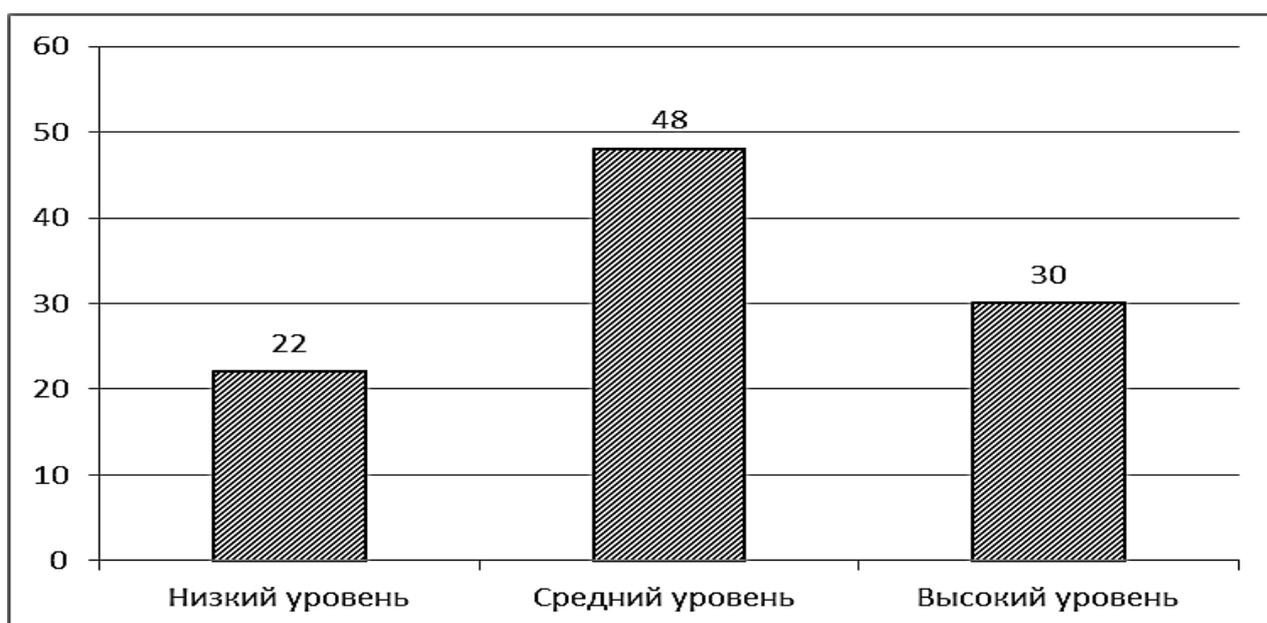


Рис. 2.2.1. Распределение выборки испытуемых по уровню никотиновой зависимости (в %)

Полученные результаты подтверждаются результатами беседы и анкетирования. Так, при ответе на вопрос о причине начала курения многие респонденты отвечали, что решили попробовать «за компанию», «предложили друзья», «в компании попробовала», «сплочение с коллективом» и т.д.

20 (30%) испытуемым свойственен высокий уровень никотиновой зависимости. Таким студентам сложно отказаться от никотина, так как попытки бросить курить вызывают у таких испытуемых не только психологические трудности, но и физиологические, например, такие неприятные ощущения в организме, как сильное тревога, головокружение, учащение пульса, мышечная слабость, беспричинное беспокойство и т.п.

Для 14 (22%) респондентов характерен низкий уровень никотиновой зависимости. В данном случае курение в основном зависит от психологических факторов: возникновения раздражительности, беспокойства, сниженного фона настроения, а также как способ ухода от проблем и стрессогенных факторов.

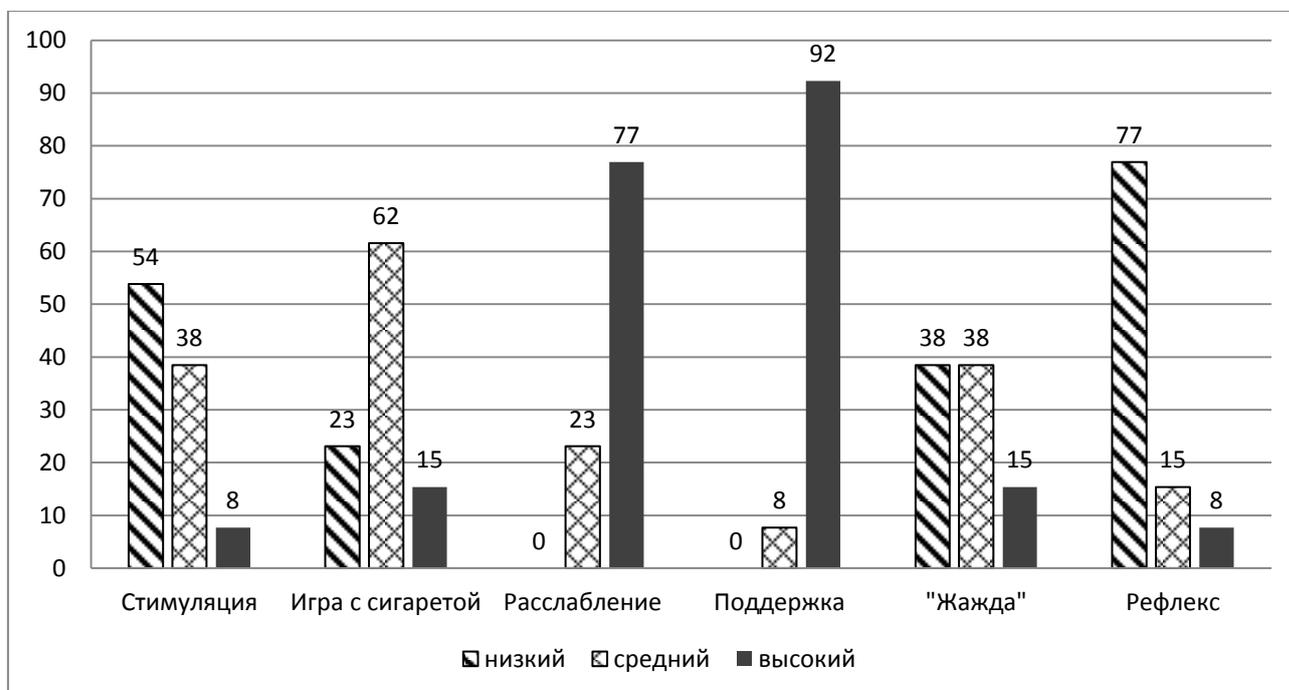


Рис. 2.2.2. Распределение выборки испытуемых по типу курительного поведения (в %)

На рисунке 2.2.2. представлены данные (полученные с помощью опросника для определения типа курительного поведения Д. Хорна) о распространенности типов курительного поведения в данной выборке.

Как видно из данных рисунка, 60 (92%) респондентов склонны к «Поддержке» - такому типу курительного поведения, при котором курение связывается с ситуациями стресса, волнения, эмоционального напряжения. Курение выступает регулятором негативных эмоций, средством к преодолению и снижению эмоционального напряжения. Вторым по распространённости – 50 (77%) респондентов - является тип «Расслабление». При этом типе курение зачастую происходит в комфортных для человека условиях и служит дополнительным или усиливающим средством получения удовольствия.

Полученные результаты также подтверждаются комментариями респондентов. Большинство из них подтвердило, что чаще всего их побуждают курить «стрессовые ситуации», «нервы», «бросил парень» и т.д. Многие респонденты утверждали, что курение «помогло расслабиться».

Наименее распространенными типами курительного поведения стали «Рефлекс» и «Стимуляция», к которым склонны по 5 (8%) респондентов. Оба типа являются типичными для высокой степени психологической и физической зависимости. Склонные к типу «Стимуляции» курящие убеждены в том, что сигарета способна взбодрить, снять усталость. У таких респондентов зачастую проявляются симптомы астении. Тип «Рефлекс» характеризуется неосознаванием причин курения, курение происходит автоматически, зачастую не замечается сам факт курения.

Результаты определения уровня мотивации к курению (полученные с помощью методики «Оценка мотивации к курению» А.Г. Чучалина) представлены на рисунке 2.2.3.

Как видно из данных рисунка, для 45 (69%) респондентов характерна высокая мотивация к курению. У таких студентов существует сильное желание курить, сформирована стойкая привычка к курению, в стрессовых ситуациях

возникает потребность манипулировать сигаретой (как поддержка при нервном напряжении). Среди ответов на вопросы анкеты у таких испытуемых встречались ответы «курю, когда нервничаю», «курю только во время сессии» и т.п.

При этом меньшему количеству респондентов (31%) респондентам свойственен средний уровень мотивации к курению. Такие студенты характеризуются желанием получить стимулирующий и расслабляющий эффект от курения.



Рис. 2.2.3. Распределение выборки испытуемых по уровню мотивации к курению (в %)

Такие респонденты в анкете чаще указывают, что курение является способом «расслабиться», «курение снимает стресс». Для некоторых испытуемых курение помогает выступать способом «успокоить мысли в порядок», «отвлечься от проблем», «уйти из стрессовой ситуации». Также курение является способом «нахождения общего языка в компании», «заводить выгодные знакомства», «расширять круг общения», «налаживать контакт».

Результаты изучения уровней мотивации к отказу от курения у респондентов (полученные с помощью теста на мотивацию к отказу от курения В.Ф. Левшина) представлены в виде рисунка 2.2.4.

Как видно из данных рисунка, для 10 (15%) респондентов характерен высокий уровень мотивации к отказу от курения. Полученные результаты свидетельствуют о готовности таких студентов к участию в программах, направленных на достижение полного отказа от курения. Эти респонденты замотивированы и имеют личностные ресурсы, необходимые, чтобы справиться с зависимостью.

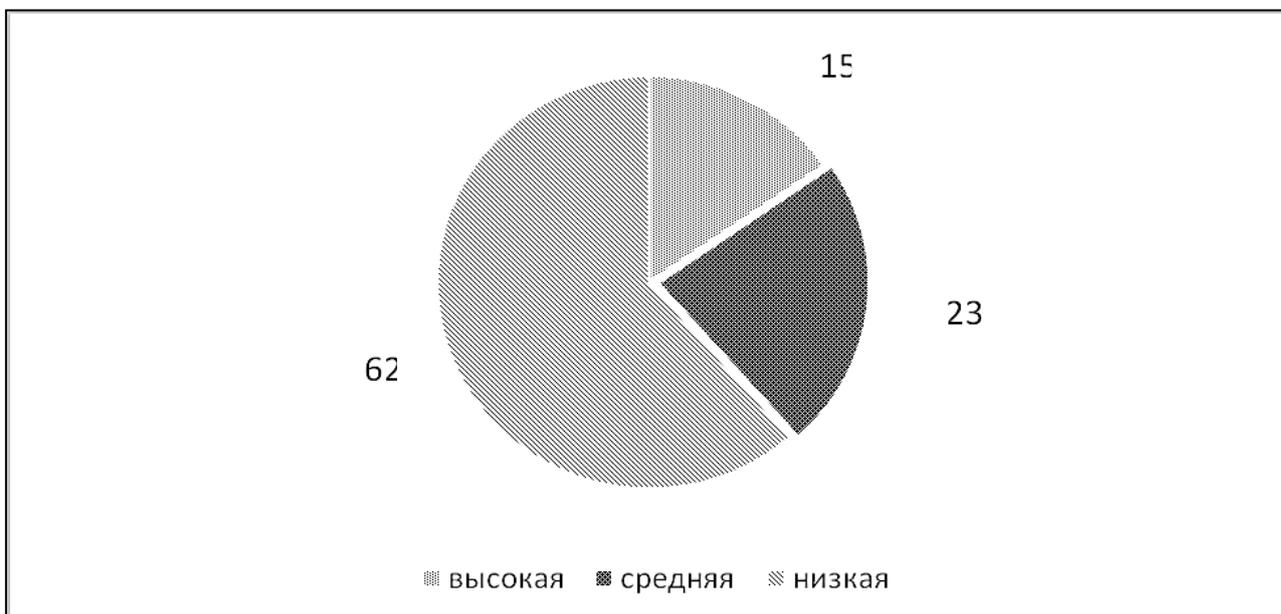


Рис. 2.2.4. Распределение выборки испытуемых по уровню мотивации к отказу от курения (в %)

Как видно из данных рисунка, для 10 (15%) респондентов характерен высокий уровень мотивации к отказу от курения. Полученные результаты свидетельствуют о готовности таких студентов к участию в программах, направленных на достижение полного отказа от курения. Эти респонденты замотивированы и имеют личностные ресурсы, необходимые, чтобы справиться с зависимостью.

В ходе беседы такие респонденты утверждали, что осведомлены о вреде курения («считаю, что это отталкивает», «вызывает рак»), а некоторые испытывали «отвращение» к курению и считали, что «нечем тут гордиться».

Стоит отметить, что многие респонденты скрывают факт курения от родных и близких. Для них были типичны такие высказывания: «не хочу разочаровывать», «стесняюсь», «мы договорились, что я не курю [с мамой]», «страх», скрывают из-за «родственных связей (мама)», «стыд и срам» и т.д.

15 (23%) респондентов обладают слабой мотивацией к отказу от курения. Таким студентам можно предложить краткосрочные программы, направленные на снижение объемов курения, а также повышение мотивации к отказу от курения.

40 (62%) низким уровнем мотивации к отказу от курения. Студенты, получившие такие результаты, не стремятся работать со своей зависимостью.

Результаты выраженности показателей ценностно-смысловой сферы у студентов с никотиновой зависимостью (полученные с помощью теста «Смыслоразнообразие ориентации» Д.А. Леонтьева) представлены в виде рисунка 2.2.5.

Как видно из данных рисунка, были получены следующие результаты. По шкале «Цели в жизни» 10 (15%) респондентов имеют низкие показатели, что характеризует их как людей, живущих сегодняшним или вчерашним днем. 15 (23%) респондентов, показавших высокий уровень по данной шкале, могут быть охарактеризованы, как обладатели целей на будущее, придающих жизни осмысленность, направленность и временную перспективу. Средний уровень по шкале был выявлен у 40 (62%) респондентов.

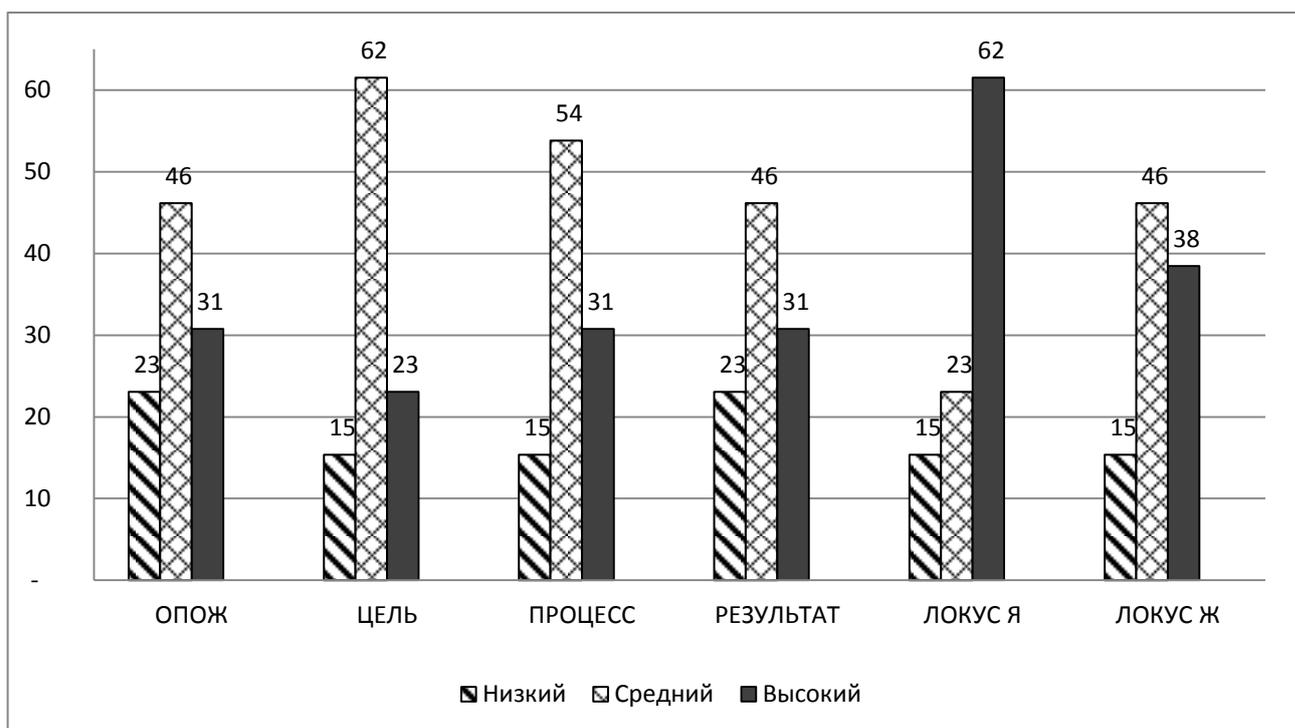


Рис.2.2.5. Распределение выборки испытуемых по уровням шкал СЖО (в %)

По шкале «Процесс жизни» 10 (15%) участников исследования обладают низкими баллами, что может свидетельствовать о неудовлетворенности своей жизнью и настоящим. Высокие балы по данной шкале и низкие по другим будут характеризовать гедониста, живущего сегодняшним днем. В целом, этот показатель говорит о том, воспринимает ли испытуемый сам процесс своей жизни как интересный, эмоционально насыщенный и наполненный смыслом. Высокими баллами по шкале обладают 20 (31%) респондента и 35 (54%) средними баллами.

Баллы по шкале «Результат жизни» (удовлетворенность самореализацией) отражают оценку пройденного отрезка жизни, ощущение того, насколько продуктивна и осмысленна была прожитая ее часть. Таким образом, 20 (31%) респондентов обладают высокими баллами по этой шкале, что характеризует таких студентов как людей, которые ориентированы на прошлое, которое способно придавать смысл остатку жизни. Низкие баллы у 15 (23%) респондентов свидетельствуют о неудовлетворенности прожитой частью жизни.

По шкале «Локус контроля – Я» 40 (62%) респондентов обладают высокими показателями. Такие студенты имеют представление о себе как о сильной личности, обладающей достаточной свободой выбора, чтобы построить свою жизнь в соответствии со своими целями и представлениями о ее смысле. 15 (23%) респондентов обладают средними баллами и 10 (15%) – низкими, что говорит о неверии в свои силы контролировать события собственной жизни.

Шкала «Локуса контроля – Жизнь» указывает на убежденность респондентов в том, что им дано контролировать свою жизнь, свободно принимать решения и воплощать их в жизнь при высоких показателях – 25 (38%), а при низких баллах – 10 (15%) – характеризует респондентов как убежденных в том, что их жизнь неподвластна сознанию и что-то загадывать бессмысленно (фатализм). Средние баллы по данной шкале выявлены у 30 (46%) респондентов.

В результате проведенного корреляционного анализа (коэффициент корреляции r Пирсона, с помощью SPSS Statistics) у испытуемых была выявлена статистически значимая связь между шкалами «Стимуляция» ($r_{эмп}=0,508$, $p=0,01$), «Поддержка» ($r_{эмп}=0,455$, $p=0,01$), «Расслабление» ($r_{эмп}=0,322$, $p=0,05$) и низким уровнем мотивации отказа от курения.

Исходя из полученных результатов, можно говорить о том, что нежелание студентов избавляться от никотиновой зависимости связано со стимулирующим и расслабляющим эффектом сигарет, а также с опытом нивелирования эмоционального напряжения, дискомфорта в ситуациях волнения посредством курения. Такие студенты могут курить, чтобы собраться с духом, преодолеть застенчивость, сдерживать гнев, разобраться в неприятной ситуации и т.п.

Для удобства восприятия результаты корреляционного анализа отображены в виде рисунка 2.2.6.

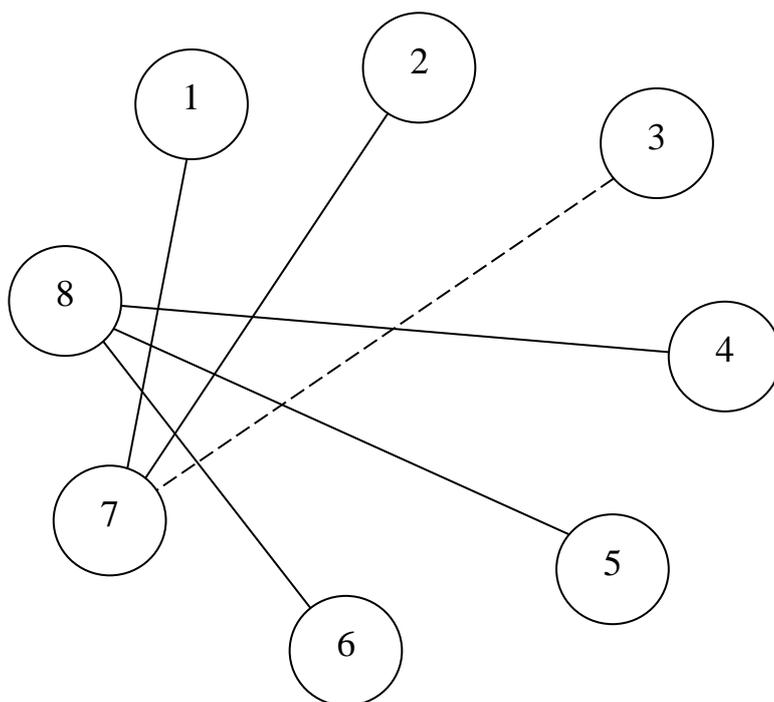


Рис. 2.2.6. Результаты исследования связи типов курительного поведения и мотивации отказа от курения, смысложизненных ориентаций и уровней никотиновой зависимости.

Условные обозначения:

1. Цифрами обозначены шкалы: 1 – «Стимуляция»; 2 – «Поддержка»; 3 – «Расслабление»; 4 – «Процесс жизни»; 5 – «Локус контроля – Я»; 6 – «Локус контроля – Жизнь»; 7 – низкий уровень мотивации отказа от курения; 8 – низкий уровень никотиновой зависимости.

2. Линиями обозначены уровни значимости корреляции:

$p \leq 0,05$ -----

$p \leq 0,01$ _____

Статистически значимая связь выявлена между шкалами «Процесс жизни» ($r_{эмп}=0,437$, $p=0,01$), «Локус контроля – Я» ($r_{эмп}=0,436$, $p=0,01$), «Локус контроля – Жизнь» ($r_{эмп}=0,426$, $p=0,01$) и низким уровнем никотиновой зависимости. Исходя из этого, наличие интереса и эмоциональная насыщенность жизни, стремление строить свою жизнь в соответствии со своими целями и задачами, контролировать события собственной жизни может способствовать снижению никотиновой зависимости.

Для удобства восприятия результаты корреляционного анализа отображены в виде рисунка 2.2.6.

Полученная корреляционная плеяда включает в себя несколько ядер, что характеризует ее как открытую, также она не имеет замкнутых связей, что может свидетельствовать о ее динамичности и неустойчивости. Такие показатели могут говорить о том, что данная структура в любой момент может быть подвержена изменениям.

Таким образом, по результатам проведенного исследования нами было выявлено, что для около половины респондентов характерен средний уровень никотиновой зависимости. Курение сопровождается определенными жизненными ситуациями таких студентов, осуществляется в одинаковых или схожих условиях, а также сопровождается однотипными действиями. Например, курение во время перерыва, после еды, при экзаменационном стрессе, а также при встрече друзей «за компанию». Таким образом, формируется ритуал, который сам по себе способствует успокоению, помогает переключаться с одной деятельности на другую. Полученные данные также были подтверждены результатами беседы и анкетирования. Так, при ответе на вопрос о причине начала курения многие респонденты отвечали, что решили попробовать «за компанию», «предложили друзья», «в компании попробовала», «сплочение с коллективом» и т.д. Большинство респондентов склонны к такому типу курительного поведения, при котором курение связывается с ситуациями стресса, волнения, эмоционального напряжения. Курение выступает регулятором негативных эмоций, средством к преодолению и снижению эмоционального напряжения. Следующим по распространённости является такой тип курительного поведения, при котором курение зачастую происходит в комфортных для человека условиях и служит дополнительным или усиливающим средством получения удовольствия. Полученные результаты также были подтверждены комментариями респондентов. Большинство из них подтвердило, что чаще всего их побуждают курить «стрессовые ситуации», «нервы», «бросил парень» и т.д. Многие респонденты утверждали, что курение «помогло расслабиться». Кроме того, было выявлено, что респонденты не удовлетворены своей жизнью и настоящим. Студенты в большинстве ориентированы на прошлое.

Полученные результаты также свидетельствуют о неудовлетворенности респондентов прожитой частью жизни.

2.3. Организация, внедрение и оценка эффективности программы психокоррекции никотиновой зависимости у юношей.

Таким образом, по результатам проведенного исследования из общей выборки нами были отобраны студенты, чей курительный стаж менее года ли незначительно превышает, в количестве 36 человек, которые были поделены нами на две группы: контрольную (18 человек) и экспериментальную (18 человек).

В ходе статистической обработки данных (с помощью Microsoft Excel) с использованием критерия t-Стьюдента для независимых выборок значимых различий по исследуемым группам выявлено не было.

Респонденты обеих групп в равной степени склонны к курительному поведению, при котором курение связывается с ситуациями стресса, волнения, эмоционального напряжения. Процесс курения выступает регулятором негативных эмоций, средством к преодолению и снижению эмоционального напряжения, что было отмечено самими респондентами в ходе беседы. Курение среди респондентов обеих групп зачастую происходит в комфортных для них условиях, что служит дополнительным усиливающим средством получения удовольствия. Курящие студенты обеих групп убеждены в том, что сигарета способна взбодрить, снять усталость. Участники исследования в одинаковой степени не удовлетворены своей жизнью в настоящий момент, они воспринимают процесс своей жизни как неинтересный, эмоционально ненасыщенный и ненаполненный смыслом.

По результатам первичного исследования для студентов экспериментальной группы была разработана специальная программа,

направленная на коррекцию никотиновой зависимости у студентов со стажем табакокурения меньше одного года.

Этапы реализации коррекционно-развивающей программы:

1. Установочный этап – включающий в себя сбор диагностического материала;
2. Коррекционно-развивающий этап;
3. Заключительный этап: анализ и подведение итогов работы.

Цель программы: снижение объема табакокурения или полное его прекращение.

Задачи программы:

1. Повысить уровень мотивации к отказу от курения;
2. Развить навыки самоанализа и самопомощи;
3. Развить рефлексивную позицию по отношению к зависимости.

Методические средства реализации программы: упражнения когнитивно-поведенческой терапии.

Прогнозируемые результаты: снижение мотивации к табакокурению и повышение уровня мотивации к отказу от табакокурения.

Структура занятия:

1. Приветствие (позволяет создать атмосферу группового принятия);
2. Проверка домашнего задания, обсуждение трудностей, с которыми столкнулись клиенты (позволяется настроить группу на рабочий лад, актуализировать информацию прошлых занятий);
3. Основное содержание занятий – совокупность психотехнических упражнений и приемов, направленных на решение задач данного занятия;
4. Рефлексия – выражение эмоционально отношения к занятию.

Сроки реализации программы: общая продолжительность программы составляет 11 групповых занятий по 50 минут. Занятия проводились психологом-практикантом 2-3 раза в неделю. В программе приняло участие 18 человек, которые были поделены на две равные группы по 9 человек. Первые два занятия имеют ознакомительную форму и являются обязательными для

успешного освоения метода. Тематическое планирование программы коррекции никотиновой зависимости представлено в виде таблицы 2.3.2.:

Таблица 2.3.2.

Тематическое планирование программы коррекции никотиновой зависимости.

Цель занятия	Содержание занятия
Знакомство участников. Установление психотерапевтического контракта. Установка правил, обсуждение санкций, прав и обязанностей, организационные моменты. Введение в метод работы.	Правила работы в группе; Установка психотерапевтического контракта, постановка целей групповой терапии; «Знакомство»; Введение в метод терапии; «Дневник»; Рефлексия.
Групповое занятие. Проверка домашнего задания, обучение методу самоанализа, обучение диспуту иррациональных убеждений, обсуждение возникающих в ходе терапии сложностей.	Работа с дневником; «СМЭР»; Техника «Падающей стрелы»; «Незаконченные предложения»; «Горячий стул»; Работа в тройках; «Диспут»; Рефлексия.
Проверка домашнего задания, совершенствование метода самоанализа и диспута, разбор навыков установления личностных границ, обсуждение возникающих в ходе терапии сложностей.	Работа с дневником; «СМЭР»; «Границы – умение говорить НЕТ!»; Работа в тройках; «Диспут»; Рефлексия.
Проверка домашнего задания, совершенствование метода самоанализа, диспут, работа с соматическими проявлениями напряжения (нервно-мышечная прогрессивная релаксация, обсуждение возникающих в ходе терапии сложностей.	Работа с дневником; «СМЭР»; «Диспут»; «Нервно-мышечная прогрессивная релаксация»; Рефлексия.
Проверка домашнего задания, совершенствование метода самоанализа, диспут, разбор навыка выдвигать требования в формальных и неформальных отношениях, обсуждение возникающих в ходе терапии сложностей.	Работа с дневником; «СМЭР»; «Требование/просьба»; «Горячий стул»; Работа в тройках; «Диспут»; Рефлексия.

<p>Проверка домашнего задания, совершенствование метода самоанализа, диспут иррациональных убеждений, обсуждение возникающих в ходе терапии трудностей, разбор навыка открытого выражения чувств.</p>	<p>Работа с дневником; «Нервно-мышечная прогрессивная релаксация»; «Открытое выражение чувств»; «Горячий стул»; Работа в тройках; «Диспут»; Рефлексия.</p>
<p>Проверка домашнего задания, совершенствование метода самоанализа, диспут иррациональных убеждений, обсуждение возникающих в ходе терапии сложностей, работа с соматическими проявлениями напряжения (нервно-мышечная прогрессивная релаксация).</p>	<p>Работа с дневником; «СМЭР»; «Диспут»; Поиск и выявление ИУ в сфере установления, поддержания и разрыва контакта; «Горячий стул»; Работа в тройках; «Нервно-мышечная прогрессивная релаксация»; Рефлексия.</p>
<p>Проверка домашнего задания, совершенствование метода самоанализа, диспут иррациональных убеждений, обсуждение наличия «срывов», расширение техник для самостоятельной проработки и самоанализа, обучение техникам поиска ресурса и «мишеней» для работы.</p>	<p>Работа с дневником; «Метод РЭПТ»; Техника «Незаконченные предложения»; «Горячий стул»; Работа в тройках; «Сосуд»; Рефлексия.</p>
<p>Проверка домашнего задания, совершенствование метода самоанализа, диспут иррациональных убеждений, демонстрация закрепленных навыков, обсуждение возникающих в ходе терапии сложностей, групповой разбор кейсов.</p>	<p>Работа с дневником; «СМЭР»; «Границы – умение говорить НЕТ!»; «Открытое выражение чувств»; «Нервно-мышечная прогрессивная релаксация»; Рефлексия.</p>
<p>Проверка домашнего задания, совершенствование метода самоанализа, диспут иррациональных убеждений, демонстрация закрепленных навыков, обсуждение возникающих в ходе терапии сложностей, групповой разбор кейсов.</p>	<p>Работа с дневником; «СМЭР»; «Требование/просьба»; «Открытое выражение чувств»; «Нервно-мышечная прогрессивная релаксация»; Рефлексия.</p>

Проверка домашнего задания, совершенствование метода самоанализа, подведение итогов.	«СМЭР»; «Выполнение контракта»; Анализ процесса; Диагностика; Рефлексия.
--	--

По итогам проведенной коррекционно-развивающей работы по разработанной нами программе, в ходе итогового тестирования экспериментальной группы были получены результаты, свидетельствующие о наличии положительной динамики в коррекции никотиновой зависимости у студентов с разным уровнем мотивации к курению. Итоговое тестирование также было пройдено контрольной группой, однако по результатам статистической обработки данных различий между показателями предварительного и итогового тестирования этой группы выявлено не было.

Результаты, изучения выраженности степени никотиновой зависимости, полученные в ходе итогового тестирования респондентов экспериментальной и контрольной групп (помощью теста оценки степени никотиновой зависимости Фагерстрема), представлены в виде рисунка 2.3.7.:

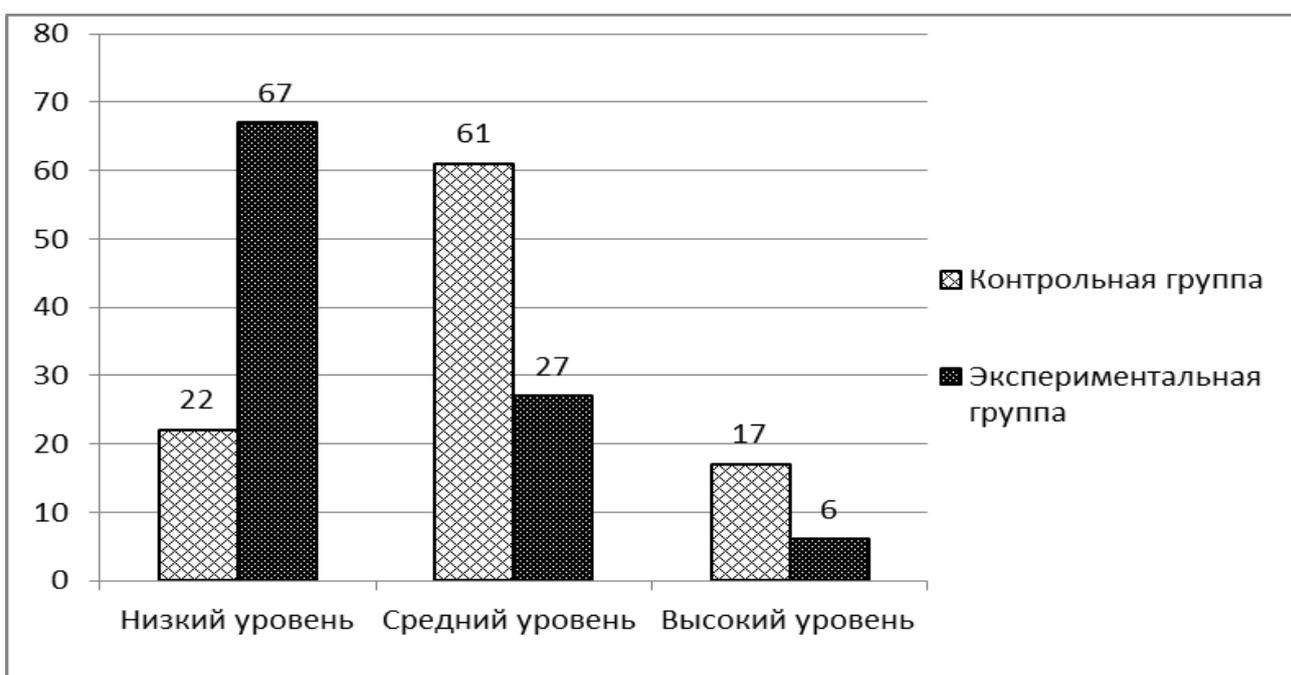


Рис. 2.3.7. Распределение испытуемых по выраженности степени никотиновой зависимости после коррекционно-развивающей программы (в %)

Как следует из данных рисунка, по результатам коррекционной работы наметилась положительная динамика по отношению к уровню никотиновой зависимости в экспериментальной группе: показатели имеют тенденцию к улучшению. В результате проведенной статистической обработки данных (с помощью Microsoft Excel) с использованием критерия t-Стьюдента для независимых выборок были получены статистически достоверные различия по шкалам «Низкий уровень» ($t_{Эмп}=7,6$; $p \leq 0,01$) и «Средний уровень» ($t_{Эмп}=6,3$; $p \leq 0,01$). После проведенной коррекционной работы низкий уровень никотиновой зависимости характерен для 67% респондентов экспериментальной группы. Средний уровень выявлен у 27% испытуемых, а высокий – у 6%.

По результатам статистической обработки данных различий между показателями предварительного и итогового тестирования контрольной группы выявлено не было.

На рисунке 2.3.8. представлены данные (полученные с помощью опросника для определения типа курительного поведения Д. Хорна) о распространенности типов курительного поведения в контрольной и экспериментальной группах.

Как видно из данных рисунка, по результатам коррекционной работы наметилась положительная динамика в экспериментальной группе.

В результате проведенной статистической обработки данных достоверные различия выявлены по шкалам «Расслабление» ($t_{Эмп}=6,9$; $p \leq 0,01$), «Поддержка» ($t_{Эмп}=6,6$; $p \leq 0,01$), «Стимуляция» ($t_{Эмп}=5,2$; $p \leq 0,01$).

Полученные результаты свидетельствуют о снижении выраженности показателей «Расслабление» (ср.знач. = 3,2 балла), «Поддержка» (ср.знач. = 6,7 баллов) и «Стимуляция» (ср.знач. = 5,9 баллов), что в свою очередь свидетельствует о снижении потребности студентов экспериментальной группы в курении в стрессовых ситуациях, при эмоциональном напряжении и

дискомфорта. Студенты научились контролировать свои негативные эмоциональные состояния без использования сигарет.

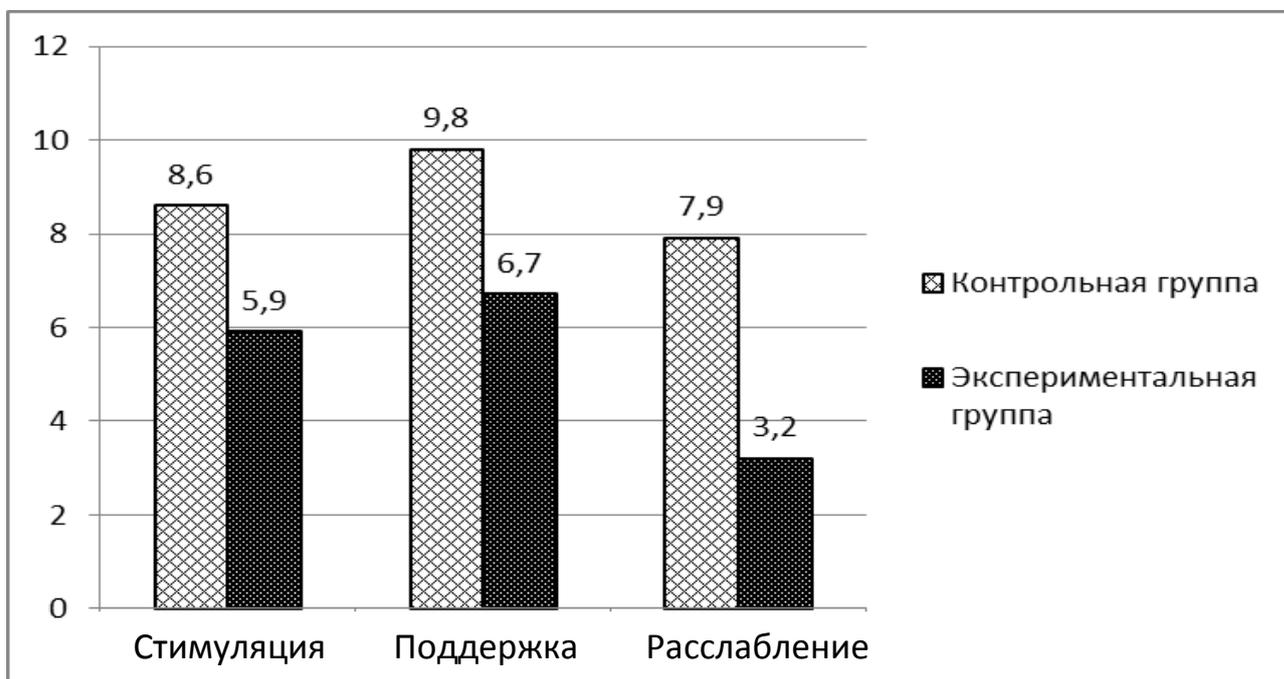


Рис. 2.3.8. Выраженность типа курительного поведения в группах после коррекционно-развивающей программы (в баллах)

Исходя из полученных результатов, можно говорить о том, что нежелание студентов избавляться от никотиновой зависимости связанное со стимулирующим и расслабляющим эффектом сигарет, а также с опытом нивелирования эмоционального напряжения, дискомфорта в ситуациях волнения посредством курения понизилось. Таким студентам более не нужно курить, чтобы собраться с духом, преодолеть застенчивость, сдержать гнев, разобраться в неприятной

Результаты определения уровня мотивации к курению у респондентов обеих групп (полученные с помощью методики «Оценка мотивации к курению» А.Г. Чучалина) представлены на рисунке 2.3.9.

Как следует из данных рисунка, по результатам коррекционной работы наметилась положительная динамика по отношению к снижению мотивации к курению у респондентов экспериментальной группы.

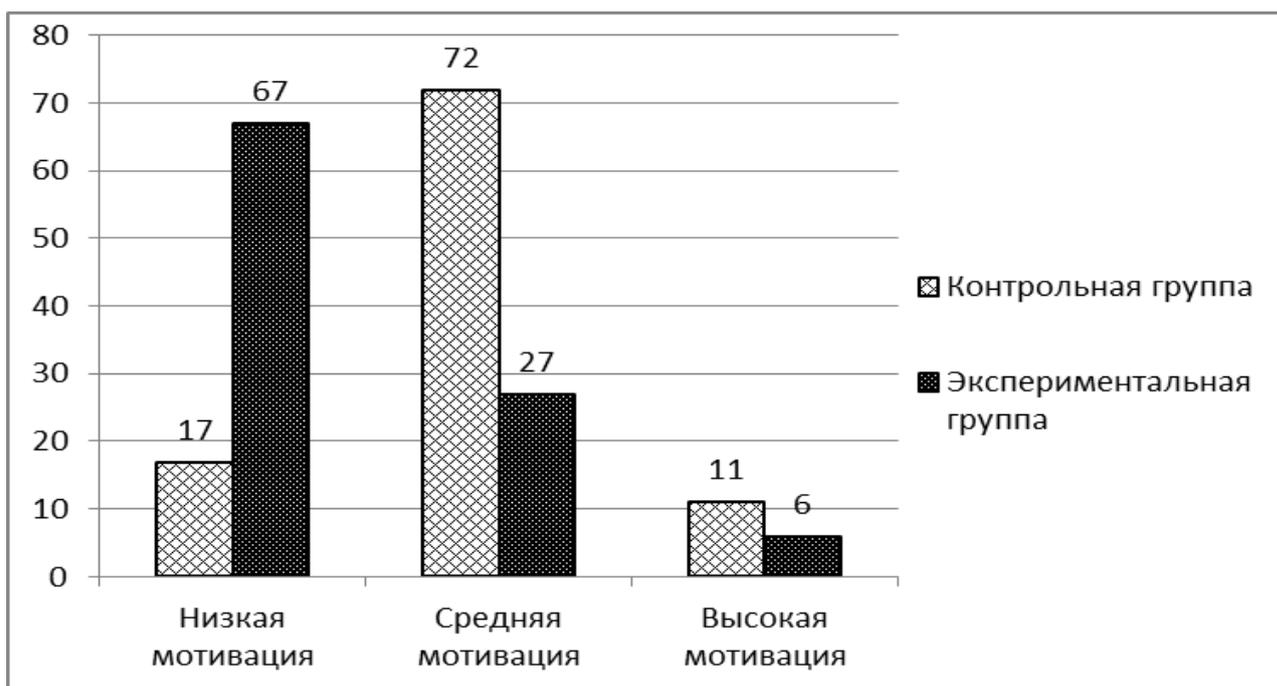


Рис. 2.3.9. Распределение выборки испытуемых по уровням мотивации к курению после коррекционно-развивающей программы (в %)

В результате проведенной статистической обработки данных (с помощью Microsoft Excel) с использованием критерия t-Стьюдента для независимых выборок были получены статистически достоверные различия по шкалам «Низкая мотивация» ($t_{Эмп}=4,8$; $p \leq 0,01$) и «Средняя мотивация» ($t_{Эмп}=4,5$; $p \leq 0,01$).

Для большинства респондентов контрольной группы в большей степени характерен средний уровень мотивации к курению. Такие студенты характеризуются желанием получить стимулирующий и расслабляющий эффект от курения., в то время как у 12 (67%) респондентов экспериментальной группы было отмечено снижение уровня мотивации к курению.

Из полученных данных можно судить о том, что по результатам коррекционно-развивающего этапа нашего исследования среди студентов экспериментальной группы желающих курить стало меньше.

Результаты изучения уровней мотивации к отказу от курения у респондентов (полученные с помощью теста на мотивацию к отказу от курения В.Ф. Левшина) представлены в виде рисунка 2.3.10.:

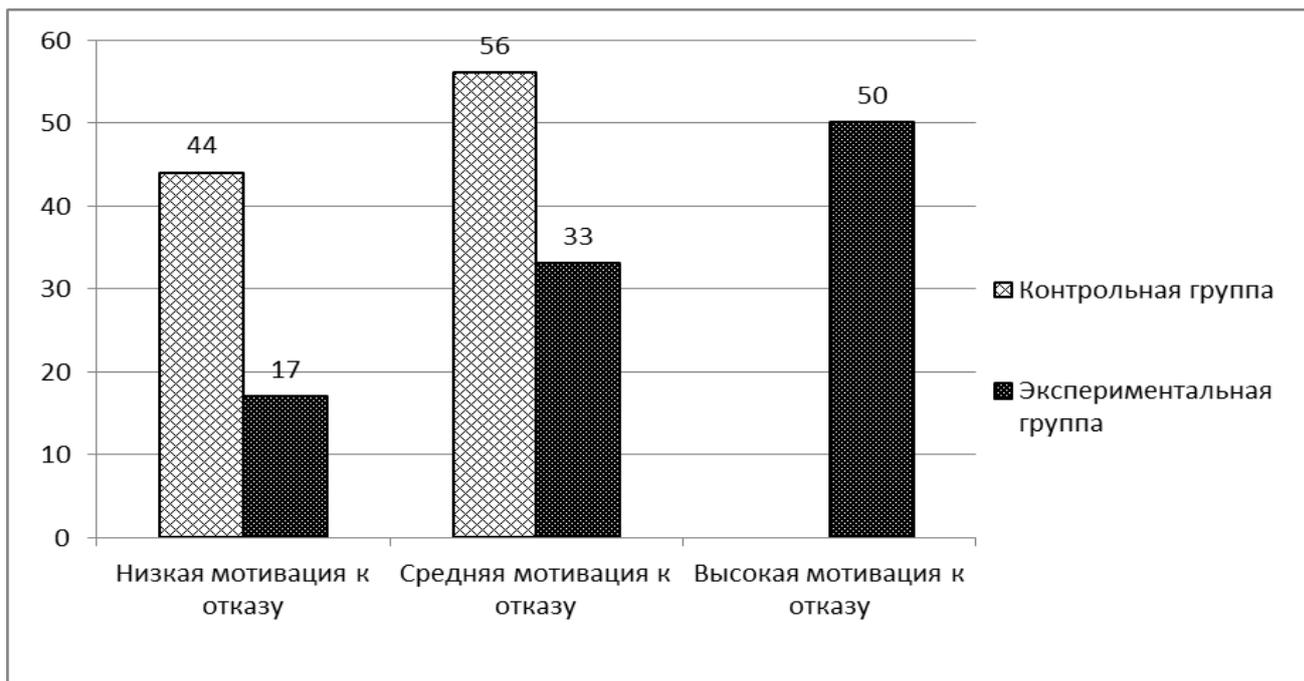


Рис. 2.3.10. Распределение выборки испытуемых по выраженности мотивации к отказу от курения после коррекционно-развивающей программы (в %)

Как следует из данных рисунка, по результатам коррекционной работы наметилась положительная динамика по отношению к мотивации к отказу от курения у респондентов экспериментальной группы.

Высокий уровень мотивации к отказу от курения выявлен у 9 (50%) респондентов экспериментальной группы. Полученные результаты свидетельствуют о том, что по окончании коррекционной программы половина студентов экспериментальной группы готова значительно снизить количество сигарет или полностью отказаться от курения.

Стоит отметить, что среди респондентов контрольной группы не было выявлено студентов с высоким уровнем мотивации к отказу от курения.

Результаты выраженности показателей ценностно-смысловой сферы у студентов с никотиновой зависимостью (полученные с помощью теста «Смыслжизненные ориентации» Д.А. Леонтьева) представлены в виде рисунка 2.3.11.:

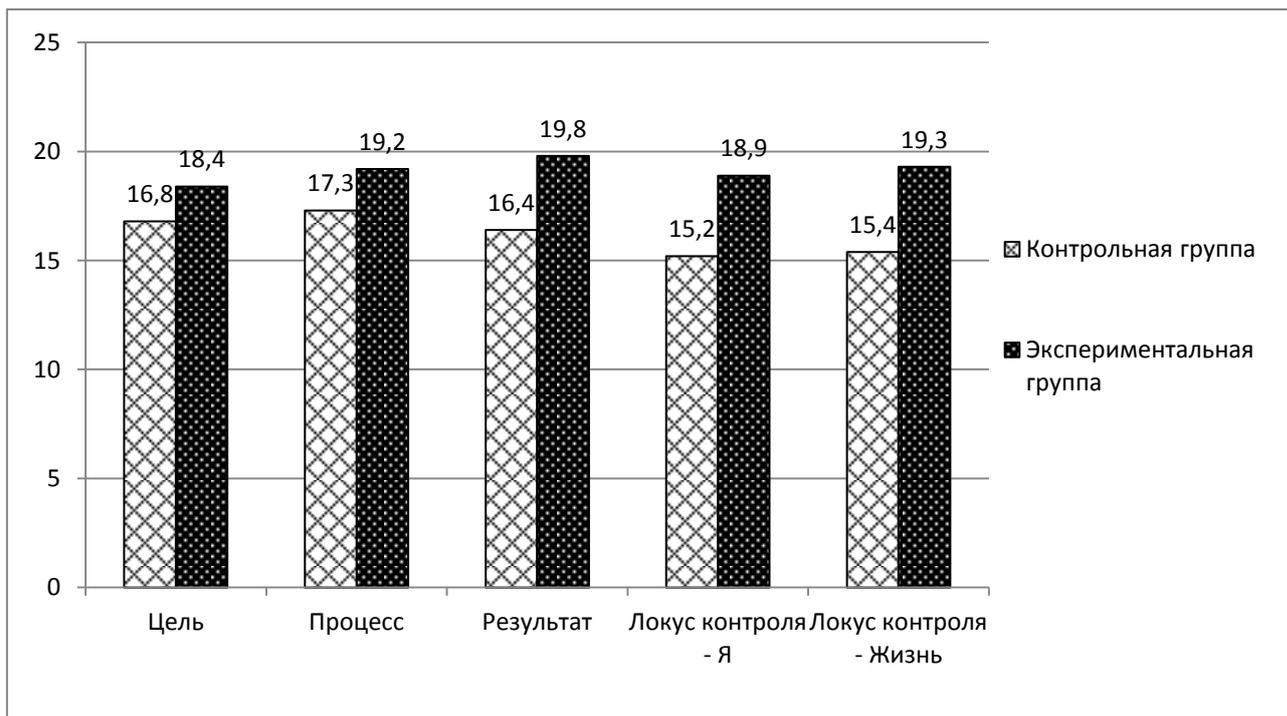


Рис. 2.3.11. Выраженность показателей по шкалам СЖО в выборке испытуемых после коррекционно-развивающей работы (средние значения)

Как следует из данных рисунка, по результатам коррекционной работы наметилась положительная динамика по отношению к осмысленности жизни испытуемых. Не было выявлено высоких показателей, однако они имеют тенденцию к улучшению. В результате проведенной статистической обработки данных (с помощью Microsoft Excel) с использованием критерия t-Стьюдента для независимых выборок были получены статистически достоверные различия по шкалам «Процесс жизни» ($t_{Эмп}=3,7$; $p \leq 0,05$), «Лocus контроля - Я» ($t_{Эмп}=3,6$; $p \leq 0,05$), «Лocus контроля - Жизнь» ($t_{Эмп}=3,5$; $p \leq 0,05$).

Низкие баллы по шкале «Процесс жизни», выражающей интерес и эмоциональную насыщенность жизни, получены у респондентов контрольной группы (ср.знач.=17,3 баллов). Полученные данные говорят о неудовлетворенности таких студентов своей жизнью в настоящем; при этом ей могут придавать полноценный смысл воспоминания о прошлом. Среди респондентов экспериментальной группы (ср.знач.=19,2 баллов) выявлена восходящая тенденция, что свидетельствует о способности таких студентов

воспринимать процесс своей жизни как интересный и эмоционально насыщенный.

Тенденция к высоким показателям выявлена у респондентов экспериментальной группы по шкалам «Локус контроля - Я» (ср. знач. = 18,9 баллов) и «Локус контроля - Жизнь» (ср. знач. =19,3 балл). Полученные результаты свидетельствуют о том, что, по сравнению с респондентами контрольной группы, студенты экспериментальной группы имеют представление о себе как об обладающей свободой выбора сильной личности. Они готовы строить свою жизнь в соответствии со своими целями и смыслами.

Таким образом, по результатам коррекционно-развивающей работы выявлены статистически значимые различия между респондентами экспериментальной и контрольной групп. Полученные нами данные свидетельствуют о том, что в отличие от респондентов контрольной группы респонденты экспериментальной группы характеризуются большей осмысленностью своей жизни, наличием мотивации к отказу от курения. По итогам коррекционной работы выявлена положительная динамика к снижению никотиновой зависимости у студентов экспериментальной группы. Такие студенты реже испытывают потребность в курении в стрессовых ситуациях, при эмоциональном напряжении и дискомфорте. Студенты экспериментальной группы научились контролировать свои негативные эмоциональные состояния без использования сигарет, а также готовы значительно снизить количество сигарет или полностью отказаться от курения.

Заключение

В результате нашей работы мы выяснили, что авторы выделяют три подхода к пониманию зависимости. В первом случае зависимость считается болезнью (Л.А. Кривцова, Г.М. Сахарова), второй подход к пониманию зависимости является концепцией ухода в зависимость, как попытки самолечения (К. Брейди), а третья концепция, так называемая модель выбора (М. Льюис), рассматривает зависимость сквозь призму сознательного компонента, а не биологического. На наш взгляд, никотиновую зависимость стоит рассматривать как продукт выбора. Такой подход наиболее продуктивен при составлении плана реабилитации психотерапевтом. Модель болезни имеет

свои плюсы и достоинства, но спустя десятки лет статистика говорит о возникновении многочисленных рецидивов у зависимых, прошедших реабилитацию в роли больных. Работа с зависимыми осложнена функциональными изменениями во взаимодействии структур мозга, в связи с чем терапия должна иметь четкую структуру, план видения клиента, этапы и последовательность. А понимание причин ухода в зависимость помогает раннему выявлению юношей и подростков с высоким риском склонности к никотиновой зависимости для осуществления своевременной профилактики. Одним из современных направлений психотерапии зависимости является Smart Recovery – терапевтический подход, объединивший как когнитивно-поведенческие методы работы, так и межличностное общение в группах. Данный подход опирается на значимость самосовершенствования и изменения себя (К. Льюис). Групповые программы могут также включать проактивные линии поддержки, если таковые имеются, которые являются очень полезными инструментами (К.М. Керрол). Когнитивно-бихевиоральное направление, по мнению И.В. Андрющенко, учит клиента анализировать мысли, подталкивающие его к курению, ситуации, провоцирующие эти мысли, что поможет ему в дальнейшем контролировать поведенческие реакции в виде употребления табака. Также, помимо обучения навыкам самоанализа и саморефлексии, необходимо осуществление поддержки зависимого, и подкрепление мотивации к отказу от курения на протяжении всего периода выхода из зависимости.

По результатам предварительного тестирования было выявлено, что респонденты обеих групп в равной степени склонны к курительному поведению, при котором курение связывается с ситуациями стресса, волнения, эмоционального напряжения. Курение выступает регулятором негативных эмоций, средством к преодолению и снижению эмоционального напряжения. Курение респондентов обеих групп зачастую происходит в комфортных для них условиях, что служит дополнительным усиливающим средством получения удовольствия. Курящие студенты обеих групп убеждены в том, что сигарета

способна взбодрить, снять усталость. Участники исследования в одинаковой степени не удовлетворены своей жизнью в настоящий момент, они воспринимают процесс своей жизни как неинтересный, эмоционально ненасыщенный и ненаполненный смыслом. Более половины респондентов характеризовались средними и высокими показателями по уровню никотиновой зависимости.

В ходе исследования была разработана коррекционно-развивающая программа, направленная на снижения объема табакокурения или полного прекращения. В основу программы лег метод когнитивно-поведенческого направления.

В результате проведенной коррекционно-развивающей работы, были получены результаты, свидетельствующие о наличии положительной динамики у студентов экспериментальной группы. Выявлены статистически значимые различия между респондентами экспериментальной и контрольной групп.

Полученные нами данные свидетельствуют о том, что в отличие от респондентов контрольной группы респонденты экспериментальной группы характеризуются большей осмысленностью своей жизни, наличием мотивации к отказу от курения. По итогам коррекционной работы выявлена положительная динамика к снижению никотиновой зависимости у студентов экспериментальной группы. Такие студенты реже испытывают потребность в курении в стрессовых ситуациях, при эмоциональном напряжении и дискомфорте. Студенты экспериментальной группы научились контролировать свои негативные эмоциональные состояния без использования сигарет, а также готовы значительно снизить количество сигарет или полностью отказаться от курения.

По результатам ретестирования можно говорить о наличии положительной динамики выхода из зависимости и начала ремиссии. При условии продолжения использования полученных навыков в ходе терапии участники группы смогут самостоятельно преодолеть тягу к зависимости и снизить интенсивность курения или полностью отказаться от него.

Таким образом, по результатам исследования наша гипотеза подтвердилась: у лиц с никотиновой зависимостью существует взаимосвязь типа курительного поведения с уровнем мотивации отказа от курения: при выраженности типов курения «Стимуляция», «Расслабление» и «Поддержка» мотивация отказа от курения характеризуется низким уровнем. Степень никотиновой зависимости будет связана с особенностями смысложизненных ориентаций: при высокой выраженности показателей «Процесс жизни», «Локус контроля – Я» и «Локус контроля – Жизнь» степень зависимости будет характеризоваться низким уровнем.

Список использованных источников

1. Александров, А.А. Профилактика курения: роль и место психолога / А.А. Александров, В.Ю. Александрова // Вопросы психологии. - М., 1999. - №4.
2. Андрющенко, И.В. Комплексный подход к лечению табакокурения и никотиновой зависимости / И.В. Андрющенко, Е.В. Малинина // Лечащий врач. - 2012. - №3.

3. Антонов, Н.С. Хроническая обструктивная болезнь легких у курильщиков: ранняя стадия / Н.С. Антонов, Г.М. Сахарова // Терапевтический архив. - 2009. - Т. 81, № 3. - С. 82–84.
4. Бандура, А. Теория социального научения / А. Бандура. - СПб.: Евразия, 2000. - 320 с.
5. Баранова, Л.М. Применение методов когнитивно-поведенческой психотерапии и психической саморегуляции при лечении пациентов с табакокурением / Л.М. Баранова // Здоровье. Медицинская экология. Наука. - 2016. - №1(64).
6. Батищев, В.В. Методология организации программы психотерапии и реабилитации больных зависимостью от психоактивных веществ, имеющих низкий уровень мотивации на лечение / В.В. Батищев, Н.В. Негериш. - М., 2001. - 184 с.
7. Бек, А. Когнитивная терапия депрессии / А. Бек, А. Раш, Б. Шо. - СПб.: Питер, 2003. - 304 с.
8. Вилюнас, В. К. Психологические механизмы мотивации человека / В. К. Вилюнас. - М., 2000. - 288 с.
9. Венар, Ч. Психопатология развития детского и подросткового возраста / Ч. Венар, П. Кериг. - СПб.: Прайм, 2004. - 384 с.
10. Ганнушкин, П.Б. Особенности эмоциональной-волевой сферы при психопатиях / П.Б. Ганушкин // Психология эмоций. Тексты. - М., 1984. - 279 с.
11. Грязнов, И.М. Специфика взаимосвязи ценностно-смысловых ориентаций и личностных особенностей лиц с алкогольной зависимостью/ И.М. Грязнов // Современные проблемы науки и образования. - 2013. - №6.- С. 6-8.
12. Демин, А.К. Лечение табачной зависимости. Нелекарственное лечение потребления табака и табачной зависимости / А.К. Демин // Наркология. - 2014. - № 3. - С. 8-16.

13. Доронина, В.Ф. Смысложизненные ориентации студентов-первокурсников с разным уровнем интернет-зависимости / В.Ф. Доронина // Молодой ученый. - 2017. - №4. - С. 11-13.
14. Егоров, А.Ю. Нехимические зависимости / А.Ю. Егоров. - СПб.: Речь, 2007. - 190 с.
15. Еричев, А.Н. Когнитивно-поведенческая психотерапия зависимости от никотина у больных шизофренией / А.Н. Еричев, Б.Г. Бутома, А.Г. Софронов // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. - 2012. - №7. - С. 12-13.
16. Ильин, Е.П. Мотивации и мотивы / Е.П. Ильин. - СПб.: Питер, 2011. – 512 с.
17. Какова статистика курения в России на 2015 год? // НЕ КУРЮ URL: <http://nekuru.com/vred/kurenie-statistika-2015.html> (дата обращения: 18.05.2017).
18. Кобзев, Е.А. Исследование сексуального поведения юношей и девушек, зависимых от курения / Е.А. Кобзев // Ученые записки университета Лесгафта. - 2014. - №6. - С. 12-14.
19. Кобзев, Е.А. Исследование клинико-психологических особенностей юношей и девушек, зависимых от никотина / Е.А. Кобзев // Ученые записки университета Лесгафта. - 2012. - №5 (87). - С.46-50.
20. Когнитивно-поведенческие вмешательства в терапии зависимости от психоактивных веществ / unodc.org URL: https://www.unodc.org/documents/Cognitive_behavior_intervention.pdf (дата обращения: 04.06.2017).
21. Колесов, Д. В. Предупреждение вредных привычек у школьников / Д. В. Колесов. - М.: Педагогика, 1982. - 176 с.
22. Кон, И.С. Психология ранней юности / И.С. Кон - М., 1989. - 256 с.
23. Корнетов, А.Н. Психобиографические показатели юношей, употребляющих никотин / А.Н. Корнетов // Ученые записки университета Лесгафта. - 2016. - №2 (132). - С. 4-7.

24. Керрол, К.М. Применение когнитивно-поведенческой психотерапии в лечении больных с зависимостью от кокаина. Йельский университет / К.М. Керрол // Наркология. - 2004. - №12. - С. 4-8.
25. Куликов, Л.В. Психогигиена личности: вопросы психологической устойчивости и психопрофилактики / Л.В. Куликов. - СПб.: Питер, 2004. - 464 с.
26. Лебедев, А.В. Оценка склонностей к психосоциальным зависимостям среди студентов 17-18 лет г. Новосибирска / А.В. Лебедев, Н.И. Айзман, М.А. Суботялов // Интеграция образования. - 2017. - №4 (89). - С.695-708.
27. Леонтьев, А.Н. Деятельность, сознание, личность / А.Н. Леонтьев. - М.: Политиздат, 1975. - 304 с.
28. Леонтьев, Д.А. Тест смысложизненных ориентаций (СЖО) / Д.А. Леонтьев. - М.: Смысл, 2006. - 25 с.
29. Льюис, М. Биология желания. Зависимость - не болезнь / М. Льюис. - СПб.: Питер, 2017. - 304 с.
30. Макгонигал, К. Сила воли. Как развить и укрепить / К. Макгонигал. - 2 изд. - М.: Фербер, 2013. - 320 с.
31. Масленникова, Г.Я. Профилактика и снижение курения табака в России - реальные возможности улучшения демографической ситуации. Профилактика заболеваний и укрепления здоровья / Г.Я. Масленникова, Р.Г. Оганов. - М.: 2008. - 64 с.
32. Мокина, Н.А. Практическое применение международных клинических рекомендаций по отказу от табакокурения у подростков: конечные оценочные точки и эффективность вмешательств / Н.А. Мокина, Г.М. Сахарова, Н.С. Антонов, В.Ф. Пятин, М.А. Гудкова, Ю.А. Горяинов // Наркология. - 2015. - №1. - С. 6-9.
33. Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) [Электронный ресурс] / <http://mkb-10.com/> URL: <http://mkb-10.com/index.php?pid=4126> (дата обращения: 19.02.2017).

34. Никитенко, М.А. Особенности детско-родительских отношений у лиц с зависимостью от табакокурения / М.А. Никитенко, А.В. Шаболтас // Вестник СПбГУ. Серия 12. Социология. - 2011. - №3. - С. 207-213.
35. Николаев, В.М. Дифференцированная амбулаторная когнитивно-поведенческая терапия алкогольной зависимости у лиц с различными типами характера / В.М. Николаев, Е.В. Петрова, О.А. Петров // Российский медицинский журнал. - 2013. - №4. - С.19-21.
36. Прищепа, И.М. Профилактика никотиновой зависимости / И.М. Прищепа. - Витебск: УО «ВГУ им. П.М. Машерова», 2005. - 43 с.
37. Ремшмидт, Х. Подростковый и юношеский возраст: Проблемы становления личности / Х. Ремшмидт. - М.: Мир, 1994. - 320 с.
38. Сабгайда, Т.П. Преждевременная смертность и факторы риска как индикаторы программ снижения смертности в России / Т.П. Сабгайда, Е.В. Землянова // Социальные аспекты здоровья населения. - 2017. - №3. - С.1-25.
39. Савельев, С.В. Нищета мозга / С.В. Савельев. - М.: Веди, 2016. - 200 с.
40. Смирнов, В.К. Клиника и терапия табачной зависимости / В.К. Смирнов. - М.: 2000 - 96 с.
41. Сорока, А., Сорока, С. Интегративная модель комплексной реабилитации зависимых от психоактивных веществ. / А. Сорока, С. Сорока. - М.: 2015 – 176 с.
42. Сперанская, О.И. Табачная зависимость / О.И Сперанская. - М.: 2011. - 350 с.
43. Хорошкина, Л.А. Особенности нервно-психического развития детей, рождённых женщинами с признаками никотиновой зависимости / Л.А. Хорошкина, Л.А. Кривцова, В.В. Дулинец // НАРКОЛОГИЯ. - 2014. - №10. - С. 55-58.
44. Хорошкина, Л.А. Психическое развитие детей раннего возраста, рожденных женщинами с признаками никотиновой зависимости / Л.А.

- Хорошкина, Л.А. Кривцова, В.В. Дулинец // НАРКОЛОГИЯ. - 2015. - №4. - С. 51-55.
45. Чучалин, А.Г. Комплексное лечение табачной зависимости и профилактика ХОБЛ, вызванной курением табака: методические рекомендации / А.Г. Чучалин, Г.М. Сахарова, К.Ю. Новиков. - М., 2002. - 180 с.
46. Чучалин, А.Г. Практическое руководство по лечению табачной зависимости / А.Г. Чучалин, Г.М. Сахарова, К.Ю. Новиков / РМЖ. - 2001. - 37 с.
47. Шабанов, П.Б. Наркология: руководство для врачей / П.Б. Шабанов. - М.: Геотар-Медиа, 2012. - 832 с.
48. Шивыдкина Т.Л. Надзор в сфере ограничения потребления табака как одно из направлений деятельности органов Роспотребнадзора по Приморскому краю / Т.Л. Шивыдкина, М.С. Аралова / Здоровье. Медицинская экология. Наука. 2014. - № 4. - С. 63-68.
49. Bruce, K. Alexander Addiction: The View from Rat Park / K. Bruce // brucekalexander.com. -2010. URL: <http://www.brucekalexander.com/articles-speeches/rat-park/148-addiction-the-view-from-rat-park> (дата обращения: 03.06.2017).
50. Claudia A., Jillian M., Adam M. Leventhal Tobacco Withdrawal Symptoms Mediate Motivation to Reinstiate Smoking During Abstinence // Journal of Abnormal Psychology. - 2015. - №124. // ncbi.nlm.nih.gov URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4573778/#> (дата обращения: 03.04.2017).
51. Co-Occurring Mental and Substance Use Disorders: The Neurobiological Effects of Chronic Stress // psychiatryonline.org URL: <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.162.8.1483> (дата обращения: 17.02.2017).
52. Dutra L., Stathopoulou G., Basden S.L., Leyro T.M, Powers M.B., Otto M.W. A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use

- disorders. // The American Journal of Psychiatry. - 2008. - №165. // ncbi.nlm.nih.gov URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18198270> (дата обращения: 03.06.2017).
53. Gabriel T., Roberta Ca., Luana V M Aparicio, Antonio Mantovani Transcranial direct current stimulation in psychiatric disorders // World J Psychiatry. - 2015. - №5 (1). // www.ncbi.nlm.nih.gov URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4369553/> (дата обращения: 21.03.2017).
54. How Vietnam War Veterans Broke Their Heroin Addictions By James Clear // <http://jamesclear.com> URL: <http://jamesclear.com/heroin-habits> (дата обращения: 27.05.2017).
55. Jochem M. Jansena, Joost G. Daams, Maarten W.J. Koeter Effects of non-invasive neurostimulation on craving: A meta-analysis // Neuroscience & Biobehavioral Reviews. - 2013. - №37. // sciencedirect URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0149763413001802> (дата обращения: 19.02.2017).
56. Joel D. Killen, Stephen P. Fortmann, Alan F. Schatzberg Extended cognitive behavior therapy for cigarette smoking cessation // Addiction. - 2008. - №103(8). // ncbi.nlm.nih.gov URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4119230/> (дата обращения: 03.06.2017).
57. Kathryn I. Pollak, Cheryl A. Oncken, Isaac M. Lipkus Nicotine Replacement and Behavioral Therapy for Smoking Cessation in Pregnancy // American Journal of Preventive Medicine. - 2007. - №33(4). // ncbi.nlm.nih.gov URL: [ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3602964/](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3602964/) (дата обращения: 04.06.2017).
58. Leshner AI Addiction is a brain disease, and it matters. // Science. - 1997. - №287. // ncbi.nlm.nih.gov URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9311924> (дата обращения: 04.06.2017).

59. Modulation of smoking and decision-making behaviors with transcranial direct current stimulation in tobacco smokers: a preliminary study // www.ncbi.nlm.nih.gov URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4242508/> (дата обращения: 15.02.2017).
60. Powers M.B., Vedel E., Emmelkamp PM Behavioral couples therapy (BCT) for alcohol and drug use disorders: a meta-analysis. // *Clinical Psychology Review*. - 2008. - №28. // [ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov) URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18374464/> (дата обращения: 03.06.2017).
61. Roy A. Wise Role of brain dopamine in food reward and reinforcement // *The Royal Society*. - 2006. - №361. // royalsocietypublishing.org URL: <http://rstb.royalsocietypublishing.org/content/361/1471/1149> (дата обращения: 03.06.2017).
62. Song F., Huttunen-Lenz M., Holland R. Effectiveness of complex psycho-educational interventions for smoking relapse prevention: an exploratory meta-analysis. // *Journal of Public Health*. - 2010. - №32. // [ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov) URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19939787/> (дата обращения: 03.06.2017).
63. Stefan G. Hofmann, Anu Asnaani, Imke J.J. Vonk. The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses // *Cognitive Therapy and Research*. - 2012. - №36. // [ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov) URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3584580/> (дата обращения: 03.06.2017).
64. Transcranial direct current stimulation: a promising alternative for the treatment of major depression? // www.scielo.br URL: http://www.scielo.br/pdf/rbp/v31s1/en_a06v31s1.pdf (дата обращения: 19.02.2017).
65. William R. Miller, Verner S. Westerberg, Richard J. Harris What predicts relapse? Prospective testing of antecedent models // *Addiction*. - 1996. - №91 //

ncbi.nlm.nih.gov URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8997790> (дата обращения: 02.06.2017).

Приложения

ПРИЛОЖЕНИЕ 1.

Таблицы с результатами математической статистической обработки

Таблица 1
Результаты статистической обработки данных (коэффициент корреляции r Пирсона)

Корреляции					
		НизкУрМотОтк	ПроцЖ	ЛокКЯ	ЛокКЖ
Стимуляция	Корреляция Пирсона	,508**	-0,038	,234	0,07
	Знч.(2-сторон)	0,001	0,81	0,084	0,654
	N	36	36	36	36
Поддержка	Корреляция Пирсона	,455**	-0,225	-0,278	,265
	Знч.(2-сторон)	0,004	0,146	0,071	0,083
	N	36	36	36	36
Расслабление	Корреляция Пирсона	,322*	0,269	-,069	,072
	Знч.(2-сторон)	0,035	0,081	0,659	0,661
	N	36	36	36	36
НизкУрНикЗ	Корреляция Пирсона	0,203	,437**	,436**	,426**
	Знч.(2-сторон)	0,191	0,001	0,007	0,003
	N	36	36	36	36
*. Корреляция значима на уровне 0.05 (2-сторон.).					
**. Корреляция значима на уровне 0.01 (2-сторон.).					

Таблица 2
Результаты статистической обработки данных (критерий t-Стьюдента)

	M1	M2	t	St.dev 1	St.dev 2	df
Низкий уровень никотиновой зависимости	2,85	7,1	7,602121	4,309822	3,280553	34
Средний уровень никотиновой зависимости	5,72	2,62	6,31457	2,765203	3,026598	
Расслабление	5,72	6,34	6,97844	2,765203	3,346551	
Поддержка	2,54	4,63	6,60486	4,152753	3,346551	
Стимуляция	2,82	3,62	5,263114	1,513524	4,931125	
Низкая мотивация к курению	2,82	4,93	4,86793	1,513524	3,446837	
Средняя мотивация к курению	2,69	4,93	4,55119	4,70027	3,446837	
Процесс жизни	2,74	2,28	3,739128	2,420408	3,526375	
Локус контроля - Я	2,74	3,02	3,68865	2,420408	1,655559	
Локус контроля - Жизнь	2,01	3,02	3,53002	4,104155	1,655559	

Описание методик, инструкции и ключи для обработки
психодиагностического инструментария.

Тест «Смысложизненные ориентации» (Д.А. Леонтьев).

Позволяет оценить «источник» смысла жизни, который может быть найден человеком либо в будущем (цели), либо в настоящем (процесс) или прошлом (результат), либо во всех трех составляющих жизни. В тесте СЖО жизнь считается осмысленной при наличии целей, удовлетворении, получаемом при их достижении и уверенности в собственной способности ставить перед собой цели, выбирать задачи из наличных, и добиваться результатов. Важным является ясное соотнесение целей – с будущим, эмоциональной насыщенности – с настоящим, удовлетворения – с достигнутым результатом, прошлым. Ситуация предоставляет каждому человеку возможность сделать в настоящем определенный выбор в виде поступка, действия или бездействия. Основой такого выбора является сформированное представление о смысле жизни или его отсутствии. Совокупность осуществленных, актуализированных выборов формирует «прошлое», которое неизменно, вариациям подвержены лишь его интерпретации. «Будущее» есть совокупность потенциальных, ожидаемых результатов усилий, предпринимаемых в настоящем, в этой связи будущее принципиально открыто, а различные варианты ожидаемого будущего имеют разную мотивирующую притягательность. Для человека в зависимости характерны невысокие показатели удовлетворенности жизнью, настоящим, наличие целей и способность к их постановке, эмоциональной насыщенности и т.д., что определяет дополнительные мишени психокоррекции.

Инструкция: «Вам будут предложены пары противоположных утверждений. Ваша задача - выбрать одно из двух утверждений, которое, по Вашему мнению, больше соответствует действительности, и отметить одну из цифр 1, 2, 3, в зависимости от того насколько Вы уверены в выборе (или 0, если оба утверждения на Ваш взгляд одинаково верны).»

1.	Обычно мне очень скучно.	3	2	1	0	1	2	3	Обычно я полон энергии
2.	Жизнь кажется мне всегда волнующей и захватывающей	3	2	1	0	1	2	3	Жизнь кажется мне совершенно спокойной и рутинной
3.	В жизни я не имею определенных	3	2	1	0	1	2	3	В жизни я имею очень

	целей и намерений								ясные цели и намерения
4.	Моя жизнь представляется мне крайне бессмысленной и бесцельной	3	2	1	0	1	2	3	Моя жизнь представляется мне вполне осмысленной и целеустремленной.
5.	Каждый день кажется мне всегда новым и непохожим на другие	3	2	1	0	1	2	3	Каждый день кажется мне совершенно похожим на все другие.
6.	Когда я уйду на пенсию, я займусь интересными вещами, которыми всегда мечтал заняться	3	2	1	0	1	2	3	Когда я уйду на пенсию, я постараюсь не обременять себя никакими заботами.
7.	Моя жизнь сложилась именно так, как я мечтал	3	2	1	0	1	2	3	Моя жизнь сложилась совсем не так, как я мечтал.
8.	Я не добился успехов в осуществлении своих жизненных планов.	3	2	1	0	1	2	3	Я осуществил многое из того, что было мною запланировано в жизни.
9.	Моя жизнь пуста и неинтересна.	3	2	1	0	1	2	3	Моя жизнь наполнена интересными делами
10.	Если бы мне пришлось подводить сегодня итог моей жизни, то я бы сказал, что она была вполне осмысленной.	3	2	1	0	1	2	3	Если бы мне пришлось сегодня подводить итог моей жизни, то я бы сказал, что она не имела смысла.
11.	Если бы я мог выбирать, то я бы построил свою жизнь совершенно иначе.	3	2	1	0	1	2	3	Если бы я мог выбирать, то я бы прожил жизнь еще раз так же, как живу сейчас.
12.	Когда я смотрю на окружающий меня мир, он часто приводит меня в растерянность и беспокойство.	3	2	1	0	1	2	3	Когда я смотрю на окружающий меня мир, он совсем не вызывает у меня беспокойства и растерянности.
13.	Я человек очень обязательный.	3	2	1	0	1	2	3	Я человек совсем необязательный.
14.	Я полагаю, что человек имеет возможность осуществить свой жизненный выбор по своему желанию.	3	2	1	0	1	2	3	Я полагаю, что человек лишен возможности выбирать из-за влияния природных способностей и обстоятельств.

15.	Я определенно могу назвать себя целеустремленным человеком.	3	2	1	0	1	2	3	Я не могу назвать себя целеустремленным человеком.
16.	В жизни я еще не нашел своего призвания и ясных целей.	3	2	1	0	1	2	3	В жизни я нашел свое призвание и цели.
17.	Мои жизненные взгляды еще не определились.	3	2	1	0	1	2	3	Мои жизненные взгляды вполне определились.
18.	Я считаю, что мне удалось найти призвание и интересные цели в жизни.	3	2	1	0	1	2	3	Я едва ли способен найти призвание и интересные цели в жизни.
19.	Моя жизнь в моих руках, и я сам управляю ею.	3	2	1	0	1	2	3	Моя жизнь не подвластна мне и она управляется внешними событиями.
20.	Мои повседневные дела приносят мне удовольствие и удовлетворение	3	2	1	0	1	2	3	Мои повседневные дела приносят мне сплошные неприятности и переживания.

Обработка результатов сводится к суммированию числовых значений для всех 20 шкал и переводу суммарного балла в стандартные значения (процентили). Восходящая последовательность градаций (от 1 до 7) чередуется в случайном порядке с нисходящей (от 7 до 1), причем максимальный балл (7) всегда соответствует полюсу наличия цели в жизни, а минимальный балл (1) - полюсу ее отсутствия.

В восходящую шкалу 1 2 3 4 5 6 7 переводятся пункты - 1, 3, 4, 8, 9, 11, 12, 16, 17.

В нисходящую шкалу 7 6 5 4 3 2 1 переводятся пункты - 2, 5, 6, 7, 10, 13, 14, 15, 18, 19, 20.

Общий показатель ОЖ - все 20 пунктов.

Субшкала 1 (цели)- 3, 4, 10, 16, 17, 18.

Субшкала 2 (процесс) - 1, 2, 4, 5, 7, 9.

Субшкала 3 (результат) - 8, 9, 10, 12, 20.

Субшкала 4 (локус контроля - Я) - 1, 15, 16, 19.

Субшкала 5 (локус контроля - жизнь) - 7, 10, 11, 14, 18, 19.

Средние и стандартные отклонения субшкал и общего показателя ОЖ (N=200 чел)

Шкалы	Мужчины		Женщины	
	М	σ	М	σ
1 — Цели	32,90	5,92	29,38	6,24
2 — Процесс	31,09	4,44	28,80	6,14
3 — Результат	25,46	4,30	23,30	4,95
4 — ЛК-Я	21,13	3,85	18,58	4,30
5 — ЛК-жизнь	30,14	5,80	28,70	6,10
Общий показатель ОЖ	103,10	15,03	95,76	16,54

Интерпретация результатов

Интерпретация субшкал

1. Цели в жизни. Баллы по этой шкале характеризуют наличие или отсутствие в жизни испытуемого целей в будущем, которые придают жизни осмысленность, направленность и временную перспективу. Низкие баллы по этой шкале даже при общем высоком уровне ОЖ будут присущи человеку, живущему сегодняшним или вчерашним днем. Вместе с тем высокие баллы по этой шкале могут характеризовать не только целеустремленного человека, но и прожектёра, планы которого не имеют реальной опоры в настоящем и не подкрепляются личной ответственностью за их реализацию. Эти два случая несложно различить, учитывая показатели по другим шкалам СЖО.

2. Процесс жизни, или интерес и эмоциональная насыщенность жизни. Содержание этой шкалы совпадает с известной теорией о том, что единственный смысл жизни состоит в том, чтобы жить. Этот показатель говорит о том, воспринимает ли испытуемый сам процесс своей жизни как интересный, эмоционально насыщенный и наполненный смыслом. Высокие баллы по этой шкале и низкие по остальным будут характеризовать гедониста, живущего сегодняшним днем. Низкие баллы по этой шкале — признак неудовлетворенности своей жизнью в настоящем; при этом, однако, ей могут придавать полноценный смысл воспоминания о прошлом или нацеленность в будущее.

3. Результативность жизни, или удовлетворенность самореализацией. Баллы по этой шкале отражают оценку пройденного отрезка жизни, ощущение того, насколько продуктивна и осмысленна была прожитая ее часть. Высокие баллы по этой шкале и низкие по остальным будут характеризовать человека, который доживает свою жизнь, у которого все в прошлом, но прошлое способно придать смысл остатку жизни. Низкие баллы — неудовлетворенность прожитой частью жизни.

4. Локус контроля-Я (Я — хозяин жизни). Высокие баллы соответствуют представлению о себе как о сильной личности, обладающей достаточной свободой выбора, чтобы построить

свою жизнь в соответствии со своими целями и представлениями о ее смысле. Низкие баллы — неверие в свои силы контролировать события собственной жизни.

5. Локус контроля-жизнь, или управляемость жизни. При высоких баллах — убеждение в том, что человеку дано контролировать свою жизнь, свободно принимать решения и воплощать их в жизнь. Низкие баллы — фатализм, убежденность в том, что жизнь человека неподвластна сознательному контролю, что свобода выбора иллюзорна и бессмысленно что-либо загадывать на будущее.

Оценка мотивации к курению (А.Г. Чучалин).

Анализ ответов на приведенные вопросы даст возможность врачу и пациенту выделить факторы, стимулирующие пациента к курению, что позволит разобраться в причинах курения и спланировать, как нужно изменить поведение пациента на период отказа от курения.

Оценка мотивации к курению проводится с помощью анализа ответов на следующие вопросы (варианты ответов и оценка их в баллах: всегда - 5, часто - 4, время от времени - 3, редко - 2, никогда - 1).

Инструкция: «Вам будет предложен ряд утверждений. К каждому из утверждений дана шкала ответов. Внимательно прочитайте каждое утверждение и отметьте выбранный Вами ответ. В тесте нет "плохих" и "хороших" ответов. отвечать искренне. Предпочтительнее тот ответ, который первым пришел Вам в голову»

II	Категории вопросов	Всегда	Часто	Не очень часто	Редко	Никогда
А	Я курю для того, чтобы не дать себе расслабиться					
Б	Частичное удовольствие от курения я получаю еще до «закуривания», разминая сигарету					
В	Курение доставляет мне удовольствие и позволяет расслабиться					
Г	Я закуриваю сигарету, когда выхожу из себя, сержусь на что-либо					
Д	Когда у меня кончаются сигареты, мне кажется невыносимым время, пока я их не достану					
Е	Я закуриваю автоматически, даже не замечая этого					
Ж	Я курю, чтобы стимулировать себя, поднять тонус					
З	Частичное удовольствие мне доставляет сам					

	процесс «закуривания»					
И	Курение доставляет мне удовольствие					
К	Я закуриваю сигарету, когда мне не по себе и я расстроен чем-то					
Л	Я очень хорошо ощущаю те моменты, когда не курю					
М	Я закуриваю новую сигарету, не замечая, что предыдущая еще не догорела в пепельнице					
Н	Я закуриваю, чтобы «подстегнуть» себя					
О	Когда я курю, удовольствие я получаю, выпуская дым и наблюдая за ним					
П	Я хочу закурить, когда удобно устроился и расслабился					
Р	Я закуриваю, когда чувствую себя подавленным и хочу забыть обо всех неприятностях					
С	Если я некоторое время не курил, меня начинает мучить чувство голода по сигарете					
Т	Обнаружив у себя во рту сигарету, я не могу вспомнить, когда я закурил ее					

Преобладающие факторы мотивации к курению оцениваются по сумме баллов:

1. Желание получить стимулирующий эффект от курения: А+Ж+Н
2. Потребность манипулировать сигаретой: Б+З+О
3. Желание получить расслабляющий эффект: В+И+П
4. Использование курения, как поддержки при нервном напряжении: Г+К+Р
5. Существует сильное желание курить (психологическая зависимость): Д+Л+С
6. Привычка: Е+М+Т

Сумма баллов может варьировать от 3 до 15:

1. Слабая мотивация – до 7 баллов.
2. Средняя мотивация – 7–11 баллов.
3. Сильная мотивация – выше 11 баллов.

Анализ ответов на приведенные вопросы даст возможность врачу и пациенту выделить факторы, стимулирующие пациента к курению, что позволит разобраться в причинах курения и спланировать, как нужно изменить поведение пациента на период отказа от курения. Пациента необходимо подготовить к тому, что отказ от курения приводит к некоторому изменению стиля поведения, и основным для периода отказа от курения должен стать лозунг: «Учитесь жить по-новому».

Оценка степени никотиновой зависимости проводится с помощью теста Фагерстрема.

При низких показателях результатов по данной методике основное внимание при составлении коррекционной программы должно быть уделено психологическим факторам. При средних и высоких показателях необходимо привлечение врача для оказания поддерживающей никотинозамещающей терапии.

Инструкция: «Вам будет предложен ряд вопросов. Внимательно прочитайте каждый вопрос и отметьте выбранный Вами ответ. В тесте нет "плохих" и "хороших" ответов. Отвечать искренне. Предпочтительнее тот ответ, который первым пришел Вам в голову»

Вопрос	Ответ	Баллы
1. Как скоро после того, как Вы проснулись, Вы выкуриваете первую сигарету?	В течение первых 5 минут	3
	В течение 6–30 минут	2
2. Сложно ли для Вас воздержаться от курения в местах, где курение запрещено?	Да	1
	Нет	0
3. От какой сигареты Вы не можете легко отказаться?	Первая сигарета утром	1
	Все остальные	0
4. Сколько сигарет Вы выкуриваете в день?	10 или меньше	0
	11–20	1
	21–30	2
	31 и более	3
5. Вы курите более часто в первые часы утром, после того как проснетесь, чем в течение остального дня?	Да	1
	Нет	0
6. Курите ли Вы, если сильно больны и вынуждены находиться в кровати целый день?	Да	1
	Нет	0

Степень никотиновой зависимости оценивается по сумме баллов:

0–2 – очень слабая зависимость.

3–4 – слабая зависимость.

5 – средняя зависимость.

6–7 – высокая зависимость.

8–10 – очень высокая зависимость.

Тест на мотивацию к отказу от курения (В.Ф. Левшин).

Предназначен для изучения степени мотивации пациента к отказу от курения. Чем выше показатели по шкалам, тем сильнее мотивация у пациента бросить курить. Ему можно предложить длительную лечебную программу с целью полного отказа от курения. При средних или низких показателях в программе психокоррекции никотиновой зависимости можно сосредоточиться на сокращении объема курения.

Инструкция: «Вам будет предложен ряд вопросов. Внимательно прочитайте каждый вопрос и отметьте выбранный Вами ответ. В тесте нет "плохих" и "хороших" ответов. Отвечать искренне. Предпочтительнее тот ответ, который первым пришел Вам в голову»

1. Вы ощущаете отрицательное влияние курения на Ваше здоровье и самочувствие?

Да (2) Иногда (1) Нет (0)

2. Вас беспокоит зависимость от сигарет?

Да (2) Иногда (1) Нет (0)

3. Как часто Вы думаете о том, что надо бросить курить?

Часто (2) Иногда (1) Редко (0)

4. Вы когда-либо пытались бросить курить?

Несколько раз (2) Один раз (1) Никогда (0)

5. Насколько сильно ваше желание бросить курить?

Мне это необходимо, я готов на любые трудности (2)

Я готов попробовать бросить курить (1)

Не уверен, надо ли мне бросать (0)

6. Насколько Вы уверены, что Вам удастся бросить курить?

Уверен (2) Надеюсь (1) Не уверен (0)

7. Если при попытке бросить курить Вы в какой-то момент сорветесь и закурите, вы решите:

Я преодолею этот срыв и буду дальше держаться без курения (2)

Отложу отказ от курения на будущее, когда буду больше готов (1)

Откажусь от дальнейших попыток, видно мне не дано бросить (0)

8. Как бы Вы хотели изменить свою привычку курить?

Бросить курить совсем (1) Уменьшить число сигарет (0)

9. Когда Вы хотите приступить к отказу от курения?

Готов сегодня (2)

В ближайшие дни (1)

В будущем, когда будут подходящий момент и условия (0)

В представленной тест-анкете каждому варианту ответа соответствует определенное количество баллов, указанное в скобках. После обследования курильщика с учетом всех его ответов подсчитывается общая сумма баллов. Анализ полученных нами данных показывает, что сумма баллов менее 10 указывает на отсутствие какой-либо мотивации на отказ от курения. Так, ни у одного из курильщиков из 1-й группы, включавшей лиц, не желавших бросать курить, сумма баллов не превысила 10. Сумма баллов 10-12 указывает на слабый уровень мотивации, 13-14 – на ее средний уровень, 15 и более – на высокий уровень мотивации.

Опросник для определения типа курительного поведения (Д. Хорна).

Диагностика типа курительного поведения помогает в выборе тактики при лечении табакокурения. По результатам методики выявляются типы курительного поведения, которые учитываются в индивидуальной работе с клиентом или при составлении групповой программы с учетом выраженности того или иного типа в группе.

Инструкция: «Вам будет предложен ряд вопросов. Внимательно прочитайте каждый вопрос и отметьте выбранный Вами ответ. В тесте нет "плохих" и "хороших" ответов. Отвечать искренне. Предпочтительнее тот ответ, который первым пришел Вам в голову»

П	Категории вопросов	Всегда	Часто	Не очень часто	Редко	Никогда
А	Я курю для того, чтобы не дать себе расслабиться					
Б	Частичное удовольствие от курения я получаю еще до «закуривания», разминая сигарету					
В	Курение доставляет мне удовольствие и позволяет расслабиться					
Г	Я закуриваю сигарету, когда выхожу из себя, сержусь на что-либо					
Д	Когда у меня кончаются сигареты, мне кажется невыносимым время, пока я их не достану					
Е	Я закуриваю автоматически, даже не замечая этого					
Ж	Я курю, чтобы стимулировать себя, поднять тонус					
З	Частичное удовольствие мне доставляет сам процесс «закуривания»					
И	Курение доставляет мне удовольствие					
К	Я закуриваю сигарету, когда мне не по себе и я расстроен чем-то					
Л	Я очень хорошо ощущаю те моменты, когда не курю					
М	Я закуриваю новую сигарету, не замечая, что предыдущая еще не догорела в пепельнице					
Н	Я закуриваю, чтобы «подстегнуть» себя					
О	Когда я курю, удовольствие я получаю, выпуская дым и наблюдая за ним					
П	Я хочу закурить, когда удобно устроился и расслабился					
Р	Я закуриваю, когда чувствую себя подавленным					

	и хочу забыть обо всех неприятностях					
С	Если я некоторое время не курил, меня начинает мучить чувство голода по сигарете					
Т	Обнаружив у себя во рту сигарету, я не могу вспомнить, когда я закурил ее					

Обработка результатов исследования.

Варианты ответов:

Всегда - 5 баллов;

Часто - 4 балла;

Не очень часто - 3 балла;

Редко - 2 балла;

Никогда - 1 балл.

Тип курительного поведения определяется суммой баллов на следующие утверждения:

А+Ж+Н = Стимуляция;

Б+З+О = "Игра" с сигаретой;

В+И+П = Расслабление;

Г+К+Р = Поддержка;

Д+Л+С = Жажда;

Е+М+Т = Рефлекс.

Сумма баллов 11 и более указывает на то, что курение происходит именно по этой причине.

Сумма баллов от 7 до 11 говорит о том, что это в некоторой степени может быть причиной курения.

Сумма меньше 7 - данный тип курения не характерен для тестируемого.

Характеристика типов курения.

1. "Стимуляция".

Курящий верит, что сигарета обладает стимулирующим действием: взбадривает, снимает усталость. Курят, когда работа не ладится. У курящих с данным типом отмечается высокая степень психологической зависимости от никотина. У них часто отмечаются симптомы астении* и вегетососудистой дистонии** (см. Примечания). Доказано, что сигареты не помогают сосредоточиться и взбодриться. Это очень серьезное заблуждение. Как только у человека сформировалась зависимость, с этого момента чувство голода по никотину не позволяет ему нормально думать и анализировать.

2. "Игра с сигаретой".

Человек как бы "играет" в курение. Ему важны "курительные" аксессуары: зажигалки, пепельницы, сорт сигарет. Нередко он стремится выпускать дым на свой манер. В основном курят в ситуациях общения, "за компанию". Курят мало, обычно 2-3 сигареты в день.

3. "Расслабление".

Курят только в комфортных условиях. С помощью курения человек получает "дополнительное удовольствие" от отдыха. Бросают курить долго, много раз возвращаясь к курению.

4. "Поддержка".

Этот тип курения связан с ситуациями волнения, эмоционального напряжения, дискомфорта. Курят, чтобы сдержать гнев, преодолеть застенчивость, собраться с духом, разобраться в неприятной ситуации. Относятся к курению как к средству, снижающему эмоциональное напряжение.

5. "Жажда".

Данный тип курения обусловлен физической привязанностью к табаку. Человек закуривает, когда снижается концентрация никотина в крови. Курит в любой ситуации, вопреки запретам. Приходит время, когда все курильщики такого типа пытаются бросить курить, однако попытки оказываются не удачными, поскольку зависимость очень сильная, а реального желания бросить курить у человека нет. Физическая зависимость после прекращения курения обычно проходит в течении нескольких дней, максимум - неделю-две.

6. "Рефлекс". Курящие данного типа не только не осознают причин своего курения, но часто не замечают сам факт курения. Курят автоматически, человек может не знать, сколько выкуривает в день, курит много, 35 и более сигарет в сутки. Курят чаще за работой, чем в часы отдыха; чем интенсивнее работа, тем чаще в руке сигарета. В этом случае, чтобы бросить курить потребуется очень серьезная психологическая подготовка. Скорее всего потребуется некоторое время - заменители сигарет, например ингаляторы или жвачка.

Психологическая программа коррекции никотиновой зависимости.

Программа коррекции.

1. Вводное занятие.

Цель: знакомство участников, организационные моменты (установка прав и обязанностей клиента и психолога, обсуждение санкций, правила работы в группе), установление психотерапевтического контракта, ведение в метод работы.

Содержание: установка психотерапевтического контракта - постановка целей групповой и индивидуальной терапии. Этап «Знакомство». Здесь допустимо применения любого упражнения из групповой терапии на знакомство, сплочение, командообразование. Следующим этапом идет «Введение в метод терапии». Здесь клиента кратко знакомят с историей метода, (обзор авторов и тем, которые будут затронуты в ходе терапии) и подробно разбирают формулу А-В-С (для примера используется зависимость, в том числе и от табакокурения; разбор понятий дисфункциональные/функциональные эмоции, иррациональные/рациональные убеждения, автоматические мысли и т.д.). Следующим этапом рассматривается ведение дневника – «СМЭР». Клиента учат как заполнять, вести дневник, анализировать. Ведение дневника станет обязательным домашним заданием и задается после каждой сессии. Также в домашнее задание входит отработка навыков, полученных на занятиях. Заключительный этап занятия – рефлексия.

2. Коррекционное занятие

Цель: Проверка домашнего задания, обучение методу самоанализа, обучение диспуту иррациональных убеждений, обсуждение возникающих в ходе терапии сложностей.

Содержание: Первым этапом происходит работа с дневником «СМЭР». Анализ и обсуждение с клиентом его записей. Следующим этапом является поиск и диспут иррациональных убеждений клиента. Обучение самостоятельному диспуту и замене иррациональных убеждений рациональными происходит через демонстрацию диспута психологом в формате «горячего стула» (объяснение техники «Падающей стрелы» или «Незаконченных предложений» в РЭПТ), а затем в работе самого клиента со своими убеждениями (или в двойках/тройках, если занятие проходит в групповом формате). Заключительный этап занятия – рефлексия.

3. Коррекционное занятие

Цель: проверка домашнего задания, совершенствование метода самоанализа и диспута, разбор навыков установления личностных границ, обсуждение возникающих в ходе терапии сложностей.

Содержание: Первый этап - работа с дневником «СМЭР», диспут. Вторым этапом является обучение навыку говорить «нет», работа с границами (по Лазарусу). Далее отработка навыка в двойках/тройках. Заключительный этап занятия – рефлексия.

4. Коррекционное занятие

Цель: проверка домашнего задания, совершенствование метода самоанализа, диспут, работа с соматическими проявлениями напряжения (нервно-мышечная прогрессивная релаксация), обсуждение возникающих в ходе терапии сложностей.

Содержание: Первый этап - работа с дневником «СМЭР», диспут. Второй этап – обучение применению нервно-мышечной прогрессивной релаксации по

Джекобсону. Третий этап – отработка навыков, изученных на предыдущих занятиях. Заключительный этап занятия – рефлексия.

5. Коррекционное занятие

Цель: проверка домашнего задания, совершенствование метода самоанализа, диспут, разбор навыка выдвигать требования в формальных и неформальных отношениях, обсуждение возникающих в ходе терапии сложностей.

Содержание: Первый этап - работа с дневником «СМЭР», диспут. Второй этап – обучение навыку выдвигать требования (в формальной сфере) или просить (в сфере межличностных отношений) по Лазарусу. Далее работа в тройках для отработки навыка. Заключительный этап занятия – рефлексия.

6. Коррекционное занятие

Цель: проверка домашнего задания, совершенствование метода самоанализа, диспут иррациональных убеждений, обсуждение возникающих в ходе терапии трудностей, разбор навыка открытого выражения чувств.

Содержание: Первый этап - работа с дневником «СМЭР», диспут. Вторым этапом является проведение «Нервно-мышечной прогрессивной релаксации». Третий этап – обучение навыку «Открытого выражения чувств» по Лазарусу. Далее работа в двойках/тройках. Заключительный этап занятия – рефлексия.

7. Коррекционное занятие

Цель: проверка домашнего задания, совершенствование метода самоанализа, диспут иррациональных убеждений, обсуждение возникающих в ходе терапии сложностей, работа с соматическими проявлениями напряжения (нервно-мышечная прогрессивная релаксация).

Содержание: Первый этап - работа с дневником «СМЭР», диспут. Вторым этапом является проведение «Нервно-мышечной прогрессивной релаксации». Третий этап – поиск и выявление ИУ в сфере установления, поддержания и разрыва контакта. Четвертый этап - применения навыков границ, выражения чувств и выдвижения требований/просьб в данной сфере. Заключительный этап занятия – рефлексия.

8. Коррекционное занятие

Цель: проверка домашнего задания, совершенствование метода самоанализа, диспут иррациональных убеждений, обсуждение наличия «срывов», расширение техник для самостоятельной проработки и самоанализа, обучение техникам поиска ресурса и «мишеней» для работы.

Содержание: Первый этап - работа с дневником «СМЭР», диспут. Вторым этапом является знакомство с методом работы РЭПТ. Третий этап – диспутирование на примере ситуаций с табачной зависимостью. Работа в тройках. Четвертый этап – обзор техники «Сосуд» для поиска «ресурсов». Заключительный этап занятия – рефлексия.

9. Коррекционное занятие

Цель: проверка домашнего задания, совершенствование метода самоанализа, диспут иррациональных убеждений, демонстрация закрепленных навыков, обсуждение возникающих в ходе терапии сложностей, групповой разбор кейсов.

Содержание: Первый этап - работа с дневником «СМЭР», диспут. Второй этап – отработка навыков установления границ – умение говорить нет, открыто выражать чувства. Третий этап - «Нервно-мышечная прогрессивная релаксация». Заключительный этап занятия – рефлексия.

10. Коррекционное занятие

Цель: проверка домашнего задания, совершенствование метода самоанализа, диспут иррациональных убеждений, демонстрация закрепленных навыков, обсуждение возникающих в ходе терапии сложностей, групповой разбор кейсов.

Содержание: Первый этап - работа с дневником «СМЭР», диспут. Второй этап – отработка навыков требовать/просить, открыто выражать чувства. Третий этап - «Нервно-мышечная прогрессивная релаксация». Заключительный этап занятия – рефлексия.

11. Итоговое занятие

Цель: проверка домашнего задания, совершенствование метода самоанализа, подведение итогов.

Содержание: Первый этап - работа с дневником «СМЭР», диспут. Следующий этап можно обозначить, как «Выполнение контракта». Здесь клиент возвращается в начало терапии для анализа тех изменений, которые с ним произошли, заключает о поставленной цели и ее выполнении. Далее следует этап диагностики. Можно для сравнения предоставить бланки, заполненные перед началом терапии. Заключительный этап занятия – рефлексия.

ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ЧУВСТВА	ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ЧУВСТВА
Тревожность (страх)	Обеспокоенность
Подавленность (депрессия)	Печаль
Вина	Раскаяние (сожаление)
Стыд	Разочарование
Боль (обида)	Горе
Гнев	Функциональная злость
Дисфункциональная ревность	Функциональная ревность
Дисфункциональная зависть	Функциональная зависть

ИРРАЦИОНАЛЬНЫЕ УБЕЖДЕНИЯ

Требования X должно (или не должно) случаться, происходить, существовать.
Катастрофизирующие прогнозы Если X произойдет, это будет ужасно.
Убеждения, связанные с LFT (низкой терпимостью к фрустрации) Если X произойдет, Я этого не вынесу (не переживу).
Обесценивающие убеждения Если X произойдет (или не произойдет), значит, я - никчемное существо (неудачница, последняя дура и т.п.) или окружающая действительность – никуда не годится.

РАЦИОНАЛЬНЫЕ УБЕЖДЕНИЯ

Предпочтения Я бы предпочла, чтобы X произошло (не произошло), но это вовсе не значит, что так должно быть.
Анти-катастрофизирующие убеждения Если X случится, это будет плохо, очень плохо, но это не конец света.
Убеждения, связанные с HFT (высокой терпимостью к фрустрации) Если X случится, это будет трудно вынести (пережить), но я смогу это сделать и еще буду счастлива.
Убеждения, связанные с принятием Если X случится, то это вовсе не будет означать, что я – ничтожество (дура, неудачница и т.п.). Я – просто человек, а людям свойственно ошибаться, совершенных людей нет.

Навыки к занятиям.

1. контакт (установление, поддержание, разрыв);
2. границы – умение говорить «нет»;
3. требование;
4. открытое выражение чувств.

Сегодня мы рассмотрим 2, 3, 4 пункт. Я предложу вам структуру, применение которой поможет вам снизить тревогу в ситуации, когда вам необходимо «постоять за себя», и повысить вероятность конструктивного разрешения конфликта.

Границы – умение говорить «нет».

0. принятие решения

1. Нет
2. содержания (я не буду, я не хочу...)
3. обоснование (потому что...)

«Нет, я не стану отвозить тебя с ребенком в садик, потому что, машину покупала для своей семьи/потому что у меня есть свои дела/ потому что я не хочу вставать в 6 утра/ я не служба такси»

С причины или обоснования начинают неуверенные в себе люди, именно так это воспринимается оппонентом. Из множества аргументов необходимо выбрать один, правдивый и самый сильный. Если вы предложите несколько вариантов, ваш оппонент может начать оспаривать слабые из них, игнорируя «сильные» и тем самым подорвет вашу уверенность. Данную структуру необходимо повторить 3 раза. Первой реакцией будет реакция агрессии (оппонент начнет угрожать вам), затем неуверенностью (просить вас, предлагая условия, при которых только вы можете это сделать, иначе ничего не получится). Затем, когда вы уже обозначили свою позицию, выйдите из разговора, смотря на то, в каких отношениях вы находитесь с оппонентом, и в каких отношениях вы хотите остаться.

Работа в парах.

Требование/просьба.

Требование применимо в случае, если вы опираетесь на нормативно правовой акт. В случае наличия только вашего желания, требование перерастает в просьбу и принимает более сглаженный тон.

1. Объективное описание ситуации
2. Я (мне, меня)
3. Содержание
4. Обоснование

«Вчера в 15,00 я купил у вас рубашку. Вот чек. Придя домой, распаковав, я обнаружил на ней дыру. Я бы хотел вернуть рубашку и получить назад деньги, на основании закона о защите прав потребителей.»

Ситуация описывается сухими фактами, без переживаний и догадок сторон. Затем часть требования не начинается с Вы/Ты, поскольку вынудит воспринимать вас как нападающего и принять соответствующие меры. Почувствуйте разницу: Я бы хотел вернуть свои деньги за рубашку назад – Вы должны мне вернуть деньги за рубашку назад. Здесь также работает правило 3х повторений, после возможной неудачи которых появляется «Иначе» - Иначе, я пойду к вашему начальству/роspotребнадзор и тд. В формате просьбы, «иначе» заменяется на мягкое описание безысходности положения. Но если вы изначально всё сделаете грамотно, оно может вам и не понадобиться.

Работа в парах.

Открытое выражение чувств.

1. Объективное описание ситуации
2. Я (мне, меня)
3. Чувства
4. Желание

«Сегодня я нашла на подушке женский волос. Это точно не мой. Я почувствовала себя преданной, уязвленной, раздавленной. Я бы хотела с тобой это обсудить/я бы хотела, чтобы между нами не было секретов»

Здесь работает ограничение на некоторые привычные нам особенности «изложения» информации. Не использовать: вопросы (Ты тупой? Ты вообще меня слышишь?), агрессию (вербальную, невербальную), обвинения (мы сейчас говорим о СВОИХ ЧУВСТВАХ), обобщения (Все вы такие, все бабы дуры), советы (Я бы на твоём месте не юлила сейчас), предположения (Ты, наверное, забыла, что я тебе говорил. Может ты в этом не виноват, просто так вышло. – Не подкидывайте человеку варианты для ухода от решения проблемной ситуации), бойкот, иронию (Ну что, глазки опустил?). Работа в парах.

Приложение 4. Сводные таблицы общих показателей по результатам диагностики

Результаты первичной диагностики

Оценка мотивации к курению (А.Г. Чучалин) (в баллах)	
Экспериментальная группа	
1	9
2	5
3	10
4	12
5	8
6	8
7	7
8	9
9	6
10	8
11	8
12	12
13	9
14	11
15	10
16	8
17	8
18	7
Контрольная группа	
1	8
2	10
3	7
4	5
5	11
6	9
7	12
8	8
9	6
10	8
11	11
12	9
13	4
14	10

15	8
16	10
17	13
18	9
Оценка степени никотиновой зависимости проводится с помощью теста Фагерстрема (в баллах)	
Экспериментальная группа	
1	5
2	7
3	5
4	3
5	5
6	5
7	6
8	5
9	4
10	5
11	5
12	7
13	5
14	3
15	5
16	5
17	5
18	5
Контрольная группа	
1	5
2	5
3	3
4	6
5	5
6	4
7	5
8	7
9	5
10	5
11	3
12	5
13	6
14	5
15	4
16	5
17	5
18	5

Тест на мотивацию к отказу от курения (В.Ф. Левшин) (в стенах)					
Экспериментальная группа					
1	14				
2	11				
3	14				
4	12				
5	13				
6	13				
7	14				
8	10				
9	14				
10	13				
11	10				
12	14				
13	13				
14	12				
15	12				
16	14				
17	11				
18	14				
Контрольная группа					
1	13				
2	10				
3	13				
4	14				
5	11				
6	13				
7	10				
8	14				
9	12				
10	14				
11	13				
12	10				
13	14				
14	13				
15	11				
16	10				
17	13				
18	12				
Тест «Смыслоразнозначные ориентации» (Д.А. Леонтьев) (в баллах)					
Шкалы	1	2	3	4	5
Экспериментальная группа					

1	17	15	15	16	15
2	18	18	14	16	17
3	16	16	17	19	14
4	18	18	13	15	13
5	17	15	14	19	14
6	15	14	15	17	14
7	18	14	14	16	19
8	16	17	19	14	15
9	17	14	17	14	17
10	18	13	16	19	14
11	16	18	16	15	13
12	18	16	16	17	14
13	16	18	17	17	14
14	18	15	14	14	19
15	15	21	17	16	15
16	19	19	17	15	15
17	17	18	18	15	16
18	18	19	17	15	15
Контрольная группа					
1	16	17	15	16	15
2	18	15	15	15	16
3	15	14	16	14	15
4	19	18	15	14	14
5	17	18	16	17	17
6	16	20	19	14	13
7	16	14	15	13	14
8	16	17	19	14	15
9	17	18	17	14	14
10	18	18	16	19	15
11	16	16	16	15	19
12	18	20	16	17	19
13	17	14	17	17	17
14	15	15	14	14	14
15	18	21	17	16	15
16	16	19	17	15	15
17	17	18	18	15	16
18	18	19	17	15	15
Опросник для определения типа курительного поведения (Д. Хорна) (в баллах)					
Шкалы			1	2	3
Экспериментальная группа					
1			8	8	8
2			11	9	9
3			9	11	7

4	5	10	8
5	8	7	9
6	9	10	7
7	10	8	6
8	9	10	9
9	8	8	11
10	9	8	7
11	7	9	9
12	8	11	8
13	9	11	9
14	10	7	5
15	9	10	8
16	5	8	9
17	8	10	7
18	9	8	6
Контрольная группа			
1	9	10	8
2	8	8	11
3	8	11	7
4	7	8	7
5	10	9	6
6	9	11	8
7	11	10	9
8	7	7	7
9	9	10	8
10	8	8	9
11	9	9	7
12	5	12	6
13	8	11	9
14	9	10	8
15	10	9	7
16	9	11	9
17	10	10	10
18	9	12	6

Результаты итоговой диагностики

Оценка мотивации к курению (А.Г. Чучалин) (в баллах)	
Экспериментальная группа	
1	4
2	3
3	6
4	6

5	8
6	4
7	9
8	5
9	8
10	5
11	5
12	7
13	4
14	12
15	6
16	3
17	7
18	5
Контрольная группа	
1	8
2	10
3	7
4	5
5	11
6	9
7	12
8	8
9	6
10	8
11	11
12	9
13	4
14	10
15	8
16	10
17	13
18	9
Оценка степени никотиновой зависимости проводится с помощью теста Фагерстрема (в баллах)	
Экспериментальная группа	
1	3
2	5
3	4
4	4
5	5
6	3
7	4
8	3

9	5
10	4
11	3
12	4
13	6
14	4
15	5
16	3
17	4
18	5
Контрольная группа	
1	5
2	5
3	3
4	6
5	5
6	4
7	5
8	7
9	5
10	5
11	3
12	5
13	6
14	5
15	4
16	5
17	5
18	5
Тест на мотивацию к отказу от курения (В.Ф. Левшин) (в стенах)	
Экспериментальная группа	
1	15
2	10
3	15
4	13
5	13
6	15
7	10
8	15
9	15
10	15
11	14
12	13

13	14				
14	15				
15	13				
16	10				
17	15				
18	15				
Контрольная группа					
1	13				
2	10				
3	13				
4	14				
5	11				
6	13				
7	10				
8	14				
9	12				
10	14				
11	13				
12	10				
13	14				
14	13				
15	11				
16	10				
17	13				
18	12				
Тест «Смыслжизненные ориентации» (Д.А. Леонтьев) (в баллах)					
Шкалы	1	2	3	4	5
Экспериментальная группа					
1	17	21	23	16	19
2	18	22	19	16	23
3	20	16	23	19	18
4	18	18	18	20	19
5	17	23	19	19	21
6	19	21	21	17	20
7	21	14	20	16	19
8	18	17	19	23	21
9	17	14	21	19	17
10	18	23	22	23	14
11	16	18	17	18	19
12	20	23	18	19	18
13	16	18	23	21	18
14	21	19	21	20	19
15	19	21	19	19	22

16	19	20	18	21	20
17	20	18	18	19	19
18	18	19	17	15	21
Контрольная группа					
1	16	17	15	16	15
2	18	15	15	15	16
3	15	14	16	14	15
4	19	18	15	14	14
5	17	18	16	17	17
6	16	20	19	14	13
7	16	14	15	13	14
8	16	17	19	14	15
9	17	18	17	14	14
10	18	18	16	19	15
11	16	16	16	15	19
12	18	20	16	17	19
13	17	14	17	17	17
14	15	15	14	14	14
15	18	21	17	16	15
16	16	19	17	15	15
17	17	18	18	15	16
18	18	19	17	15	15
Опросник для определения типа курительного поведения (Д. Хорна) (в баллах)					
Шкалы		1	2	3	
Экспериментальная группа					
1		6	5	5	
2		6	7	4	
3		7	6	3	
4		5	6	3	
5		6	7	3	
6		5	6	4	
7		6	8	3	
8		5	7	2	
9		8	8	3	
10		9	8	3	
11		5	9	3	
12		8	6	4	
13		5	6	3	
14		5	7	5	
15		5	6	3	
16		5	8	2	
17		6	6	3	
18		5	5	2	

Контрольная группа			
1	9	10	8
2	8	8	11
3	8	11	7
4	7	8	7
5	10	9	6
6	9	11	8
7	11	10	9
8	7	7	7
9	9	10	8
10	8	8	9
11	9	9	7
12	5	12	6
13	8	11	9
14	9	10	8
15	10	9	7
16	9	11	9
17	10	10	10
18	9	12	6