

КЛІНІЧНА ТА ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА МЕДИЦИНА

© П.Г. Андрух

УДК 616.89-008.442-06:616.89-008.485-055.1]:615.851

П.Г. Андрух

АДДИКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ КАК ВАРИАНТ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ

Харьковская медицинская академия последипломного образования МОЗ Украины
(г. Харьков)

Работа является фрагментом НИР кафедры психотерапии Харьковской медицинской академии последипломного образования «Непсихотические психические расстройства у больных сердечно-сосудистыми и сосудисто-мозговыми заболеваниями», № гос.регистрации 0109U002826.

Вступление. Психосоциальная дезадаптация (ПСД) – это процесс нарушения интеграции личности в среду в силу действия тех или иных причин, невозможность приспособления в течение длительного времени; системное нарушение, обусловленное несоответствием врожденных или приобретенных потребностей личности ограничивающему требованию социальной среды, это неспособность индивида к глубинной самоадаптации.

Рассматривая ПСД личности, А.А. Налчаджян выделяет три основные разновидности дезадаптированности личности:

- устойчивая ситуативная дезадаптированность, которая имеет место тогда, когда личность не находит путей и средств адаптации в определенных социальных условиях (например, в составе тех или иных малых групп), хотя предпринимает такие попытки, оказывающиеся неэффективными;
- временная дезадаптированность, устраняемая с помощью адекватных адаптивных мероприятий – социальных, социально-психологических и внутрипсихических;
- общая устойчивая дезадаптированность, являющаяся перманентным состоянием фрустрированности, наличие которого активизирует становление патологических защитных механизмов [4].

Основу дезадаптированного поведения составляет конфликт, под влиянием которого постепенно формируется неадекватное реагирование на условия и требования среды в форме тех или иных поведенческих отклонений – как реакции на систематические, постоянно провоцирующие факторы, справиться с которыми личность не может. Эти исследования лежат в основе теории, рассматривающей компенсаторные возможности организма, где под ПСД понимается специфическое психологическое состояние, обусловленное функционированием психики на пределе ее регуляторных и компенсаторных возможностей. Согласно данной теории, структура ПСД такова: конфликт – фрустрация – активное приспособление [6]. По К. Роджерсу,

дезадаптация – это состояние несоответствия, внутреннего диссонанса, причем главный его источник заключается в потенциальном конфликте между установками Я и непосредственным опытом человека [7].

В изученной нами литературе практически не встречалось конкретных классификаций, описаний и характеристик ПСД у больных наркоманиями. Имеются лишь указания на затруднения социальной адаптации у наркозависимых, связанные с неблагоприятными материально-бытовыми условиями жизни, экономическими и правовыми аспектами. Проблемы ПСД для лиц с химической зависимостью всегда были актуальны, но никогда не стояли так остро, как в настоящее время – в условиях нестабильной социальной и политической ситуации, неразрешенного до конца экономического кризиса, ослабления роли семьи и воспитания, девальвации морально-нравственных норм, резко противоположных форм материального достатка, засилия информации о кустарном изготовлении и способах употребления психоактивных веществ (ПАВ).

ПСД может проявляться в различных формах: аутоизоляции, групповой изоляции, маргинализации, «бегстве в болезнь» (невротизации и «уходе» в область психосоматики), аддикции и антисоциальном поведении.

Целью нашей работы было выявление облигатных факторов, формирующих аддиктивный вариант «ухода от реальности».

Объект и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 480 больных молодого возраста (16,5 – 40 лет), страдающих различными видами наркотической зависимости (опиоидная наркомания – 150 чел., использование психостимулятора «винт» - 200, героиновая наркомания – 8, гашишизм – 122 чел.).

Результаты исследований и их обсуждение. Детальный анализ психоанамnestического материала позволил выделить ряд медикогенетических и социально-психологических условий, «облегчающих» формирование и закрепление «аддиктивного стиля жизни» (табл. 1).

Как подчеркивает ряд авторов [8, 10], влияние средовых факторов в развитии наркомании на макросоциальном и микросоциальном уровне выглядит достаточно наглядно. Известно, что

Факторы, способствующие формированию аддикции

№ п/п	Факторы формирования	Опиоидная наркомания	Психостим «винт»	Героиновая наркомания	Гашишизм
		(n=150)	(n=200)	(n=8)	(n=122)
1.	Алкоголизм одного или обоих родителей	110	–	8	15
2.	Рождение в условиях пенитенциарной системы	18	15	1	12
3.	Жестокое обращение в раннем детстве	27	10	–	80
4.	Воспитание по типу гиперопеки	14	13	–	–
5.	Жизнь «за чертой бедности»	41	49	–	15
6.	Наличие в семье онкобольных	18	–	–	–

общественные катаклизмы, войны, экономические пертурбации влекут за собой вспышки злоупотребления. Наркотизмом поражаются определенные группы населения, в частности преступники, богема, десоциализированная среда люмпенов и, напротив, «среда беззаботных» [3] – не занимающихся делом и обеспеченных. Социальное влияние, опосредованное через «моду», предопределяет эпидемический характер распространения наркомании. Мы видим, как социальное влияние, навязываемое через новые моральные нормы и навыки некультуры, отражается, например, в уравнивании мужского алкоголизма с женским, в заметной распространенности ультрасовременных ПАВ. Эпидемиология наркотизма также показывает влияние внешних факторов среды: алкоголизм более распространен в странах, где производят много алкогольных напитков, опиомания и гашишизм — в странах с традиционным выращиванием мака и конопли, а также везде, где настойчиво рекламируется (иногда в скрытой форме) та или иная аддикция.

В последние два десятилетия наркомания рассматривается как результат неэффективности социальной сферы с точки зрения определенных типов индивидуального образа жизни. Такой социопсихологический подход к наркомании позволяет выявить дисфункциональные особенности в образе жизни индивидуумов и групп и разработать меры противодействия этому отклонению, а не признавать наркоманию в какой-то мере «неизбежным злом».

Проведя достаточно глубокие исследования, мы пришли к выводу, что наркотизация — одно из проявлений ухода, изоляции индивидуума от общества, а проводимый многими специалистами анализ должен рассматривать явление как на уровне индивидуума и его микрогрупп, так и в ракурсе макросоциальных процессов. Без этого оценка каких-либо факторов, определяющих распространенность и форму наркотизма, все-таки не дает в полной мере возможности объяснить его причину. К слову, как показывают этнографические, археологические и исторические данные, не было цивилизации, не было общественно-экономических формаций, когда не знали бы того или иного вида злоупотребления ПАВ [2].

Используя различные критерии, можно говорить о сообществах, разделенных по имущественному, культурному, интеллектуальному признаку, по интересам. Однако главенствующее место в формировании иерархии мотивов, ценностей и социальных установок традиционно принадлежит семье. По меткому выражению И.В. Стрельчука, «пьяницы порождают пьяниц» [9]. Неблагополучная семья означает отсутствие или искажение у подростков и молодых людей жизненных ориентиров. Без значимых, поощряемых обществом принципов жизни подросток оказывается во власти сиюминутных впечатлений и интересов, в том числе моды. Именно от сверстников усваиваются им стиль жизни, манеры поведения, поэтому для начала наркотизации большое значение имеет отрыв ребенка от семьи, недостаточное внимание родителей (в крайней степени – заброшенность). Чем распространеннее в обществе наркотизм, тем легче он «вербует» таких подростков.

Известно, что неполная семья патогенна. У детей с единственным родителем обнаруживаются трудности общения; неправильное поведение часто характерно для детей, чьи матери одиноки, в семьях низкого социально-экономического статуса, маргинальной культуры, растущих без внимания и заботы. Роль социальной депривации, к сожалению, обычно сужается, в ней видится лишь причина отсталости развития (главным образом интеллектуального). В целом известно, что риск наркотизации высок в будущем для детей, происходящих из семей со множеством жизненных проблем, замеченных в непослушании, мелком воровстве, плохой успеваемости. Наше внимание было обращено не только на «хронические неполадки», но и на нарушение иерархической структуры даже в полной семье, неспособность избегать и разрешать конфликты, «секретность» друг от друга, на изоляцию семьи от окружающих.

Тяжелые микросоциальные условия всегда влекут за собой биологические и социальные последствия — соматопсихические нарушения, стресс и недостаточную адаптацию, нарушение контактов с окружающими — как из-за компенсаторной агрессивности, так и из-за робости, боязливости. Нами выявлено, что у пациентов, избиваемых в детстве, педагогами и психологами были отмечены высокая

агрессивность, разрушительное поведение, низкий самоконтроль и слабость познавательных, интеллектуальных функций. У наркотизирующихся подростков и молодых людей в психоанамнезе нами найдены факты, подтверждающие физическое насилие над детьми, между детьми, между родителями, между всеми членами семьи. У пациентов, даже наблюдающих в детстве драки в семье, обнаружена в сравнении с контролем высокая частота переживаний одиночества, пустоты, ненужности. У них легко возникают зависть, подавленность, беспокойство, они непослушны, драчливы, склонны к разрушению, жестоки, лживы. И наследственность, и стресс провоцируют поведенческие расстройства (антисоциальное поведение, агрессивность, воровство, разрушительные тенденции, жестокость, аддикцию) в равной мере, как и эмоциональные (депрессии, фобии, тревога, суицидальные намерения). Реакции могут быть конверсионными, соматизированными: такие больные в детстве часто жалуются на боль в различных частях тела.

Чем тщательнее нами изучалось влияние микро-среды, тем явственнее проступала взаимосвязь биологического и психологического содержания этого влияния.

Биологическое содержание микросоциального неблагополучия мы рассматриваем двояко. Во-первых, микросоциальное неблагополучие является отражением биологической, в частности психической, недостаточности родителей. Во-вторых, плохие микросоциальные условия эту биологическую недостаточность подкрепляют: для следующего поколения это следствие становится причиной. Как показывает практика, часто имеет место и то, и другое, порочная цепь состоит из нескольких звеньев. Отклонения поведения, ранее считавшиеся результатом неправильного воспитания, во многих случаях обнаружили свою биологическую причину. П.Д.Шабанов выделил социальные поведенческие синдромы: синдром семейного отягощения — нижний слой общества, плохие жилищные условия, получение общественной помощи, социальные или правовые нарушения воспитывающего лица, отсутствие надзора; синдром недостаточной профессиональной приспособленности — плохая успеваемость, незаинтересованность в квалификации, смена занятий, периоды бездеятельности; синдром свободного времени — постоянные развлечения вне дома с высокой активностью; контактный синдром — нарушения интерперсональных отношений в разнообразной форме [11]. Однако неблагоприятные микросоциальные условия неспецифичны. Они предшествуют самым разным формам девиации и сопровождают их. Неспецифичность микросоциального воздействия доказывается и тем, что расстройства поведения и влечений никогда не бывают узкими, это всегда спектр расстройств. Одновременно сосуществуют и аномические тенденции, и криминальность, и социальная пассивность, и нарушения адаптации, и злоупотребление ПАВ. Нами на многолетнем обширном материале наблюдений

доказано, что патологическая наследственность свойственна практически всем наркоманам. Парадоксальным образом обнаружилось, что многие больные, начавшие злоупотребление в раннем возрасте, сознательно избирали наркотики, а не алкоголь, так как спиртное, его запах, вид пьющих вызывали у них отвращение из-за воспоминаний об отце-алкоголике.

Почти все наши больные имели латентные черты психического дизонтогенеза. В анамнезе отмечались задержки речи, становления психомоторной координации, способности чтения или письма. При отсутствии необходимой помощи они «отсеивались» из обычной школы как слабоумные; во вспомогательных школах их развитие искусственно замедлялось. Психофизическая слабость делала для них непереносимыми обычные житейские и учебные нагрузки. Защищаясь, они давали реакции отказа, становились (по оценкам педагогов) грубыми, дерзкими, ленивыми, получали оценку «трудные подростки». Многие из них так и остались медлительными, безынициативными, со слабостью побуждений и самоконтроля.

Как известно, предуготованность к психической нестабильности возникает в раннем детстве. Сторонники крайних взглядов полагают даже, что это происходит в момент рождения: «смена комфорта, укачивающего ритма сердечных сокращений матери на холодный чуждый мир» [12]. Бесспорно, однако, что резкий отрыв от материнского тела травматичен для младенца. Некоторые из наших больных имели крайне патогенный опыт раннего расставания с матерью — в условиях пенитенциарной системы. Младенец забирался через 20 минут после родов, и мать могла видеть его впоследствии только 2 раза в сутки, во время, установленное администрацией исправительного учреждения, вне всякой взаимосвязи с кормлениями. Прошедший эту травматическую выучку ребенок в 1—2-м классе школы с трудом адаптировался к окружающим его сверстникам, у него было грубо нарушено эмоциональное развитие.

У большинства больных наблюдался феномен эмоционально-патогенной родительской семьи — микросоциума, где доминировала неприязнь и даже ненависть между старшими: жена — муж, свекровь — невестка, теща — зять, родители — их братья и сестры. Даже скрываемые, эти чувства без слов и взглядов создавали тяжелую атмосферу. Следствием оказывалась плаксивость, капризность детей, плохой сон, энурез; в дальнейшем наблюдались психосоматические заболевания (часто — астма, диатез), негативизм, злобность, амбивалентная полярность чувствований (любовь — ненависть), дублирование эмоциональных отношений, обычно материнских. Нормальное эмоциональное развитие нарушалось. Сходные характеристики взаимоотношений мы видим в семьях наших пациентов, где один или оба родителя страдали хроническим алкоголизмом: обстановка напряженности, тревоги, насилия и скандалов, горя, отсутствия необходимых

ребенку любви, заботы и разумного воспитания. Приступы любви, как и приступы раскаяния в трезвые промежутки, чаще не успокаивали, а пугали ребенка своей несообразностью, неожиданностью и грубостью, характерными для эмоциональности больных алкоголизмом. Нужно сказать, что здесь не исключен и собственно токсический фактор. В таких семьях принято было угощать спиртным маленьких детей, а иногда и принуждать их к этому.

Другая патологическая эмоциональность семьи проявлялась в особом виде защиты ребенка от внешнего мира, по существу, в виде изоляции — гиперопеки. (Этот характер внутрисемейных отношений достаточно полно описан в психологической литературе.) По нашему мнению, причиной гиперопеки в исследуемых семьях может служить высокий уровень тревожности родителей. И это последнее, и гиперопеку следует оценивать как наследственность, отягощенную эмоциональным неблагополучием.

Следует также оценить семьи, которые в литературе последнего времени именуются как «хаотичные» [1]. Хаотичная семья — это не только семья, где царят хаос и грязь, где пьянствуют, межличностный конфликт постоянен и взрослые бесконечно выясняют отношения. Многие вполне психически благополучные семьи, но занятые своими интересами, загруженные работой, не в состоянии обеспечить последовательность воспитания, контроль и помощь ребенку в становлении необходимых качеств. Общим для хаотичных (и благополучных, и неблагополучных) семей является разрыв традиций. Эти семьи или не передают жизненного, нравственного, понятийного опыта потомству, или способны передать только отрицательный опыт. Но, кроме того, хаотичные и конфликтные семьи оказываются постоянным психотравмирующим фоном для растущих детей.

Часть больных принадлежала к благополучным семьям: знакомство с наркотиками произошло вследствие раздражительной реакции, когда кто-то из эмоционально значимых родственников заболел раком и был вынужден регулярно принимать наркотические анальгетики. Как правило, пристрастие длительное время скрывалось — сначала самим пациентом от остальных членов семьи,

потом семьей в целом — от окружающих (опасения в плане остракизма, потери социального уважения).

Сформированную в таких условиях личность наркомана преморбидно отличали черты незрелости (неустойчивость и невыраженность высоких, в частности интеллектуальных, интересов, целей, внушаемость, чувство стадности) и несовершенная психосоциальная адаптация (или удовлетворительная адаптация к повседневности, но недостаточная для сложных условий). Следствием этих качеств являлась наряду с отклонениями в поведении и социальной неустойчивостью подверженность наркотизму. Отмечались и другие черты незрелости: неадекватная самооценка, несоразмерность притязаний, слабый самоконтроль, неспособность преодолевать трудности, противостоять стрессам, недостаточные прогноз и рефлексия, незрелые механизмы защиты, непрочность, несформированность нравственных понятий.

Считается, что преморбидная личностная недостаточность создает необходимость в коррекции самооощущения и самооценки подсобными средствами, наиболее простым и быстродействующим из которых является наркотик [10]. Удивительно образно это сформулировано у Н.И. Пятницкой: «Образ жизни наркомана — заостренное, утрированное воплощение потребительства, целенаправленное выключение себя из традиционной деятельности человека, эгоцентрическое потребление результатов заботы и труда окружающих; социальные связи разрываются из-за эгоистических устремлений» [5].

В заключение можно сделать **вывод**, что несмотря на общепринятый, социально-корректный мотив приобщения к наркотикам — коммуникативно-гедонистический, развитие привыкания в онтогенезе имеет глубокие внутриличностные и медико-генетические закономерности.

Перспективы дальнейших исследований. Субкультура наркоманов как новый, всё расширяющийся слой общества, имеющий устойчивую тенденцию к ПСД, требует специальных психологических, пато-персоналогических и социологических подходов к её изучению.

Список литературы

1. Алмазов Б.Н. Психология проблемного детства / Б.Н. Алмазов. — М.: Дата-Сквер, 2009. — 248 с.
2. Дмитриева Т.Б. Злоупотребление психоактивными веществами / Т. Б. Дмитриева, А. Л. Игонин, Т. В. Клименко и др. — М.: Инфокоррекция, 2003. — 317 с.
3. Москвичев В. Г. Психопатологические и социальные последствия летучих наркотически действующих веществ / В. Г. Москвичев // Наркология. — 2002. — № 12. — С. 42 — 48.
4. Налчаджян А. Психологическая адаптация / А. Налчаджян. — М.: Эксмо, 2009. — 368 с.
5. Пятницкая И. Н., Найденова Н. Г. Подростковая наркология / И. Н. Пятницкая, Н. Г. Найденова. — М.: Медицина, 2002. — 252 с.
6. Петровский А.В. Основы теоретической психологии / А. В. Петровский, М. Г. Ярошевский. — М.: Инфра-М, 2008. — 480 с.
7. Роджерс К. Становление человека / К. Роджерс. — М.: Прогресс, 2004. — 232 с.
8. Сирота Я. А. Руководство по теоретическим, методологическим и практическим основам альтернативной употреблению наркотиков активности несовершеннолетних и молодежи / Я. А. Сирота, В. М. Ялтонский. — М.: Академпроект, 2003. — 250 с.
9. Стрельчук И. В. Клиника и лечение наркоманий / И. В. Стрельчук. — М.: Медгиз, 1956. — 356 с.

10. Цетлин М. Г. Реабилитация наркологических больных: концепция, программа / М. Г. Цетлин, В. Е. Пелипас. — М.: Анахарсис, 2001. — 47 с.
11. Шабанов П. Д. Руководство по наркологии / П. Д. Шабанов. — СПб.: Лань, 1998. — 652 с.
12. Эриксон Э. Детство и общество / Э. Эриксон. — СПб.: ИТД «Летний сад», 2000. — 436 с.

УДК 616.89-008.442-06:616.89-008.485-055.1]:615.851

АДДИКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ КАК ВАРИАНТ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ

Андрух П.Г.

Резюме. В данной статье определена психосоциальная дезадаптация как процесс нарушения интеграции личности, представлена её классификация, описана варибельность поведенческих проявлений при различных вариантах психосоциальной дезадаптации, в частности – аддиктивного поведения. Проведен детальный анализ психоанамнестического материала по данным обследования лиц, страдающих наиболее распространёнными вариантами химической зависимости, который позволил выделить ряд медико-генетических, а также микро- и макро- социально-психологических условий, факторов, «облегчающих» формирование и закрепление «аддиктивного стиля жизни».

Ключевые слова: аддиктивное поведение, психосоциальная дезадаптация, химическая зависимость, психическая нестабильность, личность.

УДК 616.89-008.442-06:616.89-008.485-055.1]:615.851

АДИКТИВНА ПОВЕДІНКА ЯК ВАРІАНТ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ

Андрух П.Г.

Резюме. У даній статті визначено психосоціальна дезадаптація як процес порушення інтеграції особистості, представлена її класифікація, описана варіабельність поведінкових проявів при різних варіантах психосоціальної дезадаптації, зокрема – адиктивної поведінки. Проведено детальний аналіз психоанамнестического матеріалу за даними обстеження осіб, які страждають найбільш поширеними варіантами хімічної залежності, який дозволив виділити ряд медико-генетичних, а також мікро- та макро- соціально-психологічних умов, чинників, що «полегшують» формування і закріплення «адиктивної стилу життя».

Ключові слова: адиктивна поведінка, психосоціальна дезадаптація, хімічна залежність, психічна нестабільність, особистість.

УДК 616.89-008.442-06:616.89-008.485-055.1]:615.851

Addictive Behavior As An Option Psychosocial Maladaptation

Andrukh P.G.

Summary. In this article, is defined as the process of psychosocial maladjustment violations integration of personality, represented by its classification, described the variability of behavioral manifestations in different variants of psychosocial maladjustment, in particular – of addictive behavior. The detailed analysis psihoanamnesticogo material according to a survey of persons who suffer most rastprostranennymi variants of chemical dependency, which allows to allocate a number of medico-genetic, as well as micro- and macro- socio-psychological conditions, factors «facilitate» the formation and consolidation of «addictive lifestyle».

Key words: addictive behavior, psychosocial maladjustment, chemical dependency, mental instability, personality.

Стаття надійшла 31.10.2011 р.