

СОЦІАЛЬНА ТА КЛІНІЧНА НАРКОЛОГІЯ

УДК 616.89-008.441.33-0.85:616.822.1

С. И. ТАБАЧНИКОВ, Е. Н. ХАРЧЕНКО, Т. В. СИНЦКАЯ, Ю. А. ВОЙТЕНКО, А. Н. ЧЕПУРНАЯ
АДДИКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ И ХАРАКТЕРИСТИКА
ФОРМИРОВАНИЯ ЗАВИСИМЫХ СОСТОЯНИЙ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В
ПОДРОСТКОВО-МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ

Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, г. Киев,
Украинский мониторинговый центр наркологической помощи МЗ Украины, г. Киев,
Николаевская областная психиатрическая больница №1, г. Николаев

Ключевые слова: аддиктивное поведение, психоактивные вещества, подростки, формирование зависимых состояний

Среди различных актуальных медико-социальных проблем современности, вопрос аддиктивного поведения (или аддиктивных расстройств) имеет особую значимость [1; 2]. Активные социально-экономические процессы, наблюдаемые в современном обществе характеризуются различными кризисными явлениями во многих сферах общественной жизни. В сознании людей происходит резкая смена привычных стереотипов, дестабилизация социальных норм: финансового положения, ситуации на рынке труда, изменения моральных критериев и др. Эти и многие иные факторы способствуют формированию у значительной части населения реальной проблемы страха перед действительностью, состояний психологического напряжения, желания ухода от реальности. В большей степени ему подвержены лица с низкой переносимостью трудностей, и, соответственно, недостаточными адаптационными возможностями. В поисках средств защиты от напряжения, дискомфорта, стресса они часто прибегают к альтернативным стратегиям аддиктивного поведения [3; 4]. Безусловно, подобные формы дезадаптивного поведения свойственны чаще подростково-молодому возрасту, периоду несформировавшихся у них личностных и социальных норм.

Рассматривая проблему аддиктивных расстройств в широком медико-социальном плане, нельзя не отметить ее серьезное, угрожающее воздействие на здоровье, как физическое, так и психическое, не только самих аддиктов, но и среду их окружения. Среди разных социальных проблем современности, в числе первых находится многочисленная категория зависимых расстройств. В целом она достаточно вариативна. К основным формам зависимого поведения, в первую

очередь, относится химическая, или зависимость от психоактивных веществ (ПАВ): алкоголя, наркотиков, табака и др., зависимость от приема пищи: анорексия и булимия; сексуальные девиации и перверзии (парафилии); психостимулирующие нехимические зависимости: экстремальные виды деятельности, гемблинг, клептомания, серийные насильственные действия; викарные зависимости, заполняющие психологическую пустоту: накопительство, трудоголизм, фанатизм и др.; электронные формы зависимости: компьютерные игры, интернет-зависимость и др. В этом плане вопрос зависимости от ПАВ является одним из наиболее актуальных среди ведущих медико-социальных проблем современности в целом и зависимых состояний, в частности [5; 6]. Как свидетельствуют данные эпидемиологических исследований, как отечественных, так и зарубежных [7; 8], уровень распространенности алкогольной, табачной и других видов наркотической зависимости неуклонно увеличивается (как по масштабу, так и по вариативности видов) в большинстве стран мира, в том числе и в Украине. Особенно опасным является соответственно катастрофический рост употребления ПАВ среди детей и молодежи, что ведет к ранней психофизической декомпенсации и десоциализации подрастающего поколения. За последние годы психические и поведенческие расстройства (ППР) в данной возрастной категории, в результате употребления ПАВ стали превышать ППР другого происхождения. По данным ВООЗ, Украина занимает первое место по масштабам подросткового алкоголизма. Соответственно результатам отечественных и зарубежных исследователей [7; 8] среди украинских подростков 13–15 лет употребляют алкоголь около 90%; курят 63%; принимают наркотические вещества более

25,4% (33,6% юношей и 18,8% – девушек) [9–10]. При этом следует учитывать, что объективные данные значительно превышают официальные. Среди ПАВ, наиболее употребляемыми среди подростков являются алкоголь, каннабиноиды, психостимуляторы, опиаты, опиоиды и др. По данным социологического исследования в Украине 36% детей в возрасте 10 лет уже употребляли алкоголь ранее, соответственно, 78% – 14-летних и 85% 15-летних. Начало периода курения, чаще в 12–15 лет. При этом $\frac{1}{4}$ курящих начинают курить с 10-11 лет. Первичное употребление наркотиков приходится обычно на 12–16 лет (32%); 17–18 лет – 35%; 19–28 лет – 33% [11–12]. Очень часто наблюдается коморбидность в употреблении различных ПАВ, что ещё более отягощает их состояние. Естественно, употребление ПАВ, особенно в юном возрасте, приводит к ухудшению здоровья, а также к девиантному поведению, аутоагрессивным и гетероагрессивным действиям, криминогенности и травматизму. Причинами смерти $\frac{2}{3}$ молодежи от 15–20 лет является отравление или несчастные случаи в результате опьянения алкоголем или употребления иных ПАВ [10–11]. Большую роль в приобщении подростков к приему ПАВ имеют особенности их поведения в этом возрастном периоде, в частности, реакции эмансипации, группирования со сверстниками и др. Еще до начала наркотизации подростки часто объединяются в уличные компании и социальные группы, в которых обычно, под руководством старших по возрасту, приобщаются к употреблению алкоголя, табака или других ПАВ. Чаще это каннабиноиды или иные психостимуляторы (среднего звена), с постепенным переходом к более тяжелым – опиоидам и др. Критерии группы риска большинством авторов рассматриваются с точки зрения аддиктивного поведения (без системного употребления ПАВ) в зависимое состояние (болезнь). При этом у разных авторов они достаточно вариабельны. Некоторые снижают порог частоты употребления алкоголя до нескольких раз в месяц, другие считают злоупотреблением регулярное употребление алкоголя до опьяняющих доз, а «выпивки» – 2–3 раза в месяц рассматриваются как эпизодические. Согласно мнению А. Е. Личко [13] злоупотреблением у подростков алкоголем считается состояние эпизодического опьянения до 16 лет или менее регулярное употребление спиртных напитков без признаков зависимости в более старшем возрасте. Безусловно, периодичность употребления алкоголя или другого ПАВ не является единственным критерием формирования зависимых состояний. Многие исследования, как отечественных, так и зарубежных специалистов, характеризуют переход аддиктивного поведения в болезнь, считают значимым взаимосвязь социальных, психологических и биологических факторов [13–14]. Изучая проблему наркоманий детско-подросткового и молодого возраста в Украине, и, в частности, вопрос аддиктивного поведения подростков, принимающих различные ПАВ, нельзя не остановиться на современном понимании аддиктивных расстройств, как таковых. На протяжении длительного периода, до последнего времени, определения понятия

аддиктивного поведения (или аддиктивного расстройства) в представлениях разных авторов, трактуются разнопланово. Возможно, этой неопределенности суждений способствует постоянное увеличение и трансформация категории разновидности современных аддиктивных аномалий (компьютерная, интернет-зависимость и др.) Наиболее обобщенным теоретическим суждением, на наш взгляд является классификация аддиктивных расстройств, предложенная П. Н. Сидоровым [15]. Как считает автор, основные характеристики зависимого поведения заключаются в непреодолимой подчиненности чужим интересам, чрезмерной фиксации внимания на определенной деятельности, снижения способности контролировать свое поведение, прогрессирующей утрате альтернативных интересов, повышении толерантности, пренебрежения осложнениями и вредными последствиями, а также абстинентные проявления. В настоящее время на механизмы этиопатогенеза имеются различные точки зрения. Выделяются следующие концепции зависимого поведения [15]:

- социально-гигиеническая (объясняет природу зависимостей условиями жизни и взаимоотношениями людей, характером обычаев социальной микросферы, производственных и экономических отношений);
- социально-психологическая (социально-психологическая несостоятельность личности);
- генетическая (наследственная предрасположенность);
- генетотрофическая (наследственно обусловленное нарушение обмена веществ);
- наркоманическая (специфическое действие на организм самого ПАВ);
- адренохромная (нарушение катехоламинового обмена);
- эндокринопатическая (первичная слабость эндокринной системы);
- психопатологическая (роль характерологических особенностей личности в этиологии зависимости);
- биоэнергетическая (нарушение водноионной структуры организма);
- системная (специфическое нарушение функции дофаминовой нейромедиаторной системы);
- синергетическая (нарушения социогенеза, психогенеза и биогенеза).

Таким образом, существуют достаточно разнообразные взгляды на природу возникновения зависимого поведения. Так, например, различают шесть видов потребностей:

1. по сенсорной стимуляции;
2. за признанием;
3. по контакту и физическому общению;
4. сексуального порядка;
5. структурный или по структурированию времени;
6. в проявлении инициативы.

Сообразно данному положению у аддиктивной личности каждый вид потребности заостряется, при этом человек, не находя чувства их удовлетворения в реальной жизни, стремится к снятию состояний дискомфорта и неудовлетворения реальностью – стимуляцией иных

видов деятельности или поведения. В частности, достижения повышенного уровня сенсорной стимуляции, структурных потребностей, то есть желание заполнить время действиями.

Объективно и субъективно плохая переносимость трудностей повседневной жизни, постоянные упреки и нарекания со стороны близких и окружающих, отсутствие должного жизнелюбия и удовлетворенности социальными стандартами, – формирует у аддиктивных личностей скрытый комплекс неполноценности. В последующем он перерастает в гиперкомпенсаторную реакцию. Появление чувства «собственной значимости», субъективного «перевеса над окружающими» – выполняет в целом защитную психологическую функцию, содействуя поддержке самооценки в неблагоприятных микросоциальных реалиях, то есть, в условиях конфронтации личности с семьей или коллективом. При этом внешняя социабельность, легкость налаживания контактов с окружающими, сопровождается манипулятивным поведением и поверхностностью эмоциональных связей [13]. Другой исследователь В. Д. Менделевич [14], характеризуя аддиктивных лиц, обращает внимание на несоответствие психологической устойчивости в случаях повседневных отношений и кризисных ситуаций. В норме, как правило, психически здоровые лица легко («автоматически») приспосабливаются к условиям повседневной жизни. При этом они, естественно, стараются избегать различных сложных «кризисных» ситуаций и нетрадиционных действий. Аддиктивные же личности, наоборот, не приемлют традиционный уклад жизни с его социальными стандартами, размеренностью и прогнозированием. Кризисные ситуации, с их непредсказуемостью, риском и выраженными аффектами являются для них той основой, при которой они ощущают должную уверенность над другими. С. А. Кулаков [16] выделяет ряд паттернов поведения, позволяющих определить отклонения и своеобразия личности у детей и подростков с аддиктивным поведением в разных сферах. В сфере поведения: избегание решения насущных проблем, нестабильность отношений с окружающими, преобладания однотипного способа реагирования на фрустрацию и трудности, высокий уровень претензий, при отсутствии критической оценки собственных возможностей, склонность к обвинениям окружающих, эгоцентризм, агрессивность или неуверенность в поведении, наличие социофобий, преимущественная ориентация на жесткие формы и нормы поведения, перфекционизм, нетерпимость в суждениях и действиях. В аффективной сфере: эмоциональная лабильность, низкая фрустрационная толерантность и быстрое возникновение тревоги и депрессии, снижение или нестабильность самооценки, неприятие «обратных связей», закрытость личности. В мотивационно – потребительской сфере: блокирование желаний в защите, самоутверждении, свободе действий, принадлежности к референтной группе. В сфере когнитивных соотношений: черты усиливающие дисгармонию личности – «аффективность логики»; «эмоциональные блоки»;

эскопизм; «селективность выборки» – построение выводов, основанных на деталях вырванных из контекста; обобщенность – построения глобального вывода, основанного на изолированном факте; «абсолютное мышление» – проживание «действия – поведения» в 2-х противоположных категориях – «все или ничего»; «произвольное отображение» – формирование выводов, при отсутствии аргументов в его поддержку; перфекционизм, гиперболизация негативных действий и минимизация позитивных. По мнению В. Segal [17], в характеристике лиц с аддиктивными расстройствами существуют следующие формы поведения:

1. снижение переносимости трудностей в повседневной жизни, наряду с хорошей переносимостью кризисных ситуаций;
2. скрытый комплекс неполноценности, объединяющийся с внешним демонстративным преобладанием;
3. внешняя социабельность, взаимосвязанная со страхом перед стойкими эмоциональными попытками;
4. лживость суждений;
5. стремление к обвинению окружающих;
6. желание уйти от ответственности в принятии решений;
7. зависимость;
8. тревожность.

Интересным в понимании аддиктивного поведения, представляется теория О. Б. Смулевича (2012), предложившим клиническую классификацию маскированных депрессий, разделенных на 12 разных подвидов («масок»). По мнению автора, в первооснове многих заболеваний и аддиктивных расстройств в том числе, могут скрываться маскированные депрессии. Так, например, «маски» в форме патохарактерологических расстройств, обуславливающих разные виды аддиктивного поведения, и, в частности, употребление психоактивных веществ алкоголя, табака, наркотиков). Согласно данной теории, человек начинающий прием ПАВ, направляет свое подсознание к снятию (устранению) депрессивного состояния, по крайней мере на какое-то время. Постепенно у человека возникает зависимое состояние от того или иного наркотического вещества. При этом основа заболевания – первичная депрессия, так и остается нераспознанной. Проэцируя некоторые позиции на аддиктивное поведение лиц, принимающих ПАВ (в том числе и подростков), можно согласиться, в определенной степени, с данной теорией. Таким образом, несмотря на многочисленные исследования, посвященные данной проблеме, до последнего периода остается разноплановым понимание формирования аддиктивных расстройств (как химических так и нехимических). В частности, остаются недостаточно выясненными вопросы этиопатогенеза, патопсихологических и психопатологических особенностей, а также критериев ранней диагностики аддиктивных расстройств у подростков или молодежи, употребляющих ПАВ, что, в свою очередь, не дает возможности своевременного выявления их, оказание квалифицированной

медико-соціальної допомоги і рішення питань профілактики підліткової наркоманії.

Целью нашей работы стало визначення структури формування залежних станів у осіб підлітково-молодого віку з адиктивним поведінням, приймаючих психоактивні речовини.

Задачи исследования:

Визначення соціально-демографічних, патопсихологічних і клініко-психопатологічних особливостей формування адиктивного поведіння при використанні психоактивних речовин в підлітково-молодому віку.

Виявлення особливостей психічного здоров'я, наявності психічних і поведінчих розладів при використанні ПАВ особами даного віку.

Визначення ідентифікації біологічних, психологічних і психосоціальних причин, сприяючих виникненню адиктивних розладів в підлітково-молодому віку при прийомі ПАВ.

Визначення характеру медичної допомоги при даній патології.

Материал и методы исследования.

Дослідження проводилося серед контингенту школярів старших класів, учасників коледжів і студентів ВУЗів молодших курсів. Загальне число обстежених становило 1400 осіб. З них була обрана група осіб, що вживають ПАВ – (170 осіб), взята для дослідження. Для вивчення соціально-демографічних, клініко-анамнестических, патохарактерологічних і психопатологічних особливостей досліджуваних осіб – використовувалася «Уніфіцирована карта обстеження», що складається структурно: інформаційне згодування особи на обстеження, соціально-демографічну анкету, методики визначення особливостей характерологічних акцентуацій, методика Басса-Дарки – для діагностики агресивних реакцій; визначення особливостей і ситуаційної тривоги – Ч. Д. Спілбергера – Л. Ю. Ханіна; виявлення коппінг-стратегій Е. Хейма; комплексні оцінки адиктивного статусу особи, з допомогою системи AUDIT тестів (методика І. В. Лінського і А. І. Мінко). Дослідження проводилося нами анонімно (при умові згодування досліджуваних).

Результаты работы. Серед головних факторів мотивації патологічного втягнення вживання ПАВ серед осіб підлітково-молодого віку можна виділити наступні: ухилення від психологічно небагатих ситуацій, пов'язаних з оточенням і взаємодіями в мікро і макросоціумі. Це конфлікти в родині (частіше з батьками), з педагогами (в місцях навчання), ровесниками (або середовищем спілкування з старшими), сексуальна дисгармонія, почуття самотності, непорозуміння (або втрата) сенсу життя, безперспективність майбутнього. Виникаюча при цьому психологічна дезадаптація, призводила у адиктивних осіб до бажання «уходити» від реальності, почуття страху перед повсякденністю, наповненою стандартними обов'язками і регламентаціями. В відповідь на це у них з'явилось бажання до яскравої, наповненої незвичайними

(суб'єктивно-позитивними) емоціями життя, відповідальної реалізації свого поведіння. Характерологічно, такі особи з дитинства частіше відрізнялися нервно-психічною нестійкістю, гіперактивністю, схильністю до фантазування, підвищенню (порой до зниження) самооцінки, «ранимістю» до критики, прагненню до пошуку нових відчуттів і переживань, які виражалися в тенденціях до фізичного і соціального ризику, низької фрустраційної толерантності, неможливістю нести відповідальність за свої дії. Середовими факторами, що формують патологічне поведіння, частіше була адиктивна родина (в якій виріс індивід), середовище навчання (роботи): друзі (частіше з вадами виховання); конфлікти інтра- і трансперсонального характеру, – які виступають психологічними факторами, що сприяють формуванню високої фрустраційної готовності і саморуйнівного адиктивного поведіння. У досліджуваних осіб частіше виявляється загострене почуття провини і божевільних фантазій осоруженого самолюб'я, необґрунтованих обид, що в результаті призводило до відчуження від реальних життєвих проблем. З дитинства у досліджуваних даної категорії нерідко проявлялися пристрасті до участі в різних нестандартних, психологічно-стимулюючих заняттях або діях, пов'язаних з особливим «інтересом». Внаслідок цього достатньо часто у таких підлітків здійснювалось неосвідомлене позитивне потенціювання адиктивного поведіння до вживання ПАВ. В подальшому у них формується патологічний стереотип залежного поведіння, що відповідає змінам шкали ціннісної орієнтації, етичних норм і моральних критеріїв. В свою чергу, така деформована особистісна мотивація фіксувалась в свідомості, посилюючись з часом, в процесі формування залежного поведіння, за рахунок систематичного використання ПАВ. Таким чином, вплив соціального середовища на специфічну особистість підлітка являлось одним з головних причин розвитку залежного поведіння від ПАВ. До інших макросоціальних причин ризику залежних розладів, слід віднести соціальну дезінтеграцію і нестабільність становища особистості в молодому віку. Більшість досліджуваних, причинами вживання і залежності від ПАВ вважають соціальну незадоволеність, постійну «соціальну тривогу», тобто, вживання ПАВ і адиктивне поведіння розглядалися ними як спосіб «виходу» з небагатого реального стану шляхом зміни психологічного стану. Встановлено, що, як головні причини ризику мікросоціального середовища, так і соціальні причини (макрорівня), потенційно підкріплювали одна одну, формуючи індивідуальні варіанти патологічного поведіння особи. До родинних причин, безпосередньо пов'язаних з процесом виховання, нами віднесені: наявність частіше виявляються дезадаптивних родин у досліджуваних осіб (переважно по лінії батька), з глибоким дефектом соціалізації: відсутністю психологічного

блокирования раннего употребления ПАВ подростками, совершением асоциальных действий и правонарушений. К дисфункциональным и неблагополучным семьям относятся также – неполные, аморальные, криминогенные и другие проблемного порядка. Негативными являются неправильные формы воспитания: гипо- или гиперопека, «сверхтребовательность», совместно с жестокостью, установки на престижность, фиксированное благополучие, нарушение приоритетов желаемого и возможного. Таким образом, психологическими условиями возникновения аддиктивного поведения у подростков, употребляющих ПАВ, с последующей зависимостью, в качестве провокационных факторов определялись: нервно-психическая неустойчивость, наличие акцентуации личности (эмотивные, возбудимые, демонстративные, комфортные, циклотимные); своеобразные реакции поведения (эмансипации, группирования, увлечения и др.) Ведущие мотивы аддиктивного поведения характеризовались, соответственно, конфликтными ситуациями в микро- и макросоциуме. В случаях установления зависимых состояний достаточно сложным является определение начала аддиктивного поведения, в связи с его постепенным характером и отсутствием критической оценки самого индивида. Специфическими факторами риска возникновения патологической склонности к употреблению ПАВ можно считать следующие: подростково-молодой возраст, часто отягощенная наследственность; психофизиологическое неблагополучие; психологические: экзистенциальный вакуум, склонность к аддиктивному поведению, высокий деликвентный потенциал, выраженная компроментация коммуникативной сферы личности, по сравнению с эмоционально – волевой и интеллектуальной. Характерными чертами данных лиц являются: беззаботность, импульсивность, спонтанность в поведении, неуверенность в себе, сочетающиеся с отсутствием самоанализа, чертами акцентуации (чаще эмотивного, демонстративного, возбудимого, циклотимного типов и др.); неадекватность самооценки (преимущественно снижение), с возможностью ее «компенсации» в процессе приема ПАВ, психосоциальные переживания, несоответствие социального и желаемого. Указанные черты приводят к психологическому дисбалансу, дезадаптации в поведении и, непосредственно, частому приему ПАВ. К факторам, способствующим аддиктивному поведению, с употреблением ПАВ, на фоне нервно-психической неустойчивости, и акцентуации личности, можно отнести и наличие форм стереотипного поведения, свойственных молодому возрасту. При этом выделялись следующие типы реакций: оппозиции, имитации, негативной имитации, компенсации, гиперкомпенсации, эмансипации, группирования, увлечения. Реакция оппозиции – вызывается сверхвысокими претензиями к поведению и действиям подростков, излишними ограничениями, невниманием к его интересам и пр. Реакция может быть вызвана чрезвычайными обстоятельствами: непосильной нагрузкой в учебе, неуспеваемостью, конфликтами в семье, «несправедливостью» в восприятии

индивида и др. В зависимости от характерологических и эмоциональных особенностей личности реакции протеста проявляются разными формами аддиктивного поведения: брутальностью, экспрессивностью, демонстративностью, аномалиями поведения и действий. В этом плане – аддикции, с приемом ПАВ, являлись разновидностью протеста. Реакция имитации – проявляется в подражательном поведении другого, как правило, более значимой личности. Это и родители, и средовое окружение. Сюда же относится и воздействие макросреды: телевидение, печать, реклама и пр. Путем индуцирования формируется в определенной степени личность подростка. При этом объектом для подражания в поведении становятся не положительные, а отрицательные «герои» и их действия. Реакция негативной имитации – поведение нарочито противопоставленное навязываемому людям. Реакция компенсации – заполнение неудач в одной области подчеркнутым успехам в другой. При этом «успех», в подростковом возрасте, может рассматриваться как присоединение к взрослой жизни и ее соответствующим стандартам, которые нередко оказываются асоциальными. Реакция гиперкомпенсации – стремление к успеху в наиболее трудной для себя сфере деятельности. В случае неуспеха – закономерно аддиктивное поведение, в частности, прием ПАВ. Реакция эмансипации – стремление избавиться от навязываемой опеки старших, самоутвердиться. Крайнее проявление – отрицание стандартов общепринятых ценностей, социальных норм. При этом, аддиктивное поведение, с употреблением ПАВ, представляется как «альтернативная норма» подросткового поведения. Реакция группирования – объединение в группы подростков. Поведение их и действия характеризуются однородной направленностью, территориальностью, часто единой символикой, принципами. В этой среде подросток, не имеющий успеха в официальном социуме, находит свое «место и преимущество». При этом, аддикции данной среды становятся естественной формой поведения индивида. Реакция «позитива» – выявляется в различных подростковых увлечениях: тип музыки, стиль одежды, поведения, выбор современного «героя» для подражания, тенденции к физическому и психологическому преобладанию над более слабыми, сексуальные приоритеты и др. Прием ПАВ способствует субъективной психологической компенсации, иллюзорному удовлетворению желаний и стремлений подростка. С учетом преобладания в группе исследования значительной части подростков с акцентуацией личности, приводим основные наиболее характерные особенности разных вариантов. Лица гипертимного типа: с детских лет отличаются повышенной активностью, недопониманием чувства дистанции с более старшими и взрослыми. Чаще им присущи реакции эмансипации, в связи с чем закономерны конфликты с родителями, педагогами, средой окружения. Стандарты морали вызывают, как правило, противодействие, «борьбу за самостоятельность», умышленное нарушение правил поведения, социальных нормативов. В группировках подростков (чаще не

формальних) эти лица стремятся к лидерству, тяготеют к риску в поведении. Они склонны к раннему употреблению алкоголя, пьют преимущественно в компаниях, что еще более потенцирует активность аномального поведения. Наряду с алкоголем, курением, часто употребляют иные ПАВ, преимущественно каннабиноиды (марихуана, анаша, гашиш), находя в этом еще большее стимулирующее действие своей активности. Протективные черты: жизнелюбие, оптимизм, активность, энергичность, повышенный фон настроения. Деадаптивные черты: поверхностность суждений, легкомыслие, тенденция к риску, ранним сексуальным связям, аморальному поведению, нарушению социальных норм. Конфликтотенные ситуации: вынужденное одиночество, отсутствие разнообразия в общении, поведении, действиях, социальные стандарты, ограничивающие свободу действий. Для истероидного типа – характерными чертами были: выраженный эгоцентризм, лживость, повышенная самооценка, избирательность общения, склонность к фантазиям колебаниям настроения, демонстративному поведению, конфликтам с окружающими, неадекватным действиям. В употреблении алкоголя, наркотиков – характерно позерство, гипербализация ощущений («кайфа»). Из ПАВ они предпочитают более модные или экстравагантные (каннабиноиды, галлюциногены и др.) Протективные черты: коммуникабельность (избирательного типа), активность действий, обусловленная, как правило, «эмоциональным» видением цели. Деадаптивные черты: склонность к интригам, лживость, эгоцентризм, безответственность, лицемерие, повышенная самооценка, склонность к аффективным реакциям, демонстративному поведению. Конфликтотенные ситуации: безразличие со стороны окружающих, ущемление самолюбия, игнорирование или непризнание окружающими собственных «талантов», «уникальности» личности, внешних данных, имеющего эгоцентризма и др. Эпилептоидный тип. Большинство особенностей характера являются компенсаторными при каких-либо органических аномалиях. У подростков этого типа наблюдались склонность к дисфориям, аффективным проявлениям, эмоциональная напряженность, инертность мышления, действий. В поведении нередко проявлялась выраженная гневливость, неадекватная жестокость (преимущественно к более слабым сверстникам, младшим по возрасту или беззащитным животным), что наблюдалось с детских лет. С окружающими они чаще малообщительны, скрытны, эгоистичны, в конфликтных ситуациях склонны к физическому насилию. В употреблении ПАВ предпочитают алкоголь, чаще доводят себя до состояния сильного опьянения, что провоцирует конфликтные ситуации, нередко правонарушения. У данных лиц нередко отмечаются амнестические формы опьянения. Курить начинают чаще с ранних лет. В последующем дозы быстро возрастают, что приводит к табачной зависимости уже в юном возрасте. Систематическое употребление алкоголя (реже других ПАВ) значительно усугубляют психическое состояние. Протективные черты:

бережливость, аккуратность, педантизм, скрупулезность, старательность. Деадаптивные черты: эгоцентризм, жестокость, нетерпимость к инакомыслию; бездушность к чужим переживаниям, повышенная требовательность к другим, ревнивость, злопамятность. Конфликтотенные ситуации: изменение устоявшихся порядков и установление новых правил, ограничение собственных прав, действий, в подчинении близких и окружающих, непереносимость повышенных психических и физических нагрузок, сложность взаимоотношений с близкими, окружающими. Эмотивный тип (нестойкий) – лица данной категории с детства отличались непослушанием, непоседливостью. При этом были боязливими, остерегались наказания, легко подчинялись сверстникам. У некоторых из них с ранних лет отмечались симптомы невропатии (заикание, энурез). Отношение к учебе часто было негативным. Вместе с тем, рано появлялось желание к развлечениям, пустому времяпрепровождению. Подросткам этого типа свойственно раннее начало курения, употребление алкоголя, наркотиков. Деликвентность данных лиц – это, в первую очередь, жажда развлечений. Поиск необычных ощущений легко толкало их к употреблению различных ПАВ, принимаемых в соответствующих компаниях, чаще с более старшими сверстниками или даже взрослыми. Параллельно, рано начинают сексуальное общение (как юноши, так и девушки), что нередко приводит к разным конфликтным ситуациям. Реакция эмансипации свойственна подросткам данного типа. Стремясь к широкому общению, они, однако не в состоянии занимать центральное положение в среде сверстников в силу присущей им боязливости и нерешительности. Среди ПАВ отдают предпочтение алкоголю, психостимуляторам, опиоидам, каннабиноидам, действие которых делает их поведение более свободным и уверенным. Протективные черты: открытость, доброжелательность, быстрота переключения в действиях и общении, искренняя готовность к выполнению просьбы. Деадаптивные черты: безвольность, тяготение к пустому проведению времени, развлечениям, хвастливости, многоречивости, угодничеству, лицемерии, боязливости, безответственности, склонность к аффективным вспышкам и расторможенности при невозможности удовлетворения своих потребностей. Конфликтотенные ситуации: твердое подчинение дисциплинарным требованиям, особенно при длительном периоде, ограничение в общении с людьми, негативизм в восприятии ситуаций способствующий нарушению праздного, (развлекательного) времяпрепровождения, необходимость длительных усилий и концентрации на работе, принятия решений и непосредственной ответственности за них, гиперопека, жесткий контроль. Конформный тип: постоянная готовность подчиняться голосу большинства, банальность суждений, склонность к благонаравью, консерватизму. Главная черта этого типа – постоянная и чрезмерная адаптация к своему непосредственному положению, окружению. Этим лицам присуще недоверие и настороженность к незнакомым, новому. В позитивной среде – у них положительное поведение. В

отрицательной, – соответственно негативное (с усвоением и принятием окружающего). Конформные подростки лишены собственной критической оценки ситуации и инициативы, в связи с чем легко подвержены постороннему влиянию. По этой причине, попадая в соответствующую среду, «за компанию», употребляя алкоголь, наркотики и другие ПАВ, неуклонно и достаточно быстро приходят к зависимым состояниям. Аналогично, эти лица легко приемлют разные групповые правонарушения, криминальную среду. В плане приема ПАВ – следуют, как правило, действиям окружающих. В результате чаще употребляют алкоголь, каннабиноиды, опиоиды, при соответствующем окружении – тяжелые ПАВ.

По типам акцентуации исследуемые распределялись следующим образом: гипертимный тип составил 11,2%; истероидный (демонстративный) 21,5%; эмотивный (нестойкий) – 32,3%; эпилептоидный – 3,5%; конформный – 13%; возбудимый – 16,4%; другие – 2,2%. Таким образом, наибольшую категорию по типам акцентуации составили лица с «нестойким» типом – 32,3%; значительную часть – истероидные лица – 21,5%; существенную – возбудимый тип – 16,4%; конформный – 13%; меньше гипертимный – 11,2% и другие. Среди всех исследуемых было выявлено 17,4% лиц со скрытыми (маскированными) депрессиями (непсихотического уровня), в основном, – в рамках патохарактерологических особенностей, которые чаще относились к нестойкому типу акцентуаций. В плане степени употребления ПАВ большинство исследуемых находилось на субклиническом уровне – 82,4%; а 17,6% – на клиническом. Субклинические дезадаптивные проявления классифицировались нами в пяти вариантах: астенические – 11,77%; астено-вегетативные – 36,16%; обсессивно-фобические – 15,45%; тревожные – 26,15% и смешанные – 8,16%. В свою очередь, исследуемые находящиеся в степени зависимости подразделялись на 2 подгруппы: субкомпенсированная – значительно большая по объему – 84,4% и некомпенсированные – 15,6%, – требующие лечения. Рассматривая процесс перехода аддиктивного поведения в зависимое расстройство необходимо остановиться на следующем. В свое время В. С. Битенским и др. (1989) были выделены два варианта развития аддиктивного поведения. 1-й вариант, так называемый «поисковый наркотизм». Для него характерны единичные случаи употребления различных ПАВ, при отсутствии какой либо четкой мотивации, ритма приема, избирательности; 2-й, соответственно, является переходным к формированию зависимого состояния. Он, в свою очередь, характеризуется уже мотивацией, избирательностью наркотического вещества, повышением толерантности и др. В своем исследовании мы наблюдали в общем похожие вещи. Начало аддиктивного поведения – это этап первых проб употребления ПАВ. После них, порой наблюдался отказ от последующего приема соответствующих веществ в связи с вызванной интоксикацией, страхом перед родителями, администрацией места обучения,

угрозой наказания и др. Однако, чаще, за первыми пробами следовали повторные, с переменным использованием различных доступных ПАВ. Подростки, стремясь испытать необычные ощущения, активно ищут новые наркотические средства. Но до определенного времени какой либо закономерности в приеме наркотиков нет и ПАВ употребляются в компаниях «для веселья», обострения восприятия модной музыки, сексуальной расторможенности, свободы общения и поведения. В последующем, постепенно, подросток начинает оказывать предпочтение ПАВ, дающему ему наиболее интенсивные положительные ощущения. Этот этап является уже переходным к формированию зависимого состояния. Характерной чертой употребления ПАВ подростками является его групповой характер. Он настолько выражен, что некоторые авторы, в частности А. Е. Личко и В. С. Битенский (1991), характеризовали его как феномен «групповой психической зависимости». Реакция группирования со сверстниками является ведущим социопсихологическим фактором, способствующим наркотизации. Группа сверстников (среда) служит важным началом информации, которую он не может получить от взрослых, новой формой межличностных отношений, где подросток познает окружающих и самого себя; к тому же группа предоставляет новый вид эмоциональных контактов, невозможных в семье. Безусловно, в формировании наркоманий значимыми являются психофизиологические особенности подростков, вид ПАВ, частота и способ употребления. Таким образом, переход аддиктивного поведения в болезнь зависит от множества социальных, биологических и психологических факторов. Существенным является возраст начала употребления ПАВ. В этом плане следует отметить следующие особенности:

1. у лиц с более ранним возрастом начала наркотизации чаще отмечается наследственная отягощенность алкоголизмом и психическими заболеваниями;
2. лица с ранней наркоманией воспитываются преимущественно в неблагополучных семейных условиях;
3. раннее начало наркотизации неблагополучно отражается на последующем образовании подростков: негативное отношение к учебе, ограниченность интересов, примитивность увлечений, потребительская ориентация в выборе нравственных ценностей, низкий интеллектуальный уровень;
4. среди данного контингента достоверно большее число лиц с девиантной предрасположенностью в преморбиде, в частности, чертами неустойчивости, патологической конформности, слабости эмоционально-волевых установок, признаками психологического инфантилизма (повышенной внушаемости, подражанием и подчиняемостью лицам более старшего возраста, социальной незрелостью и др.);
5. при раннем употреблении ПАВ – течение зависимых состояний наиболее прогрессивно;
6. сроки формирования абстинентного синдрома у лиц молодого возраста могут быть более вариабельны, чаще короче, при этом в его картине более

преобладают психопатологические проявления, что свидетельствует о большей тяжести процесса;

- у лиц с ранней наркотизацией значительно раньше и в большей степени возникает изменение личности, в том числе психопатоподобное нарушение с признаками морально-этического снижения и асоциальным поведением, а также интеллектуально-мнестические расстройства (особенно у лиц, злоупотребляющими седативными препаратами, ингалянтами, тяжелыми ПАВ) и иные медико-социальные последствия.

В процессе зависимого состояния обычно выделяется три стадии: начальная (первые признаки), средняя «сформировавшаяся болезнь»; дефектное состояние. Среди исследуемого контингента лиц большинство, как указывалось выше, находилось на субклиническом уровне – 82,4% и только – 17,6% – на клиническом (субкомпенсированные – 84,4%; некомпенсированные – 15,6%). Соответственно этому, у наших испытуемых мы наблюдали преимущественно первую стадию зависимого состояния. Как правило, оно характеризовалось формированием и углублением психической зависимости, при которой перерыв в принятии ПАВ приводил к психическому дискомфорту, подавленному настроению, тревоге, дисфории с резким обострением влечения к употребляемому веществу. В этот период наблюдалось ослабление и угасание защитных рефлексов на действие ПАВ, повышение толерантности, социальная дезадаптация. Соответственно, вторая стадия зависимого состояния у исследуемого контингента наблюдалась реже. Полученные результаты работы характеризовали следующие положения:

- Большинство подростков с аддиктивным поведением, употребляющих ПАВ имеют специфические черты личности: акцентуацию характера разного типа (чаще неустойчивую, истероидную, возбудимую, конформную и др.);
- Особенности типа акцентуации у данных лиц соотносятся с характером проективных и дезадаптивных черт, а так же конфликтогенных ситуаций.
- Значительное место в формировании аддиктивного поведения с употреблением ПАВ составляют причины микро – и макросреды, в частности, дефекты воспитания в семье, аспекты социально – экономической нестабильности общества, доступность ПАВ в быту, низкая информативность подростков относительно состояния зависимости и др.
- Психопатологические особенности клинической картины при употреблении ПАВ на ранних этапах имеют незначительную выраженность, что значительно усложняет выявление соответствующей (скрытой) категории подростков с аддиктивным поведением употребляющих ПАВ.

Выводы:

Употребление ПАВ тесно связано с понятиями делинквентного и аддиктивного поведения. Основным мотивом поведения таких подростков является стремление ухода от субъективно воспринимаемой «невыносимой

реальности». При этом, как правило, встречаются внутренние причины: переживание стойких неудач в учебных заведениях, конфликты в семье, среде сверстников, чувство одиночества, утрата смысла жизни, ощущение не востребуемости в будущем, беспомощность в разных видах деятельности, социальная дезадаптация. Предрасполагающими факторами употребления ПАВ является нервно-психическая неустойчивость, акцентуация характера (эмотивный, истероидный, конформный, возбудимый и др. типы), своеобразие поведенческих реакций в подростковом возрасте, протеста, группирования, эмансипации, имитации и др) и иные особенности подросткового периода.

Выявлено, что характерными признаками аддиктивных расстройств при употреблении ПАВ является доминирование дистимично–дисфорической симптоматики, со сверхценной идеей – нахождения в «особом состоянии», желанием общения с лицами соответствующей среды. Клинико–динамическими особенностями можно считать преобладание высокого уровня личностной и ситуационной тревожности со сверхценной идеей употребления ПАВ, с нарушением возможности контроля дозы наркотического вещества и своего поведения в целом. Характерными есть явления тревожно-депрессивного спектра, черты эмоциональной неустойчивости (в виде повышенной раздражительности), формальность суждений, нередко декларативное признание своей вины и показное раскаяние. В клинической динамике данных расстройств выделяются две стадии: субкомпенсированная и некомпенсированная:

1 – «условно контролируемая», характеризующаяся формальной упорядоченностью поведения, (критической оценкой) с прогностически возможным отказом от приема ПАВ;

2 – неконтролируемая, при которой у индивида отсутствует сознание болезненного расстройства. Установлено, что в клиническом плане динамика симптомов аддиктивного поведения имеет высокую корреляцию со специфическими мотивами употребления ПАВ (коммуникативные, гедонистические, компульсивные).

Идентифицированы биологические, психологические и психосоциальные причины возникновения аддиктивных расстройств при употреблении ПАВ, которые ранжированы по интенсивности воздействия на предрасполагающие, способствующие и поддерживающие, а так же на общие и специфические. Предрасполагающими факторами являются подростково-молодой возраст, неблагополучная наследственность, экзистенциальный вакуум, отсутствие цели и смысла в жизни, высокая склонность к аддиктивному поведению и наличие делинквентного потенциала. Способствующие факторы: синдром дефицита внимания, гиперактивность в анамнезе, слабость фрустрационной переносимости, более выраженная компроментация коммуникативной сферы по сравнению с эмоционально – волевой и интеллектуальной; доминирование среди личностных особенностей черт беззаботности, импульсивности, спонтанности в поведении, неуверенности в себе, в соединении

с отсутствием самоанализа, конфликтные ситуации с родными или близкими. Поддерживающими факторами являются наличие черт акцентуации: неустойчивого, истероидного, конформного, возбудимого и других типов; невозможность достижения желаемого положения в обществе, нарушение социальных связей, снижение самооценки и субъективное стремление повышения путем принятия ПАВ; примитивность жизненных целей и запросов, низкий уровень моральных критериев.

Решение вопросов помощи при аддиктивных расстройствах у подростков и молодежи, принимающих ПАВ, характеризуются следующим. Психологические и психопрофилактические мероприятия должны быть направлены на биосоциальные, личностные и поведенческие факторы риска и патогенетические механизмы реализации аддикции, соответственно, необходимость осуществления возможного контроля за поведением данных лиц в группах риска: импульсивностью поведения, неадекватностью самооценки, плохой переносимостью фрустрации, нарушением адаптации и др. Психотерапевтическими мишенями должны стать аффективные, когнитивные, волевые и поведенческие функции аддикта. Выявленные особенности этиопатогенетических, патофизиологических и психопатологических характеристик аддиктивного поведения подростков, принимающих ПАВ, дают возможность более профессионально подходить к раннему субклиническому периоду выявления данной категории лиц и оказания им своевременной квалифицированной медико-социальной помощи.

Литература:

1. Бірюк, О. О. Профілактика і корекція девіантної поведінки / О. О. Бірюк // Зб. наук. праць Ін-ту психології імені Г. С. Костюка НАПНУ. – 2011. – Т. XIII; Ч.5. – С. 23-33.
2. Руководство по аддиктологии / Под ред. В. Д. Менделевича. – СПб.: Речь, 2007. – 768 с.
3. Менделевич В. Д. Аддиктивное влечение:

- теоретико-феноменологическая оценка / В. Д. Менделевич // Наркология. – 2010. – №5. – С. 94-100.*
4. Менделевич В. Д. Психопатологизация наркологических расстройств как доминирующая парадигма отечественной наркологии / В. Д. Менделевич // Независимый психиатрический журнал. – 2010. – № 3. – С. 21-27.
 5. Руководство по аддиктологии / под ред. В. Д. Менделевича. – СПб.: Речь, 2007. – 786 с.
 6. Kumpfer, L. Drug Abuse Prevention : tools and Programs / Karol L. Kumpfer, Rose Aivarado, Paula Smith // Addiction Counseling Review. Preparing for comprehensive, certification and Licensing Examinations / P. H. Coombs. – London, 2005. – PP. 467-486.
 7. Исаев, Д. Н. Психопатология детского возраста : Учебн. для вузов / Д. Н. Исаев. – 3-е изд. – СПб.: СпецЛит, 2007. – 463 с.; С. 384, 390.
 8. Пшук, Є. Я. Особливості комунікативних копінг-ресурсів хворих на алкогольну залежність / Є. Я. Пшук, М. В. Маркова // Мед. психологія. – 2009. – Т.4; №2-3. – С. 205-208.
 9. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства: учеб. Пособие / Ю. А. Александровский. – М.: Медицина, 2000. – 496 с.
 10. Вієвський А. М. Дослідження уявлень дітей та підлітків щодо вживання психоактивних речовин як основа заходів таргетної психопрофілактики/Архів психіатрії. -2012- Т. 18 №1. С. 81 – 86.
 11. С. І. Табачников, А. М. Вієвський Аналіз причин та мотивів вживання психоактивних речовин у дітей та підлітків в світлі розробки комплексної багаторівневої системи його медико – соціальної корекції та профілактики/Архів психіатрії. -2012- Т. 18 №1. С. 93 – 99.
 12. Карвасарский Б. Д. Медицинская психология / Б. Д. Карвасарский. – Л.: «Медицина», 1982. – 458 с.
 13. А.Е. Личко. Подростковая психиатрия. М. 1988.
 14. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология: Учебное пособие / В. Д. Менделевич. – М.: «МЕДпресс», 2005. – 432 с.
 15. Сидоров П. Н. Синергетическая концепция зависимого поведения. Теоретические и концептуальные аспекты наркологии. – М. Наркология №10.2006 –С.30-35.
 16. Кулаков С. А. Основы психосоматики / С. А. Кулаков // С-Пб.: Речь, 2003. – 288 с. С. 68
 17. Segal, B., Korolenko L. The study of addictive behavior in Alaska and Siberia. A review of a cooperative relationship and implications for research in circumpolar nation.-8 th International Congress on Circumpolar health. Yukon. Whitehorse, 1999.

АДДИКТИВНІ РОЗЛАДИ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ ТАХАРАКТЕРИСТИКА ФОРМУВАННЯ ЗАЛЕЖНИХ СТАНІВ ПРИ ПРИЙОМІ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН У ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ

С. І. ТАБАЧНИКОВ, Є. М. ХАРЧЕНКО, І. С. РУТКІС, Т. В. СИНЬСЬКА, Ю. А. ВОЙТЕНКО, А. Н. ЧЕПУРНАЯ, О. В. ЧЕРНИШОВ

Проведено дослідження аддиктивної поведінки 100 підлітків, які приймали психоактивні речовини (на ранніх етапах). Виявлено патохарактерологічні та психопатологічні особливості аддиктивної поведінки, а також принципи формування залежного стану.

Ключові слова: аддиктивна поведінка підлітків, вживання психоактивних речовин, формування залежних станів

ADDICTIVE DISORDERS AT THE PRESENT STAGE. CHARACTERIZATION OF FORMATION DEPENDENT CONDITIONS WHEN TAKEN PSYCHOACTIVE SUBSTANCES IN ADOLESCENCE

S. I. TABACHNIKOV, E. N. KHARCHENKO, I. S. RUTKIS, T. V. SYNYTSKA, I. A. VOITENKO, A. N. CHEPURNAYA, O. V. CHERNUSHOV

A study was conducted Addictive Behaviors 100 adolescents who use psychoactive substances (in the earlier period). Revealed patocharacterological and psychopathological characteristics of addictive behavior and principles of formation dependent conditions.

Keywords: addictive behavior of adolescents, psychoactive substances use, formation dependent conditions