

Взаємозв'язок біологічних, психологічних та соціальних чинників у генезисі формування навичок вживання психоактивних речовин у дітей та підлітків із позиції розробки системи профілактики

А. М. Вієвський

Український медичний та моніторинговий центр з алкоголю та наркотиків МОЗ України, Київ

У статті наведено результати дослідження взаємозв'язків біологічних, психологічних та соціальних чинників у генезисі формування феномену застосування психоактивних речовин у дітей та підлітків у світлі розробленої системи медико-соціальної профілактики вживання психоактивних речовин серед дітей та підлітків. Ця система спрямована на формування в учнів відповідального ставлення до власного здоров'я завдяки профілактичній співпраці з їх батьками та персоналом школи, навчання здорового способу життя на засадах розвитку життєвих навичок та створення можливостей впливу на основні негативні наслідки вживання дітьми психоактивних речовин.

Ключові слова: діти, підлітки, вживання психоактивних речовин, здоровий спосіб життя, медико-соціальна профілактика.

Вступ

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), алкоголь — найбільш широко вживана психоактивна речовина (ПАР) серед дітей та підлітків в Україні. Кожен четвертий українець, який страждає на алкогольну залежність, є особою віком до 35 років (Вієвський А. М. та співавт., 2011). Станом на 2010 р. на обліку із синдромом алкогольної залежності перебувають 136 476 осіб віком 15–35 років (Строков Д. В. (ред.), 2011). За результатами досліджень, проведених Українським науково-дослідним інститутом соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, 22% школярів і студентів середніх та вищих навчальних закладів вживають спиртні напої практично щодня або щонайменше кілька разів на тиждень (Табачников С. І. та співавт., 2009; Табачников С. І. і соавт., 2011).

Результати проведених в Україні досліджень щодо розповсюдження вживання ПАР серед учнівської молоді доводять недостатню ефективність існуючих профілактичних заходів.

Дослідження «Молодь та молодіжна політика в Україні: соціально-демографічні аспекти», проведене в 2010 р., показує, що 9% респондентів віком 15–34 роки мали досвід застосування будь-яких наркотичних речовин впродовж свого життя. Найбільш поширеною речовиною є марихуана (її вживали 8% респондентів). Екстазі застосовували 2% респондентів. Перше вживання наркотичних речовин у 32% респондентів відбулось у віці 12–16 років, ще у 32% — у віці 17–18 років, а у віці 19–28 років наркотики вперше спробували 30% із тих, хто будь-коли вживав їх. Серед

чоловіків більшість (34,4%) — вперше спробували наркотики у віці 12–16 років, а серед жінок (44,4%) — у віці 19–28 років, тобто взагалі спостерігається тенденція стосовно більш ранніх спроб вживання ПАР серед людей молодого віку чоловічої статі.

Про застосування наркотичних речовин принаймні 1 раз на тиждень впродовж останніх 30 днів перед опитуванням повідомили 4% тих, хто мав досвід вживання наркотиків; ще 13% повідомили, що вживали наркотики ≤ 1 разу на тиждень. Найбільша частка (22,2%) тих, хто вживав ПАР впродовж 30 днів перед опитуванням, виявляється серед підлітків віком 15–17 років; найменша (9,6%) — серед молоді 26–30 років.

45% респондентів вважають, що наркотики придбати скоріше легко та дуже легко, якщо цього захотіти. Серед тих респондентів, які мали досвід вживання наркотиків, відповіді розподілилися таким чином: 50% вважають, що будь-які наркотики придбати скоріше легко та легко. При цьому 77% вважають легким придбати марихуану або гашиш, по 25% — героїн та кокаїн, 38% — екстазі. Легким та дуже легким вважають придбання декількох наркотичних речовин одночасно 30% респондентів, які мають досвід вживання наркотиків (Лібанова Е. М. (ред.), 2010).

Результати дослідження серед шкільної молоді «Здоров'я та поведінкові орієнтації дітей шкільного віку» (The Health Behaviour School-aged Children study — HBSC, www.hbsc.org) свідчать, що 16% усіх учнів мають досвід вживання марихуани або гашишу. За останні 12 міс перед опитуванням вживали наркотичні речовини 8% учнів. Про досвід застосування наркотичних речовин протягом останніх 30 днів перед опитуванням повідомили 4% учнів,

серед яких найбільшою є частка учнів професійно-технічних навчальних закладів (ПТНЗ) (3%) та вищих навчальних закладів (ВНЗ) I–III рівня акредитації (3%), а найменшою — частка учнів 10–11 класів загальноосвітніх шкіл (1,5%). В усіх вікових категоріях хлопці вживали наркотики в середньому в 2 рази частіше, ніж дівчата. Суттєва різниця у рівні споживання марихуани виявлена серед дівчат ПТНЗ та ВНЗ порівняно з ученицями загальноосвітніх шкіл того ж віку. Так, вживання марихуани 1–2 рази впродовж життя зазначили 4% дівчат загальноосвітніх шкіл та по 8% дівчат ПТНЗ, ВНЗ I–II рівня акредитації та 10% дівчат ВНЗ I–III рівня акредитації.

У 2007 р. було проведене «Європейське опитування учнівської молоді щодо вживання алкоголю та наркотичних речовин» (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs — ESPAD); польовий етап наступного дослідження здійснено в 2011 р., а його результати будуть доступні у 2012 р. ESPAD виявило, що з усіх наркотичних речовин, які вживає молодь, найбільш поширеними залишаються марихуана та гашиш. 7,9% учнівської молоді вживали марихуану 1–2 рази впродовж життя, а 0,8% — вживали її ≥ 40 разів. Результати дослідження демонструють збільшення споживання екстазі (з 0,5% у 1995 р. до 2,5% у 2007 р.) (Балакірева О. М. та співавт., 2008).

Метою дослідження «Виклики до профілактичних програм, спрямованих на зменшення уразливості молоді в умовах епідемії ВІЛ/СНІД», проведеного у 2009–2010 рр., було вивчення ситуації щодо поширеності профілактичних програм із питань формування здорового способу життя в системі ПТНЗ, вивчення поведінкових практик учнівської молоді та роз-

робка втручань задля профілактики інфікування вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ). У дослідженні за результатами 1008 інтерв'ю щодо поширення вживання алкогольних напоїв та наркотичних речовин серед учнів ПТНЗ віком 15–21 років у 5 регіонах України (місто Київ, Вінницька, Тернопільська, Хмельницька, Чернівецька області) виявилось, що серед усіх опитаних 17% мали спробу вживання наркотиків принаймні один раз впродовж усього життя; 2% учнів вказали, що вживають наркотики на момент опитування. 3% — повідомили про вживання наркотиків ін'єкційним шляхом протягом життя та 1% — вживають наркотики ін'єкційним шляхом зараз. Найчастіше перша спроба наркотиків серед учнів ПТНЗ відбувається у віці 15–16 років. 4% з тих, хто мав практику вживання неін'єкційних наркотиків, зробили це у віці <11 років, а 20% — у віці <15 років. Стосовно початку вживання наркотиків ін'єкційним шляхом, то 4 респонденти вперше спробували у віці <11 років, 12 респондентів — у віці <15 років, 14 — у віці <18 років.

За результатами проведеного нами опитування та анкетування дитячих контингентів — учнів шкіл Чернівецької, Київської, Закарпатської областей та міста Києва (n=1870), які виявилися конгруентними до інших досліджень (Балакірева О.М. та співавт., 2008; Лібанова Е.М. (ред.), 2010; Вієвський А.М. та співавт., 2011), виявилось, що 91% опитаних учнів віком 15–16 років хоча б один раз у житті вживали алкогольні напої. Найбільш вживаними і доступними напоями для учнівської молоді є пиво, вино та шампанське. Так, вживання пива протягом останніх 30 днів перед проведенням дослідження зазначили 63% учнів, про вживання вина чи шампанського повідомив 41%. Вживання домашніх міцних алкогольних напоїв серед опитуваних становить 7%, домашнього вина — 26%.

Перший досвід вживання пива 16% респондентів мали у віці приблизно 9 років. У цьому ж віці 12% учнів перший раз спробували вино чи шампанське, 4% — більш міцні алкогольні напої. Готові алкогольні коктейлі зі вмістом алкоголю до 5% почали вживати, ще не досягнувши 14 років, 14% учнів.

Щодо ймовірності наслідків вживання алкоголю виявилось, що 27% хлопців та 28% дівчат оцінюють шкоду для здоров'я як абсолютно неможливу у разі вживання ними алкоголю. Ймовірність позитивних наслідків вживання алкоголю, а саме почуття розслабленості, відзначають 57% хлопців та 50% дівчат. Можливість забути про свої проблеми як дуже ймовірну відзначають 37% хлопців та 39% дівчат.

З усіх наркотичних речовин, які вживає молодь, найбільш поширеними і в цьому дослідженні виявилися марихуана та гашиш. 7,9% учнівської молоді вживали марихуану 1–2 рази впродовж життя, а 0,8% — вживали її ≥ 40 разів. Також результати свідчать про досить істотне збільшення вживання «дискоотечного» наркотику екстазі.

Значно зросла в останні роки частка тих, хто долучився до першого вживання

марихуани або гашишу у юному віці. Навіть у віці <9 років марихуану або гашиш вперше спробували 1,3% хлопців та 0,4% дівчат. Так, за даними дослідження, у віці 15 років хлопці значно частіше за дівчат (7,1% проти 3,5%) починають вживання марихуани або гашишу.

Найпоширенішим механізмом отримання першого наркотику молоддю є пропозиція спробувати його у референтній групі (компанії друзів і знайомих). Основним визначальним мотивом спробувати наркотичну речовину виявилась цікавість, причому як для хлопців (7%), так і для дівчат (4%). Досить поширеним мотивом початку вживання наркотиків є також надлишок вільного часу. З цієї причини вживали наркотичні речовини 2% хлопців та 1% дівчат. Практично така ж сама частка респондентів повідомила, що вони не хотіли виділятися з компанії (1,7% хлопців та 0,7% дівчат).

Таким чином, на сьогодні в суспільстві спостерігається нагальна потреба переходу до якісно нових технологій антинаркотичної роботи саме серед дітей та підлітків.

В Україні чинна Концепція реалізації державної політики у сфері протидії поширенню наркоманії, боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів на 2011–2015 роки, що повністю базується на принципах і підходах до наркотичної політики, прийнятими Європейським Союзом. Цією Концепцією передбачено «зменшення попиту та вживання наркотичних засобів, проведення дівчої первинної профілактики серед дітей та молоді; підвищення рівня поінформованості населення щодо наслідків розповсюдження наркотиків».

Профілактичні дії щодо наркотичних/алкогольних проблем серед дітей та молоді, що є частиною стратегії формування здорового способу життя на засадах розвитку життєвих навичок, координуються Міністерством освіти та науки, молоді та спорту України, за даними якого станом на 2009 р. інформаційно-профілактична освіта щодо алкоголю та наркотиків (обсягом лише 1–5 академічних годин на рік) передбачена в навчальній програмі «Основи здоров'я» 5–9 класів загальноосвітніх закладів України. Цей інтегрований предмет призначений для формування навичок здорового способу життя серед учнівської молоді на основі навчання життєвим навичкам, а також спрямований на вирішення питань з профілактики інфекції та забезпечення вивчення питань, пов'язаних із підготовкою молоді до шлюбу та відповідального батьківства, збереженням репродуктивного здоров'я, дотриманням гендерної рівності тощо. Між тим, в існуючій в Україні шкільній системі освіти профілактика алкогольних та наркотичних проблем для школярів 1–4 років навчання не передбачена взагалі. До того ж, результати моніторингового дослідження курсу свідчать, що за 8 років упродовження предмета лише 47,7% вчителів мають сертифікат про проходження курсової підготовки з методики викладання цієї дисципліни; лише 51% учнів оволоділи навичками, що сприяють

безпеці в навколишньому середовищі, у інших 49% респондентів навички виявилися недостатньо сформованими (див. Лист Інституту інноваційних технологій і змісту освіти Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України від 30.03.2010 № 1.4/18-1274).

Діти та підлітки проводять значну частину свого життя саме в школі. Тому вона відіграє важливу роль у створенні умов для здобуття ними знань, у формуванні ставлень та виробленні навичок, необхідних для того, щоб уникнути та запобігти ризикам для власного здоров'я, наприклад пов'язаних із вживанням наркотиків. Шкільне середовище має можливості щодо мобілізації певних ресурсів: кадрове забезпечення, наявність відповідного простору, технічного оснащення, відповідних умов (час, місце, зв'язок з батьками учнів). Школа — це ефективне місце для розробки та впровадження державної політики щодо протистояння алкоголю і наркотикам.

Ефективність профілактичних дій серед учнів пов'язана передусім із компетентністю тих дорослих, які знаходяться поряд з ними. Це їхні батьки та персонал школи, в якій вони навчаються. Проте у шкільній системі освіти відсутні систематичні структуровані профілактичні програми, зорієнтовані на батьків учнів 1–12 класів і персоналі загалом освітніх навчальних закладів.

Крім того, аналіз ситуації щодо наркотичних та алкогольних проблем серед дітей та підлітків свідчить про те, що профілактична протиакогільна та протинаркотична робота повинна починатися раніше того віку, що виявлений у міжнародних дослідженнях як вік першого вживання. Ефективні профілактичні програми розпочинаються заздалегідь, до проявів ризикової поведінки (Минко А.І. і соавт., 1999).

На сьогодні модель хворобливих розладів, пов'язаних із вживанням ПАР, представлена як кінцевий результат складної взаємодії біологічних, психологічних і соціальних факторів, тому дослідження передумов їх розвитку здійснюються в рамках біопсихосоціальної концепції розвитку наркопатології. Незалежно від того, що питома вага окремих чинників у структурі патогенного впливу на розвиток хворобливої залежності від ПАР вже доведена, проблема пошуку та обґрунтування взаємозв'язку біологічних і психосоціальних передумов, що здійснюють патогенетичний та патофізіологічний вплив на формування наркологічної патології, на сьогодні є актуальною (Harburg E. et al., 1990; Битенський В.С., Мельник Э.В., 2001; Пишель В.Я., 2003; Битенський В.С., 2007; Животовська Л.В., Сонник Г.Т., 2010; Слободянюк П.М., 2010).

У контексті взаємозв'язку біологічних та психосоціальних чинників у формуванні феномену вживання ПАР у дітей та підлітків, Т.Е. Robinson і К.С. Berridge (1993; 2000; 2003) запропонували теорію формування підвищеної чутливості до повторного впливу ПАР, роблячи акцент на зростання ейфоригенних ефектів. Цю теорію можна вважати біолого-психологічною, оскільки в ній започаткована спроба екстраполювати

ти нейрохімічні особливості індивіда на його адиктивну поведінку. Складність розуміння етіологічних аспектів формування навичок вживання ПАР призвела до спроб систематизації факторів ризику (Пятницька І.Н., Найденова Н.Г., 2002; Каражанова А.С., 2003; 2009; Кошкина Е.А. і соавт., 2004; Вышинский К.В. і соавт., 2011):

- чинники, зумовлені ПАР: наркогенний потенціал, доступність, вартість тощо;
- чинники, пов'язані з індивідом: вік, стать, етнічні особливості, спадкова схильність, пре-, пери- і постнатальна патологія, темперамент та ін.;
- соціальні чинники: дефекти виховання, несприятливий сімейний клімат, депривація, низький рівень життя, відсутність чіткої державної політики щодо профілактики адиктивних хвороб тощо.

Дія цих чинників відбувається в ситуації взаємовпливу. Так, психосоціальні фактори (рис характеру, властивості особистості) проявляються на конкретній біологічній основі (біологічні фактори) під впливом родини, школи, усього суспільства (соціальні фактори). Результатом подібної взаємодії може стати особливе утворення — «залежна особистість» з підвищеним ризиком щодо вживання ПАР, концепцію якої обґрунтував В.Д. Менделевич (2007; 2010а; б). У психологічному плані така особистість характеризується слабкою розвиненістю чи малою вираженістю мотиваційних детермінант (егоцентризм, антисоціальна поведінка тощо). Окрім того, впливову дію мають і макросоціальні фактори: доступність, вартість ПАР у цій популяції, що формується державною політикою, культурними особливостями, ставленням суспільства до вживання ПАР та ін.

Однак вважається, що взаємовплив зазначених чинників призводить до розвитку залежності від ПАР лише при дотриманні ряду умов. Так, із сукупності умов, необхідних і достатніх для формування залежності від ПАР, можна виділити такі чинники (Минков Е.Г., 2000):

- доступність ПАР;
- особливості реакцій індивіда на вплив ПАР.

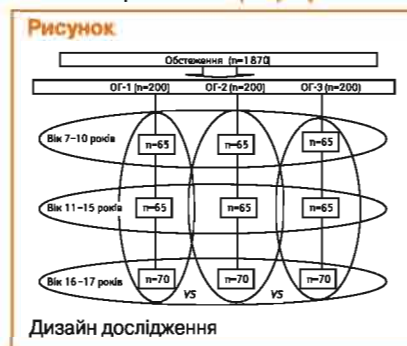
Необхідно зауважити, що вивчення взаємозв'язку біологічних та психосоціальних чинників при вживанні ПАР у дітей та підлітків важливе не лише стосовно визначення переліку чинників ризику, але й із метою оцінки їх внеску в імовірність виникнення патології. Так, вважається, що більш ранній початок вживання ПАР є несприятливою прогностичною ознакою. Встановлено, що збільшення віку першого знайомства з наркотиком на 1 рік знижує ризик наступного розвитку наркоманії на 4%. Також виправданими варто вважати спроби побудови варіаційних рядів факторів, у тому числі біологічних, психологічних та соціальних, залежно від їхньої важливості для виникнення адиктивного патології. Такий підхід використано при оцінці значення багатьох показників для становлення так званої «наркоманічної» особистості. Як виявилось, на швидкість формування на-

званого стану впливали (у порядку зменшення): перинатальна патологія; спадкова обтяженість щодо наркопатології та психічні захворювання; особистісні девіації у преморбідний період; ранній вік початку вживання ПАР; вид ПАР; умови виховання; алкоголізація до початку вживання наркотику; тривалість вживання ПАР (Козлов А.А., Рохлина М.Л., 2000; 2001).

Із урахуванням вищезазначеного нами проведено дослідження взаємозв'язку біологічних та психосоціальних передумов для формування феномену вживання ПАР серед дітей та підлітків, а також вивчено умови та механізми формування навичок вживання ПАР у дітей та підлітків із метою пошуку специфічних маркерів для розробки диференційованих технологічних прийомів, які увійшли до системи заходів протиалкогольного та протинаркотичного спрямування для шкільної молоді (тобто для цільової групи психопрофілактики).

Об'єкт і методи дослідження

Для вирішення зазначеної мети нами проведено опитування та анкетування дитячих контингентів — учнів шкіл Чернівецької, Київської, Закарпатської областей та міста Києва (n=1870). Серед обстежених (із дотриманням принципів біоетики і деонтології за умови інформованої згоди обох батьків чи опікунів) проведено клініко-психопатологічне та психодіагностичне обстеження 600 дітей, які були розділені на групи дослідження залежно від шляху отримання першого алкогольного досвіду: 200 осіб — діти, які вперше вжили алкоголь із рук своїх батьків (основна 1-ша група — ОГ-1); 200 осіб — ті, хто зробив це під будь-яким тиском однолітків (основна 2-га група — ОГ-2) та 200 осіб — діти, чиє перше вживання алкоголю було самостійним і/або випадковим (основна 3-тя група — ОГ-3). Враховуючи вікову, а отже, біологічну, психологічну та психосоціальну неоднорідність обстежених, кожна група була розділена на три підгрупи: діти віком 7–10 років (по 65 осіб), 11–15 років (по 65 осіб) та 16–17 років (по 70 осіб). Дизайн дослідження зображений на [рисунку](#).



У результаті аналізу наукової літератури нами було відібрано основні біологічні, психологічні та соціальні чинники, що, за даними науковців, мають патогенетичний/патопластичний вплив на формування навичок вживання ПАР у дітей та підлітків, для подальшого їх аналізу щодо наявності та ступеня впливу.

До біологічних чинників, що за певних умов можуть ставати передумовами вживання ПАР у дітей та підлітків, нами віднесені (Harburg E. et al., 1990; Битенский В.С., Мельник Э.В., 2001; Пишель В.Я., 2003; Пятницька І.Н., Найденова Н.Г., 2002; Каражанова А.С., 2003; Битенский В.С., 2007):

- Генетична схильність.
- Фізіологічні особливості організму.
- Гендерні особливості.
- Вік.
- Уроджені аномалії розвитку.
- Фізичні травми, захворювання центральної нервової системи (ЦНС) та соматичні хвороби, інфекційні й інтоксикаційні захворювання.

До психологічних передумов вживання ПАР у дітей та підлітків нами віднесені (Robinson T.E., Berridge K.C., 1993; 2000; Минков Е.Г., 2000; Козлов А.А., Рохлина М.Л., 2000; 2001; Менделевич В.Д., 2007; 2010а; б; Животовська Л.В., Сонник Г.Т., 2010; Слободянюк П.М., 2010):

- Рання антисоціальна поведінка дитини.
- Академічне відставання у середній школі.
- Відсутність зв'язку зі школою.
- Відчуженість, схильність до бунтарства.
- Ранній досвід першого вживання ПАР.
- Проблеми у спілкуванні.
- Нещасливе кохання.

Соціальними передумовами попередньо визначені (Личко А.Е., Битенский В.С., 1991; Минко А.И. і соавт., 1999; Бурлака В.В. (ред.), 2008; Сирота Н.А. і соавт., 2009):

- Приклад вживання ПАР батьками або близькими родичами.
- Недостатній рівень взаємовідносин із батьками.
- Друзі, які вживають ПАР.
- Деструктивний стиль виховання, проблеми організації та управління сім'єю.
- Наявність вільних грошей.

Об'єднувальною ланкою між психологічними та соціальними передумовами є батьківські позиції щодо збереження здоров'я, профілактики вживання ПАР та виховання дитини (підлітка), що реалізуються в рамках сім'ї (Маркова М.В. та співавт., 2000; Сирота Н.А. і соавт., 2009).

Результати та їх обговорення

Результати аналізу взаємовпливу основних біологічних та психологічних чинників у досліджених групах представлені у [табл. 1–3](#).

З даних (див. [табл. 1](#)), видно, що у групі ОГ-1 взаємозв'язок встановлено між 50,0% біологічних та психологічних чинників. Крім того, необхідно зазначити, що часто первинні біологічні чинники ставали фоном, зумовлюючи провокацію та дію психологічних особливостей, що призводило до формування навичок вживання ПАР. З віком вплив психологічних чинників набув провідного значення у цих взаємозв'язках, ставши основним фактором у прогресуванні вживання ПАР.

З даних (див. [табл. 2](#)) видно, що у групі ОГ-2 взаємозв'язок встановлено між при-

близно 70,0% біологічних та психологічних чинників. У цій групі первинною є дія біологічних чинників, на фоні яких відбувалася провокація патологічних психологічних факторів. Проте, на відміну від обстежених з ОГ-1, ці респонденти не мали зруйнованих родинних впливів. Основним у вживанні ПАР був психологічний компонент, за наявності якого підліткове оточення набувало провідної ролі.

З даних (див. табл. 3) видно, що на відміну від обстежених з ОГ-1 та ОГ-2 респонденти з ОГ-3 мали лише 15,0% взаємозв'язків між біологічними та психологічними чинниками. Виявлені зв'язки у досліджуваних цієї групи у більшості випадків були неміцні та швидко руйнувалися. Це свідчить про відсутність впливу біологічної складової як фону для вживання ПАР та короточасний вплив психологічної складової.

Також не виявлено у всіх трьох групах значного впливу на вживання ПАР таких біологічних чинників, як недостатність загального фізичного розвитку організму, соматичні, інфекційні, інтоксикаційні хвороби ($p < 0,001$).

Результати аналізу взаємовпливу основних біологічних та соціальних чинників у досліджених групах містяться у табл. 4–6.

Аналіз соціальних чинників, що відіграють значущу роль у формуванні ризикованої поведінки, за результатами досліджень встановив наявність у 55,0% випадків порушення соціально-ціннісної спрямованості родини та відхилення в моральному розвитку її членів ($p < 0,001$). Так, слід зазначити, що вагомими в осіб ОГ-1 та ОГ-2 стали такі взаємозв'язки:

- Задоволення своїм здоров'ям та собою — практично з усіма біологічними чинниками (окрім генетичної схильності).
- Моральна підтримка з боку батьків — практично з усіма біологічними чинниками (окрім генетичної схильності).
- Рівень взаємовідносин із батьками — практично з усіма біологічними чинниками (окрім генетичної схильності та фізичних травм).
- Деструктивний стиль виховання — практично із усіма біологічними чинниками (окрім фізіологічних особливостей).
- Ігнорування потреб дитини батьками — практично з усіма біологічними чинниками (окрім генетичної схильності).

З даних (див. табл. 4), видно, що у групі ОГ-1 значущими, з вагомим впливом на формування навичок вживання ПАР, ви-

Таблиця 1

Наявність і ступінь взаємовпливу основних біологічних та психологічних чинників у ОГ-1

Чинники	Психологічні чинники									
	Рання антисоціальна поведінка дитини	Академічне відставання у школі	Відсутність зв'язку зі школою	Відчуженість, схильність до бунтарства	Ранній досвід першого вживання ПАР	Наявність хибних уявлень щодо вживання ПАР	Проблеми у спілкуванні	Нещасливе кохання	Викривлений тип батьківської позиції	
Генетична схильність		+	-	+	+	-	+	-	+	
Фізіологічні особливості організму	+	+	-	+	+	+	+	+	+	
Гендерні особливості	+	+	-	+	+	+	+	+	+	
Вік	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Уроджені аномалії розвитку	+	+	-	+	+	+	+	+	+	
Фізичні травми	-	+	-	-	-	+	+	+	-	
Захворювання ЦНС	+	+	-	+	+	+	+	+	+	
Соматичні хвороби	-	+	-	-	+	-	+	-	-	
Інфекційні захворювання	-	+	-	-	-	-	-	-	-	
Інтоксикаційні захворювання	-	+	-	-	-	-	-	-	-	

У табл. 1–9: «-» зв'язок не встановлений; «+» виражений вплив; «+++» вагомий вплив.

Таблиця 2

Наявність і ступінь взаємовпливу основних біологічних та психологічних чинників у ОГ-2

Чинники	Психологічні чинники									
	Рання антисоціальна поведінка дитини	Академічне відставання у школі	Відсутність зв'язку зі школою	Відчуженість, схильність до бунтарства	Ранній досвід першого вживання ПАР	Наявність хибних уявлень щодо вживання ПАР	Проблеми у спілкуванні	Нещасливе кохання	Викривлений тип батьківської позиції	
Генетична схильність	-	+	-	+	+	-	+	-	-	
Фізіологічні особливості організму	+	+	-	+	+	+	+	+	+	
Гендерні особливості	+	+	-	+	+	+	+	+	+	
Вік – дитина чи підліток	+	+	+	+	+	+	+	+	-	
Уроджені аномалії розвитку	+	+	-	+	+	+	+	+	+	
Фізичні травми	-	+	-	-	-	+	-	+	+	
Захворювання ЦНС	+	+	-	+	+	+	+	+	+	
Соматичні хвороби	-	+	-	-	+	-	-	-	-	
Інфекційні захворювання	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Інтоксикаційні захворювання	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

Таблиця 3

Наявність і ступінь взаємовпливу основних біологічних та психологічних чинників у ОГ-3

Чинники	Психологічні чинники									
	Рання антисоціальна поведінка дитини	Академічне відставання у школі	Відсутність зв'язку зі школою	Відчуженість, схильність до бунтарства	Ранній досвід першого вживання ПАР	Наявність хибних уявлень щодо вживання ПАР	Проблеми у спілкуванні	Нещасливе кохання	Викривлений тип батьківської позиції	
Генетична схильність	-	+	-	+	+	-	+	-	+	
Фізіологічні особливості організму	-	-	-	-	-	-	+	+	-	
Гендерні особливості	-	-	-	-	-	-	+	+	-	
Вік – дитина або підліток	-	-	-	-	-	-	+	+	-	
Уроджені аномалії розвитку	-	+	-	+	+	-	+	+	+	
Фізичні травми	-	+	-	-	-	-	+	+	-	
Захворювання ЦНС	-	-	-	-	-	-	+	-	+	
Соматичні хвороби	-	+	-	-	+	-	+	-	-	
Інфекційні захворювання	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Інтоксикаційні захворювання	-	+	-	-	-	-	-	-	-	

явилися такі взаємозв'язки: наявність вільних грошей ↔ (гендерні особливості, вік, захворювання ЦНС); пропуски навчальних днів ↔ (фізіологічні та гендерні особливості, вік); порушення структури родини ↔ вік дитини або підлітка; наявність друзів, які вживають ПАР, ↔ (гендерні особливості, вік, захворювання ЦНС) ($p < 0,001$).

З даних (див. табл. 5) видно, що у групі ОГ-2 значущими виявилися такі взаємозв'язки: порушення структури родини ↔ вік дитини чи підлітка; проблеми вживання

ПАР у батьків або близьких родичів ↔ (фізіологічні особливості, гендерні особливості, вік); проблеми власної організації ↔ (фізіологічні особливості, гендерні особливості, вік); друзі, які вживають ПАР, ↔ наявність вільних грошей ↔ (гендерні особливості, вік) ($p < 0,001$).

З даних (див. табл. 6) видно, що у групі ОГ-3 значущими виявилися такі взаємозв'язки: порушення структури родини ↔ вік дитини чи підлітка; задоволення своїм здоров'ям та задоволення собою ↔ (травми

та захворювання); проблеми вживання ПАР у батьків або близьких родичів ↔ (генетична схильність, фізіологічні особливості, гендерні особливості, вік); проблеми власної організації ↔ (фізіологічні особливості, гендерні особливості, вік); друзі, які вживають ПАР, ↔ наявність вільних грошей ↔ (гендерні особливості, вік) ($p < 0,001$). Серед соціальних чинників у осіб цієї групи патологічним тлом, значущим для усіх взаємозв'язків, виступали деструктивний стиль виховання та ігнорування потреб дитини батьками.

Таблиця 4

Наявність і ступінь взаємовпливу основних біологічних та соціальних чинників у групі ОГ-1

Чинники	Біологічні чинники									
	Генетична схильність	Фізіологічні особливості	Гендерні особливості	Вік	Уроджені аномалії розвитку	Фізичні травми	Захворювання ЦНС	Соматичні хвороби	Інфекційні захворювання	Інтосикаційні захворювання
Рівень освіти батьків	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Порушення структури сім'ї	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-
Задоволення своїм здоров'ям та задоволення собою	-	+	++	++	+	+	+	+	+	+
Рівень взаємовідносин із батьками	-	+	++	++	+	+	+	+	+	+
Моральна підтримка з боку батьків	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Проблеми вживання ПАР у батьків або близьких родичів	+	+	+	+	-	-	-	-	-	-
Проблеми власної організації (пропуск навчальних днів без поважних причин)	-	+	+	+	-	-	+	-	-	-
Задоволення матеріальним становищем родини	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-
Друзі, які вживають ПАР	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Деструктивний стиль виховання	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+
Ігнорування потреб дитини батьками	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Наявність вільних грошей	-	-	+	+	-	-	-	-	-	-

Таблиця 5

Наявність і ступінь взаємовпливу основних біологічних та соціальних чинників у групі ОГ-2

Чинники	Біологічні чинники									
	Генетична схильність	Фізіологічні особливості	Гендерні особливості	Вік: дитина чи підліток	Уроджені аномалії розвитку	Фізичні травми	Захворювання ЦНС	Соматичні хвороби	Інфекційні захворювання	Інтосикаційні захворювання
Рівень освіти батьків	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Порушення структури сім'ї	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-
Задоволення своїм здоров'ям та задоволення собою	-	+	++	++	+	++	++	++	++	++
Рівень взаємовідносин із батьками	-	++	++	++	+	-	+	+	+	+
Моральна підтримка з боку батьків	-	++	++	++	++	++	++	++	++	++
Проблеми вживання ПАР у батьків або близьких родичів	+	+	+	+	-	-	-	-	-	-
Проблеми власної організації (пропуск навчальних днів без поважних причин)	-	++	++	++	-	-	++	-	-	-
Задоволення матеріальним становищем родини	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-
Друзі, які вживають ПАР	-	++	+	+	+	+	+	+	+	+
Деструктивний стиль виховання	+	-	++	++	++	++	++	++	++	++
Ігнорування потреб дитини батьками	-	+	++	++	++	++	++	++	++	++
Наявність вільних грошей	-	-	++	++	-	-	-	-	-	-

Таблиця 6

Наявність і ступінь взаємовпливу основних біологічних та соціальних чинників у групі ОГ-3

Чинники	Біологічні чинники									
	Генетична схильність	Фізіологічні особливості	Гендерні особливості	Вік: дитина чи підліток	Уроджені аномалії розвитку	Фізичні травми	Захворювання ЦНС	Соматичні хвороби	Інфекційні захворювання	Інтосикаційні захворювання
Рівень освіти батьків	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Порушення структури сім'ї	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-
Задоволення своїм здоров'ям та задоволення собою	-	-	-	-	-	+	+	+	+	+
Рівень взаємовідносин із батьками	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Моральна підтримка з боку батьків	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Проблеми вживання ПАР у батьків або близьких родичів	+	+	+	+	-	-	-	-	-	-
Проблеми власної організації (пропуск навчальних днів без поважних причин)	-	+	+	+	-	-	+	-	-	-
Задоволення матеріальним становищем родини	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-
Друзі, які вживають ПАР	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Деструктивний стиль виховання	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+
Ігнорування потреб дитини батьками	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Наявність вільних грошей	-	-	+	+	-	-	-	-	-	-

Результати аналізу взаємозв'язку основних психологічних та соціальних чинників у досліджених групах наведено у табл. 7–9.

За результатами обстеження всіх учасників визначено, що найсильнішим психологічно-соціальним провокуючим та підтримувальним чинником вживання ПАР є сімейні конфлікти ($p < 0,001$). Виявлено, що у 100% обстежених відзначався вплив усіх макро- і мікрофакторів на вживання ПАР на психологічному рівні, проте дія цього впливу відрізнялася за інтенсивністю. Так, негативний вплив соціальних чинників був

більш значимим щодо їх руйнівної дії на психологічне функціонування дітей та підлітків у суспільстві. До найбільш вагомих провокуючих чинників вживання ПАР віднесено: порушення структури родини ($p < 0,00$), сімейні конфлікти ($p < 0,00$).

До вагомих підтримувальних чинників вживання ПАР дітьми та підлітками віднесено: слабкість соціальних зв'язків (входження в бажану групу однолітків) ($p < 0,001$), знижена самооцінка із можливістю її компенсації у процесі вживання ПАР ($p < 0,01$). Враховуючи результати кореляційного аналізу,

нами зроблено висновок щодо наявності психосоціального фону для вживання ПАР в ОГ-1 та ОГ-2. Так, вплив психосоціальних чинників провокував своєрідний відбір засобу реагування саме у вигляді вживання ПАР, що за своєю дією найбільш комфортно дозволяло змінювати психологічний стан.

Аналіз взаємозв'язків психологічних та соціальних чинників у ОГ-1 та ОГ-2 показав, що в цілому на вживання ПАР провокативно впливали такі загальні психологічні особистісні характеристики, як нестійкість, конформність, істероїдність ($p < 0,001$),

Таблиця 7

Наявність і ступінь взаємовпливу основних психологічних та соціальних чинників в ОГ-1

Чинники	Психологічні чинники									
	Рання антисоціальна поведінка дитини	Академічне відставання у середній школі	Відсутність зв'язку зі школою	Відчуженість, схильність до бунтарства	Ранній досвід першого вживання ПАР	Наявність хибних уявлень щодо вживання ПАР	Проблеми у спілкуванні	Нещасливе кохання	Викривлений тип батьківської позиції	
Рівень освіти батьків	++	++	++	+	+	+	+	-	++	
Порушення структури сім'ї	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Задоволення своїм здоров'ям та задоволення собою	-	+	+	+	+	+	+	+	+	
Рівень взаємовідносин із батьками	++	++	++	++	++	++	++	++	++	
Моральна підтримка з боку батьків	++	++	++	++	++	++	++	++	++	
Проблеми вживання ПАР у батьків або близьких родичів	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Проблеми власної організації	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Задоволення матеріальним становищем родини	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Друзі, які вживають ПАР	++	++	++	++	++	++	++	++	++	
Деструктивний стиль виховання	++	++	++	++	++	++	++	++	++	
Ігнорування потреб дитини батьками	++	++	++	++	++	++	++	++	++	
Наявність вільних грошей	++	++	++	++	++	++	++	++	++	

Таблиця 8

Наявність і ступінь взаємовпливу основних психологічних та соціальних чинників у ОГ-2

Чинники	Психологічні чинники									
	Рання антисоціальна поведінка дитини	Академічне відставання у середній школі	Відсутність зв'язку зі школою	Відчуженість, схильність до бунтарства	Ранній досвід першого вживання ПАР	Наявність хибних уявлень щодо вживання ПАР	Проблеми у спілкуванні	Нещасливе кохання	Викривлений тип батьківської позиції	
Рівень освіти батьків	++	++	++	+	+	+	+	-	++	
Порушення структури сім'ї	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Задоволення своїм здоров'ям та задоволення собою	-	+	+	+	+	+	+	+	+	
Рівень взаємовідносин із батьками	++	++	++	++	++	++	++	++	++	
Моральна підтримка з боку батьків	++	++	++	++	++	++	++	++	++	
Проблеми вживання ПАР у батьків або близьких родичів	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Проблеми власної організації (пропуск навчальних днів без поважних причин)	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Задоволення матеріальним становищем родини	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Друзі, які вживають ПАР	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Деструктивний стиль виховання	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Ігнорування потреб дитини батьками	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Наявність вільних грошей	+	+	+	+	+	+	+	+	+	

Таблиця 9

Наявність і ступінь взаємовпливу основних психологічних та соціальних чинників у ОГ-3

Чинники	Психологічні чинники									
	Рання антисоціальна поведінка дитини	Академічне відставання у середній школі	Відсутність зв'язку зі школою	Відчуженість, схильність до бунтарства	Ранній досвід першого вживання ПАР	Наявність хибних уявлень щодо вживання ПАР	Проблеми у спілкуванні	Нещасливе кохання	Викривлений тип батьківської позиції	
Рівень освіти батьків	++	++	++	+	+	+	+	-	++	
Порушення структури сім'ї	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Задоволення своїм здоров'ям та задоволення собою	-	+	+	+	+	+	+	+	+	
Рівень взаємовідносин із батьками	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Моральна підтримка з боку батьків	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Проблеми вживання ПАР у батьків або близьких родичів	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Проблеми власної організації (пропуск навчальних днів без поважних причин)	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Задоволення матеріальним становищем родини	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Друзі, які вживають ПАР	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Деструктивний стиль виховання	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Ігнорування потреб дитини батьками	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Наявність вільних грошей	+	+	+	+	+	+	+	+	+	

реакції групування, захоплення ($p < 0,001$), «тяжка реальність» — переживання невдач у школі, конфлікти з батьками, вчителями, однолітками, почуття самотності.

У ОГ-1 та ОГ-2 основою психологічного маркера поведінки при вживанні ПАР визначено бажання сховатися від реальності, відчуття страху перед повсякденним, наповненим зобов'язаннями «нудним» життям, схильність до пошуку яскравих емоційних переживань, нездатність відповідати за власні вчинки. Такі підлітки характеризувалися дефіцитом уваги, гіперактивністю; схильністю до фантазування про власні виняткові та незвичайні здібності, підвищеною чутливістю до критики чи несхвалення, їм був притаманний пошук нових відчуттів і переживань, що виражається у прагненні до фізичного й соціального ризику.

Як видно з даних (див. табл. 9), на відміну від учасників з ОГ-1 та ОГ-2, у обстежених з ОГ-3 вагомим провокуючим взаємозв'язків психологічних та психосоціальних чинників встановлено значно менше. Загалом психосоціальним фоном для вживання ПАР у ОГ-3 виявився рівень освіти батьків, порушення структури родини, незадоволення своїм здоров'ям та собою, проблеми вживання ПАР у батьків або близьких родичів, проблеми власної організації та наявність друзів, які вживають ПАР ($p < 0,001$).

Висновки

За результатами дослідження в усіх групах виділено вплив чинників соціального оточення на психологічну трансформацію особистості дітей та підлітків. До цих чинників віднесено такі: адиктивна родина (батьки, брат, сестра), адиктивне середовище за місцем навчання, адиктивні друзі, особливості виховання. Слід зазначити, що конфлікти з оточуючими у взаємозв'язку із психологічними предикторами створюють основу для формування саморуївної поведінки. Так, загострення почуття провини і хворобливих фантазій ображеного підліткового самолюбства призводить до бажання «сховатися» від реальних проблем. Таким чином, формуються стереотипи та змінюється шкала ціннісних орієнтацій; у свою чергу, деформована особистісна мотивація фіксується у свідомості, підсилюючись із часом у процесі формування навичок вживання ПАР. Необхідно зазначити, що вплив оточення виявився провідним (домінуючим) чинником ризику вживання ПАР ($p < 0,001$).

За результатами аналізу встановлено, що усі комбінації взаємозв'язків негативного впливу біологічних, психологічних та соціальних чинників потенціюють і підтримують один одного, формуючи індивідуальну картину вживання ПАР.

Таким чином, встановлення патологічних взаємозв'язків між біологічними, психологічними та соціальними чинниками формування навичок вживання ПАР у дітей та підлітків та визначення питомої ваги їхнього впливу (провокуючі чи підтримувальні) лягло в основу при створенні нами комплексної багаторівневої системи медико-соціальної профілактики у дітей та підлітків, яка апробована та впроваджена у школах Чернівець-

кої, Київської, Закарпатської областей та міста Києва (Вієвський А.М. та співавт., 2010). Основна ідея цієї системи — у профілактичній співпраці з батьками та персоналом школи сформувати в учнів відповідальне ставлення до власного здоров'я; її реалізація відбувається у трьох напрямках — робота з дитячим контингентом (диференційовано за віком), батьками та вчителями. Система базується на навчанні здоровому способу життя на засадах розвитку життєвих навичок та створенні можливостей впливу на основні негативні наслідки вживання дітьми ПАР. Враховуючи ефективність апробації цієї системи в пілотних регіонах, зараз ведеться робота щодо впровадження вищезазначених заходів на державному рівні.

Список використаної літератури

- Балакірева О.М.** (кер. авт. кол.), **Бондар Т.В.**, **Рингач Н.О.** та ін. (2008) Рівень і тенденції поширення тютюнокуріння, вживання алкоголю та наркотичних речовин серед учнівської молоді України. Київ, Український інститут соціальних досліджень ім. Олександра Яремченка, 152 с.
- Битенский В.С.**, **Мельник Э.В.** (2001) Современные аспекты патогенеза психических и нарколологических заболеваний. Вісн. псих. здоров'я, 3: 20–23.
- Бітєнський В.С.** (2007) Клініко-патогенетичні аспекти алкоголізму у наркоманів. Вісн. психіатрії та психофармакотерапії, 1(11): 7–11.
- Бурлака В.В.** (ред.) (2008) Профілактика поширення наркозалежності серед молоді: Навч.-метод. посібник. Київ, Герб, 224 с.
- Вієвський А.М.**, **Жданова М.П.**, **Сидяк С.В.** та ін. (2011) Зріз наркотичної ситуації в Україні (дані 2010 року). Київ, Український медичний та моніторинговий центр з алкоголю та наркотиків МОЗ України, 22 с.
- Вієвський А.М.**, **Лепеха К.І.**, **Дивак В.В.** та ін. (2010) Комплексна програма з профілактики наркотичних та алкогольних проблем, зорієнтована на учнів 1–12 класів, їх батьків та персонал загальноосвітніх закладів I–III ступенів навчання: Загальне викладення програми профілактичних дій. Київ, 40 с.
- Вышинский К.В.**, **Павловская Н.И.**, **Кошкина Е.А.** (2011) Проблемы, связанные с употреблением алкоголя среди молодежи. Вопросы наркологии, 1: 81–101.
- Животовська Л.В.**, **Сонник Г.Т.** (2010) Особливості психосоціальної дезадаптації осіб з алкогольною залежністю. Таврич. журн. психіатрії, 1(14): 23–28.
- Каражанова А.С.** (2003) Особенности детского наркотизма (обзор отечественной и зарубежной литературы). Наркология, 11: 37–55.
- Каражанова А.С.** (2009) Стандарт специализированной медицинской помощи детям и подросткам, злоупотребляющим ПАВ и зависимым от них. Сибир. вестн. психиатрии и наркологии, 3: 38–41.
- Козлов А.А.**, **Рохлина М.Л.** (2000) «Наркоманическая» личность. Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 7(100): 23–27.
- Козлов А.А.**, **Рохлина М.Л.** (2001) Зависимость формирования наркоманической личности от предиспонирующих факторов. Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 5(101): 16–20.
- Кошкина Е.А.**, **Павловская Н.И.**, **Кошкин А.В.**, **Коновалова С.Г.** (2004) Влияние употребления алкоголя на рискованное в отношении инфицирования сексуальное поведение молодежи. Вопр. наркологии, 6: 44–51.
- Личко А.Е.**, **Битенский В.С.** (1991) Подростковая наркология. Ленинград, Медицина: 304 с.
- Лібанова Е.М.** (ред.) (2010) Молодь та молодіжна політика в Україні: соціально-демографічні аспекти. Київ, Інститут демографічних

та соціальних досліджень ім. М.В. Птухи НАН України, 129 с.

Маркова М.В., **Селюкова Т.В.**, **Окара О.Б.** (2000) Роль хімічної залежності в розвитку внутрішньосім'яної дезадаптації. Архів психіатрії, 3–4 (22–23): 25–26.

Менделевич В.Д. (2007) Руководство по аддиктологии. Санкт-Петербург, Речь, 768 с.

Менделевич В.Д. (2010а) Аддиктивное влечение: теоретико-феноменологическая оценка. Наркология, 5: 94–100.

Менделевич В.Д. (2010б) Психопатологизация нарколологических расстройств как доминирующая парадигма отечественной наркологии. Независ. психиатр. журн., 3: 21–27.

Минко А.И., **Болотова З.Н.**, **Игнатов М.Ю.** и др. (1999) Принципы индивидуально-личностной и популяционной профилактики развития зависимости от алкоголя у детей и подростков. Актуальні питання дитячої психіатрії в Україні: Матеріали республіканської конференції дитячих психіатрів «Реформа психіатричної допомоги дитячому населенню України». Харків, с. 140–144.

Минков Е.Г. (2000) О совокупности условий, необходимой и достаточной для формирования зависимости от психоактивных веществ. Вопросы наркологии, 3: 51.

Пишель В.Я. (2003) Современные принципы диагностики и терапии психических и поведенческих расстройств вследствие употребления алкоголя. Медицинская газета «Здоров'я України XXI сторіччя», 78.

Пятницкая И.Н., **Найденова Н.Г.** (2002) Подростковая наркология. Москва, Медицина, 256 с.

Сирота Н.А., **Борисова Е.В.**, **Воробьева Т.В.** и др. (2009) Принципы реализации и адаптации семейных антинаркотических стратегий и пути их медико-социальной коррекции. Метод. рекомендации. Москва, ФГУ НИЦ наркологии Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, 25 с.

Слободянюк П.М. (2010) Патологічний взаємозв'язок між психологічними складовими та психопатологічними особливостями формування алкогольної залежності. Укр. вісн. психоневрології, 18, 3(64): 57–61.

Строков Д.В. (ред.) (2011) Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин та стан наркологічної допомоги населенню України: інформаційно-аналітичний огляд за 1990–2010 рр. Харків, 144 с.

Табачников С.И., **Харченко С.И.**, **Приб Г.А.** и др. (2011) Медико-социологические аспекты характеристики токсикоманий у лиц подросткового и молодого возраста. Архів психіатрії, 17, 3(66): 61–66.

Табачников С.И., **Лебедев Д.С.**, **Трофімчук Г.Є.**, **Мартінова Ю.Ю.** (2009) Епідеміологічна ситуація щодо вживання психоактивних речовин в Україні. Архів психіатрії, 15, 1(56): 81–88.

Harburg E., **DiFranceisco W.**, **Webster D.W.** (1990) Familial transmission of alcohol use: II. Imitation of and aversion to parent drinking (1960) by adult offspring (1977) — Tecumseh, Michigan. J. Stud. Alcohol., 51(3): 245–256.

Robinson T.E., **Berridge K.C.** (1993) The neural basis of drug craving: an incentive-sensitization theory of addiction. Brain Res. Rev., 18(30): 247–291.

Robinson T.E., **Berridge K.C.** (2000) The psychology and neurobiology of addiction: an incentive-sensitization view. Addiction, 95 Suppl. 2: S91–117.

Robinson T.E., **Berridge K.C.** (2003) Addiction. Annu Rev. Psychol., 54: 25–53.

Взаимосвязь биологических, психологических и социальных факторов в генезисе формирования навыков употребления

психоактивных веществ у детей и подростков с позиции разработки системы профилактики

А.Н. Виевский

Резюме. В статье освещены результаты исследования взаимосвязей биологических, психологических и социальных факторов в генезисе формирования феномена употребления психоактивных веществ у детей и подростков в свете разработанной системы медико-социальной профилактики употребления психоактивных веществ среди детей и подростков. Эта система направлена на формирование у учеников ответственного отношения к собственному здоровью благодаря профилактическому сотрудничеству с их родителями и персоналом школы, обучение здоровому образу жизни на основе развития жизненных на-

ков и создание возможностей влияния на основные негативные последствия употребления детьми психоактивных веществ.

Ключевые слова: дети, подростки, употребление психоактивных веществ, здоровый образ жизни, медико-социальная профилактика.

The drug prevention view on the biological, psychological and social predictors connection in the children psychoactive substances use genesis

A.M. Vievskiy

Summary. This article presents results of biological, psychological and social factors interactions and its role in genesis of psychoactive substances use phenomenon in chil-

dren and adolescents study. Also it reflects the system of medical and social prevention of psychoactive substances use among children and adolescents. This system is aimed at building a responsible attitude to their own health through preventive work with their parents and school staff, teaching healthy lifestyles through the development of life skills and creating opportunities to influence the main negative consequences of psychoactive substances use by children.

Key words: children, adolescents, psychoactive substances use, medical and social prevention.

Адреса для листування:

Вієвський Анатолій Миколайович
02100, Київ, вул. Червоноткацька, 1/12
Український медичний
та моніторинговий центр з алкоголю
та наркотиків МОЗ України

Реферативна інформація

Ингибиторы МАО при фибромиалгии



Фибромиалгия — это состояние неизвестной этиологии, характеризующееся костно-мышечной болью, которая нередко сочетается с когнитивной дисфункцией, нарушением сна и быстрой утомляемостью. Распространенность этого синдрома довольно велика и составляет около 2% среди общей популяции. При этом женщины страдают фибромиалгией в 6–7 раз чаще, чем мужчины (Wolfe F. et al., 1995). Среди патофизиологических изменений при фибромиалгии ученые отмечают изменения в электроэнцефалограмме во время фазы сна с быстрым движением глаз, структурные и функциональные изменения в мышечных волокнах, нарушения в гипоталамо-гипофизарно-адреналовой оси и другие нарушения.

Согласно данным нескольких недавно проведенных исследований, определенной эффективности в сравнении с плацебо в терапии фибромиалгии обладают антидепрессанты. Доктор Сера Торт (Sera Tort) с соавторами из Кокрановской группы по костно-мышечным заболеваниям решила проанализировать результаты этих научных работ и на их основе провела системный обзор с метаанализом.

Критерия включения соответствовали лишь два рандомизированных клинических испытания (РКИ), в которых изучали эффективность и безопасность пирлиндолола, моклобемида и амитриптилина.

Анализ показал, что ингибиторы моноаминоксидазы (МАО) в целом были более эффективны, чем плацебо в редукции боли. Разница средних (РС) между группами по 10-балльной шкале интенсивности боли составила $-1,45$ (95% доверительный интервал (ДИ) $-2,71... -0,20$). Более существенные изменения в группах ингибиторов МАО наблюдались также и в отношении уменьшения количества болевых точек (стандартизированной РС (СРС) $-0,36$; 95% ДИ $-0,72... -0,00$).

С другой стороны, оценка общего состояния самим пациентом и врачом после проведенного курса лечения хотя и отличалась между группами в пользу ингибиторов МАО, однако разница была статистически не достоверной.

Сравнение пирлиндолола с плацебо показало значительные преимущества препарата по всем изучаемым параметрам. РС для интенсивности боли и СРС для болевых точек между группами составила $-2,00$ (95% ДИ $-2,91... -1,09$) и $-0,59$ ($-1,10... -0,07$) соответственно. Общая оценка состояния здоровья со стороны пациента и врача также значительно различалась

между группами в пользу пирлиндолола (РС $-1,60$; 95% ДИ $-2,74... -0,46$ и СРС $-1,34$; 95% ДИ $-1,90... -0,78$ соответственно).

Наиболее частыми побочными эффектами были тошнота и рвота. Относительный риск их развития в группе пирлиндолола был значительно выше и составил $7,82$ (95% ДИ $1,02-59,97$). 13,3% пациентов из группы пирлиндолола и 6,8% из группы плацебо не смогли завершить исследование в связи с побочными эффектами.

Анализ данных по моклобемиду в сравнении с плацебо не продемонстрировал статистически значимой эффективности указанного препарата ни по одному из изучаемых пунктов: интенсивность боли (РС $-0,70$; 95% ДИ $-2,07... 0,67$), болевых точек (СРС $-0,14$; 95% ДИ $-0,65... 0,36$), общая оценка состояния здоровья со стороны пациента (РС $0,00$; 95% ДИ $-1,24... 1,24$) и врача (СРС $-0,29$; 95% ДИ $-0,80... 0,22$). Кроме того, количество пациентов, которые, по мнению врача, ответили на терапию, также существенно не отличалось в группе моклобемида и плацебо (54 и 49% соответственно).

Частота возникновения побочных эффектов в указанных группах достоверно не отличалась. Наиболее частыми из них были головная боль, трудности при засыпании в группе моклобемида и головная боль, усталость — в группе плацебо.

Сравнение эффективности моклобемида и амитриптилина также не показало существенных различий по изучаемым параметрам. Однако количество пациентов, которые, по мнению врача, ответили на терапию, было значительно больше в группе амитриптилина в сравнении с моклобемидом (74 и 54% соответственно).

Наиболее частыми побочными эффектами в группе амитриптилина были сухость во рту и быстрая утомляемость.

По мнению ученых, данные, свидетельствующие об эффективности ингибиторов МАО в терапии фибромиалгии, носят ограниченный характер. Несмотря на то что анализ эффективности МАО в целом показал снижение интенсивности боли и уменьшение количества болевых точек, эти данные подтверждаются лишь двумя РКИ. Также остается неизученным вопрос длительного приема ингибиторов МАО, что требует особого внимания в связи с хроническим течением фибромиалгии.

Tort S., Urrutia G., Betina M. et al. (2012) Monoamine oxidase inhibitors (MAOIs) for fibromyalgia syndrome. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 4: CD009807.

Wolfe F., Ross K., Anderson J. et al. (1995) The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. Arthritis Rheum., 38(1): 19–28.

Виталий Безшейко