

С.І. Табачников, Є.М. Харченко, Т.В. Синіцька, А.М. Чепурна, О.В. Кіосєва, О.В. Вороніна
**ХАРАКТЕРИСТИКА АДИКТИВНИХ РОЗЛАДІВ ПОВЕДІНКИ ПІДЛІТКІВ,
 ЯКІ ВЖИВАЮТЬ ПСИХОАКТИВНІ РЕЧОВИНИ. АЛГОРИТМ НАДАННЯ
 МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ**

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології
 МОЗ України, м. Київ
 tabachnikov1940@ukr.net

Ключові слова:

адиктивна поведінка,
 психоактивні речовини,
 АУДИТ-тести, клінічна
 характеристика,
 алгоритм допомоги.

Проведено дослідження адиктивної поведінки 1374 підлітків, які вживали психоактивні речовини (ПАР) (на ранніх етапах). Виявлено патопсихологічні та психопатологічні особливості адиктивної поведінки (відповідно до ступенів вживання ПАР) та принципи формування залежних станів. Представлено алгоритм надання медико-соціальної допомоги підліткам з адиктивною поведінкою, які вживають ПАР.

Актуальність. Проблема вживання **психоактивних речовин** (ПАР) серед населення різних країн світу, зокрема в Україні, є однією з найбільш значних серед провідних медико-соціальних питань сучасності [1–5, 7, 9, 11–14]. Характерними при цьому є низка особливостей соціально-економічного характеру, та пов'язаних з ними змінами психологічного клімату серед населення. Особливо серйозно ці явища руйнують ще несформовану особистість підлітків та молоді. Негативна варіабельність морально-етичних критеріїв, практична доступність різних видів ПАР (алкоголю, наркотиків, тютюнових виробів) стали реальною причиною активного зростання та поширеності споживання ПАР серед підлітків і молоді. Безумовно, в тій чи іншій мірі ця проблема має схоже підґрунтя у країнах близького та дальнього зарубіжжя, тому і можливості моделі медико-соціальної допомоги в цьому питанні мають спільне коріння. Як свідчать усереднені за останні роки епідеміологічні дані, захворювання на психічні та поведінкові розлади (ППР) внаслідок вживання ПАР у нашій країні стали перевищувати захворюваність на ППР іншого походження [8–11]. Нині наркологічна ситуація в Україні характеризується домінуванням хімічної (насамперед алкогольної та тютюнової) адикції, далі йдуть наркотики та інші психоактивні речовини [1, 2, 5, 7, 11]. Ситуація виглядає ще більш загрозливою у зв'язку з поступовим переважанням серед споживачів ПАР категорій дитячо-підліткового та молодого віку [6, 8, 9, 10, 12]. За даними ВООЗ, алкоголь є найширше вживаною ПАР серед дітей та підлітків в Україні. Кожен четвертий українець, який страждає на алкогольну залежність, є особою у віці до 35 років [9, 10]. За даними ВООЗ, Україна займає перше місце за масштабами розвитку підліткового алкоголізму. Згідно з дослідженнями науковців, серед українських підлітків 13–15 років вживають алкоголь близько 90%; палять тютюн – майже 63%; досвід вживання наркотичних речовин мають понад 14%. Причиною смертності двох третин молоді від 15 до

20 років є отруєння алкогольними напоями або нещасні випадки внаслідок сп'яніння від ПАР [6, 8, 10, 12].

Ризик формування адиктивної поведінки на сьогодні прийнято розглядати з позицій біологічної, психологічної, соціальної (біопсихосоціальної) та духовної моделей, де кожен з факторів або їх поєднання (у тому числі спадковість, особливості характеру, мікро- і макросоціального оточення, зрілість особистості в цілому) беруть участь у формуванні залежної поведінки. У сучасній психіатрії, медичній психології, психофармакології – проблеми адиктології розглядаються в різноплановому ракурсі. Деякі автори відзначають істотний вплив органічної неповноцінності структур головного мозку на формування особистісних аномалій, включаючи адиктивну поведінку [3, 4]. Інші дослідники вважають адикцію «симптомом сім'ї» [3, 4, 8–10, 12]. Проведений аналіз дитячо-батьківських стосунків підлітків виявив, що в сім'ях, де вихованням дітей займалися в основному матері, частіше формується адиктивна поведінка [1–4, 8, 9, 10, 12]. Так, неблагополучні соціально-психологічні стосунки в сім'ї підлітків-наркоманів відзначаються в 69% проаналізованих випадків, часто вони поєднуються із спадковою обтяженістю алкоголізмом або вживанням ПАР [7, 8, 11].

У численних дослідженнях відзначається, що тенденція до вживання ПАР найчастіше формується в осіб з аномаліями характеру [3, 11]. Низька стійкість до стресів, знижена пристосованість до нових складних ситуацій, погана переносимість конфліктів обумовлені нерозвиненістю або недостатністю особистісно-середовищних ресурсів, що часто є причиною звернення підлітків і молоді до психоактивних речовин [10].

Водночас виділяється безліч біологічних, особистісних макро- і мікросоціальних чинників, які описуються окремо один від одного, без урахування їх взаємного системного та динамічного впливу на формування адиктивної поведінки. Все це не дозволяє цілісно і системно оцінювати ризик формування адиктивної поведінки.

Таким чином, особливого значення набуває дослідження факторів ризику адиктивної поведінки, як цілісної динамічної системи їх взаємного впливу.

Недостатньо вивченими є динаміка формування адиктивної поведінки у різні вікові періоди, зокрема в підлітковому і юнацькому віці, а також компенсаторні механізми, що стримують формування залежної поведінки.

Вищевказане обумовлює актуальність виявлення адиктивних розладів у підлітків, що вживають різні види ПАР, особливо на ранньому етапі.

Тому розробка моделі та алгоритму надання медико-соціальної допомоги підліткам з адиктивною поведінкою, що вживають психоактивні речовини, є надзвичайно важливою. На основі подальшого теоретично обумовленого стандартного підходу до даного питання можливе створення відповідної схеми спеціалізованої допомоги вказаному контингенту підлітків.

Мета роботи – розробити нові підходи до профілактики залежних станів при вживанні підлітками ПАР шляхом ранньої діагностики і своєчасної медико-соціальної допомоги.

Задачі дослідження. Встановити характер та ступінь вживання ПАР за допомогою АУДИТ- методології в процесі дослідження та після проведення медичних заходів.

Дослідити патопсихологічні і психопатологічні особливості формування адиктивної поведінки при вживанні ПАР в підлітково-юнацькому віці.

Вивчити характеристику психічних та поведінкових розладів при вживанні ПАР даними особами.

Розробити та провести адекватні заходи медико-соціальної допомоги підліткам на ранніх етапах вживання ПАР.

Теоретично обґрунтувати своєчасні заходи терапії у ранньому періоді вживання ПАР та засоби їх профілактики.

Матеріали та методи дослідження

Дослідження проводили серед учнів старших класів шкіл, коледжів та студентів молодших курсів ВНЗ Києва, Вінниці, Умані.

Загальна кількість досліджених становила 1500 осіб, з них було відібрано 1374 (91,6%) особи, які вживали ПАР (алкогольні напої, тютюнові вироби, канабіноїди, психостимулятори, опіати (опіоїди), галюциногени).

Методами дослідження були уніфікована карта, система АУДИТ-подібних тестів (І.В. Лінський з співавт., 2012) для виявлення характеристики вживання ПАР підлітками, методики визначення особистісно-характерологічних акцентуацій (Г. Шмішека, 1970), тривоги (Ч.Д. Спілберґера – Ю.Л. Ханіна, 1966), депресії (М. Гамільтона, 1959) та ін.

Результати та їх обговорення

Серед загального числа обстежених, що вживають ПАР (1374 осіб (91,6%)) найбільший обсяг склали група осіб, які вживали алкогольвмісні речовини – 92,3%. Переважно це були напої з малим вмістом алкоголю (пиво, різні слабоалкогольні, тонізуючі напої, модні в сучасному молодіжному середовищі), проте вживалися систематично у великих дозах.

Як видно з таблиці 1, значна частина обстежених вживали тютюн – 68,7%, причому як юнаки, так і дівчата. Великий відсоток склали категорія осіб, які вживали психостимулятори – 18,6%. Вживання інших ПАР було значно меншим за обсягом: так, канабіноїди склали 4,5%; опіати (опіоїди) – 0,1%. Слід сказати, що більшість обстежених поєднували ПАР, так звані «змішані форми» вживання, що склали 98,7%. Переважно це було поєднанням алкогольвмісних напоїв та тютюну.

Характеризуючи стиль вживання тих чи інших ПАР обстеженими, виходячи з класифікації тяжкості різних ступенів (1 – «А» – відносно безпечно; 2 – «В» – небезпечно вживання; 3 – «С» – зі шкідливими наслідками; 4 – «D» – залежні стани) нами виявлено наступне (табл. 1).

Таблиця 1. Результати вживання психоактивних речовин у досліджених групах до проведення комплексних медико-соціальних заходів (первинне дослідження)

Кількість осіб, що вживали ПАР (n=1374); види ПАР	%, (M±m), 91,6±1,2	Ступінь вживання ПАР* «А», «В», «С», «D» (%)
Алкоголь	92,3±1,5	A – 51,2; B – 37,3; C – 12,1; D – 0,0
Тютюн	68,7±1,3	A – 33,4; B – 38,2; C – 22,5; D – 7,3
Психостимулятори	18,6±1,4	A – 48,3; B – 32,4; C – 15,4; D – 5,5
Канабіноїди	4,5±0,9	A – 38,5; B – 57,3; C – 5,6; D – 0,0
Галюциногени	0,1	A – 18,2; B – 82,1; C – 0,0; D – 0,0
Опіати (опіоїди)	0,9±0,05	A – 68,0; B – 23,2; C – 9,3; D – 0,0
Змішані форми	98,7±0,07	A – 27,2; B – 42,0; C – 31,4; D – 0,0

Примітки: * Ступінь вживання ПАР: 1 – «А» – відносно безпечно (1 – 7 балів); 2 – «В» – шкідливе вживання (8 – 15 балів); 3 – «С» – зі шкідливими наслідками (16 – 20 балів); 4 – «D» – залежні стани (>20 балів).

Процентне співвідношення прийому ПАР за тестами:

- на алкоголь – у більшості респондентів переважав стиль щодо безпечного вживання (1–7 балів) – 51,2%, небезпечно вживання (8–15 балів) склали 37,3%, зі шкідливими наслідками – 12,1%, залежні стани практично не спостерігалися (0,0%);
- тютюнопаління – стиль щодо безпечного вживання виявлений у 33,4% випадків, небезпечно вживання – у 38,2%, зі шкідливими наслідками – у 22,5%, залежні стани склали 7,3%;
- психостимулятори, відповідно: 48,3%, 32,4%, 15,4% і 5,5%, тобто, досить широкий ступінь варіацій – від ступеня «А» (безпечної) до ступеня «D» (залежні стани);
- канабіноїди – стиль щодо безпечного вживання склав – 38,5%, небезпечно вживання – 57,3%, зі шкідливими наслідками – 5,6%, залежних станів не було;
- опіати (опіоїди) – стиль щодо безпечного вживання відповідав 68,0%, небезпечно вживання – 23,2%, зі шкідливими наслідками – 9,3%, залежних станів виявлено не було – 0%;
- галюциногени – результати були наступними: 18,2%, 82,1%, залежних станів виявлено не було;
- «змішані форми» – стиль щодо безпечного вживання склав – 27,2%, небезпечно вживання – 42,0%, зі шкідливими наслідками – 31,4%, залежності не виявлено (0%).

Виходячи з отриманих результатів дослідження можна охарактеризувати тенденції вживання ПАР підлітками та молоддю наступним чином.

Велика частина підлітків при прийомі різних ПАР знаходяться переважно в зоні «безпечного вживання» (1–7 балів) або «небезпечного вживання» (8–15 балів), але ще без шкідливих наслідків або станів залежності.

Однак, при найпоширеніших видах ПАР (алкоголь-вмісні напої, тютюн) частина респондентів переходила в більш важкі форми вживання ПАР, а саме: «зі шкідливими наслідками» або «залежними станами». За даними дослідження, при тютюнопалінні вищевказаний перехід йде більш інтенсивно. Серед інших ПАР рівень «зі шкідливими наслідками» частіше спостерігається при вживанні психостимуляторів – 15,4% і 5,5%; відповідно опіатів (опіоїдів) – 9,3%; канабіноїдів – 5,6%.

Обтяжує стан прийому ПАР «змішані форми», коли додаткове потенціювання індивіда різними хімічними речовинами призводить, природно, до більш тяжких психосоматичних наслідків.

Крім того, результати проведеного нами дослідження серед студентів початкових курсів ВНЗ дозволяють прогнозувати поступове посилення тенденції прийому ПАР на наступний період при відсутності своєчасної профілактичної, а при необхідності – лікувальної допомоги.

Робота з досліджуваними респондентами мала переважно психотерапевтичний характер. Ми використовували як індивідуальну, так і групову психотерапію (аутогенне тренування, раціональну, емоційно-стресову, когнітивно-біхевіоральну, сімейну тощо). Групова терапія проводилася з особами, які вживають як різні види ПАР, так і монотипи. У ряді випадків (при 3 і 4 ступенях вживання ПАР) ми застосовували відповідні медикаменти, частіше груп СЮЗ, у малих стандартних дозах – переважно для купірування тривожно-депресивних симптомів. Загальна тривалість вказаних медико-соціальних заходів становила 1,5–2 місяці. У цілому пропонується допомога досліджуваними особами сприймалася позитивно, тому що не була для них обтяжливою і становила певний пізнавальний інтерес (розширення компетенції в обсязі дії ПАР, їх тяжких наслідків, в цілому розуміння медико-соціальних питань, пов'язаних з даною проблемою).

Повторне дослідження з використанням АУДИТ-тестів було проведено у тих же респондентів через 3 місяці

після початку роботи з ними. Отримані дані наведені в таблиці 2.

Як видно з цієї таблиці, спостерігалася значне загальне зниження прийому ПАР респондентами – з 91,6% (1374) до 51,9% (702 особи). Диференційовано: вживання алкогольвмісних напоїв склало 64,3% (скорочення на 28,0%); тютюну відповідно – 35,4% (33,3%); вживання психостимуляторів – 8,3% (10,3%); канабіноїдів – 1,3% (30,2%); галюциногенів – 0%; опіатів (опіоїдів) – 0,2%; змішаних форм – 57,6% (41,1%). Отримані результати відрізнялися високим рівнем достовірності ($p < 0,05$; $< 0,01$).

Серед обстеженого контингенту осіб, більш схильних до активного вживання ПАР, нами виявлена значна частина акцентуованих особистостей. Найпоширенішим при цьому був емотивний (нестійкий) тип – 32,3%. Значущими були збудливий тип – 21,5%; істероїдний – 16,4%; конформний – 13,0%.

Серед усіх досліджених виявлена категорія осіб з прихованими депресіями (9,6%) непсихотичного рівня, в основному в рамках патохарактерологічних особливостей, які найчастіше належали до нестійкого типу акцентуації. Відповідно до ступеня вживання ПАР, більшість обстежених перебували на початкових етапах – 55,2%; ряд осіб на субклінічному – 31,3% і 15,6% – на клінічному рівнях.

Субклінічні дезадаптивні прояви класифікувалися нами як різні типи варіантів: астенічні – 11,7%; астено-вегетативні – 36,16%; обсесивно-фобічні – 15,45%; тривожні – 26,15% і змішані – 8,16%. У свою чергу, досліджувані, що знаходилися в ступені залежності, поділялися на дві підгрупи: субклінічний рівень – значно більше за обсягом – 87,6 (компенсований) і некомпенсований – 12,4% – що вимагає лікування. У даній категорії обстежених спостерігалася переважно перша стадія залежного стану.

У зв'язку з проведеним дослідженням вживання респондентами різних видів ПАР і превалювання в загальному об'ємі алкогольвмісних речовин, в основу концептуального підходу була покладена дана адикція. Однак, при цьому ми виходили з поняття, що співвідношення пристрастей та залежностей якісно різноманітного походження, можливе лише в тому випадку, коли їх оцінка надається в мірному масштабі з використанням єдиного

Таблиця 2. Результати вживання психоактивних речовин у досліджених групах після проведення комплексних медико-соціальних заходів (повторне дослідження)

Кількість осіб, які вживали ПАР (n=1374); види ПАР	Кількість осіб, які вживали ПАР, %	Стиль (ступінь) вживання ПАР* «А», «В», «С», «D», (%)	Дані первинного дослідження, M±m, %**	Дані повторного дослідження, M±m, %**
7,02	51,9±0,9	-	91,6±1,2	51,9±0,9
Алкоголь	64,3±1,0	A – 88,1; B – 9,0; C – 3,2; D – 0,0;	92,3±1,5	64,3±1,0
Тютюн	35,4±1,1	A – 75,0; B – 16,3; C – 8,4; D – 1,2;	68,7±1,3	35,4±1,1
Психостимулятори	8,3±1,2	A – 89,1; B – 7,3; C – 4,2; D – 0,0;	18,6±1,4	8,3±1,2
Канабіноїди	1,3±0,5	A – 83,2; B – 16,3; C – 1,4; D – 0,0;	4,5±0,9	1,3±0,5
Галюциногени	0,0	A – 0,0; B – 0,0; C – 0,0; D – 0,0;	0,1±0,05	0,0
Опіати (опіоїди)	0,2±0,04	A – 92,1; B – 6,2; C – 2,0; D – 0,0;	0,9±0,07	0,2±0,04
Змішані форми	57,6±1,3	A – 73,2; B – 15,3; C – 12,1; D – 0,0;	98,7±1,6	57,6±1,3

Примітки: *Ступінь вживання ПАР: 1 – «А» – відносно безпечно (1 – 7 балів); 2 – «В» – шкідливе вживання (8 – 15 балів); 3 – «С» – зі шкідливими наслідками (16 – 20 балів); 4 – «D» – залежні стани (>20 балів); ** достовірність $p < 0,01$.

поняттєвого апарату. Окресливши тест на алкогольвмісні речовини [8] як координаційний, що регламентував необхідну точність оцінок, незалежно від віку, рівня культури респондента [1, 7, 13], ми його адаптували для концептуального розподілу 3^{-х} розділів (доменів), які обумовлюють усі стадії формування залежних станів, від донозологічних форм до клінічно виражених проявів вживання ПАР.

Таким чином, проведене дослідження довело наступне.

Представлена 4-ступенева модель розподілу контингенту адиктів, які приймають ПАР, з окресленням відповідної клініко-діагностичної характеристики кожного ступеня, що дає можливість диференційованого підходу до спеціалізованої медичної допомоги даним особам в дійсному періоді; визначення позитивної чи негативної динаміки, а також прогнозування на майбутнє.

Розроблений алгоритм медико-соціальної допомоги конкретизував співвідношення клінічної характеристики та рекомендованих заходів:

- ступінь «А» – відносно безпечне вживання ПАР – психопрофілактичні та психогігієнічні заходи, що включали:
- просвітницьку роботу стосовно вживання ПАР та його наслідків;
- медико-психологічне забезпечення професійної та навчальної діяльності;
- консультативну допомогу при дезадаптивних формах поведінки (навчання навичкам ефективного спілкування, прийняття рішень, вироблення життєвої позиції);
- вироблення та розвиток навичок протидії різноманітним факторам ризику;
- формування навичок регуляції емоцій, вирішення конфліктів;
- спільну роботу лікарів загальної практики, психіатрів, психотерапевтів, медичних психологів щодо профілактики психічних і поведінкових розладів внаслідок вживання ПАР через всебічне обстеження груп ризику з подальшим проведенням психотерапії, соціально-психологічної допомоги та корекції.
- ступінь «В» – небезпечне вживання ПАР – психоко-рекційна та психотерапевтична допомога:
- самомоніторинг – виділення і реєстрація вузького аспекту поведінки, яку необхідно змінити;
- самопідкріплення – підкріплення адаптивної поведінки;
- методика контролю стимулу – контроль оточення і стимулів, що запускають неадаптивну поведінку, самоінструктування;
- терапія, сфокусована на вирішенні проблем – допомога адикту в знаходженні адекватного вирішення проблем;
- стрес-прищеплювальна терапія;
- тренінг самоінструктування – підготовка адикта до зіткнення з важкими стресовими ситуаціями за рахунок володіння навичками самоконтролю (копінг-стратегії);
- позитивне аутоінструктування, що підвищує здатність володіння проблемою.
- ступінь «С» – вживання ПАР зі шкідливими наслідками – психотерапевтична і соціально-психологічна допомога:

- формування мотивації та навичок психологічної, психотерапевтичної роботи над собою в напрямку конструктивних змін власної особистості з метою корекції психічного стану, а також особистісного розвитку в цілому;
- робота з емоційно-вольовою сферою – формування навичок самоспостереження, самоорганізації, впорядкування власного життя, фрустраційної толерантності, включення адикта до суспільно-корисної трудової діяльності, підвищення загального фону настрою шляхом опосередкованого впливу;
- робота з комунікативною сферою – формування навичок конструктивного спілкування та їх узгодження з комунікаційними потребами та навичками особистості до конструктивного спілкування, формування здатності до адекватного сприйняття оточуючих, розвиток емпатії, психокорекція сімейних стосунків;
- робота з когнітивною сферою – розвиток самосвідомості, формування адекватної самооцінки та реалістичного світосприйняття, конструктивне завершення психотравмуючих гештальтів, вияв ірраціональних когніцій і невірних цілей та заміна їх конструктивними, зміна стереотипів сприйняття когнітивних реакцій та атитюдів;
- робота з ціннісно-сисловою сферою – усвідомлення та перебудова власної системи цінностей, свідоме засвоєння системи вищих цінностей, що надають сенсу людському існуванню в будь-яких умовах;
- робота з моральною сферою особистості – формування внутрішнього локусу контролю, моральної свідомості як чинника моральної саморегуляції поведінки, моральних ставлень людини до оточуючих, здатності до морального вибору в проблемних ситуаціях.
- ступінь «D» – залежність – психо- та фармакотерапія:
- фармакологічна корекція (антидепресанти, анксіолітики);
- індивідуальна психотерапія (раціональна, особистісно-орієнтована реконструктивна, когнітивно-поведінкова, «психотерапія через розуміння»), навчання самоконтролю (самоспостереження, самокритика, самостійна релаксація), аутогенне тренування в комплексі з аутосугестією;
- групова психотерапія з використанням вправи «на зворотний зв'язок», «рольова гра», «обмін ролями», «психодрама», сімейна психотерапія з вправами «сімейні ролі», «визначення сімейних правил», «сімейна хронологія».

Висновки

1. Проведене дослідження виявило певні характерні особливості прийому ПАР в підлітково-юнацькому віці, які можуть бути виявлені за допомогою АУДИТ-тестів, що дають можливість отримання характеристики ступеня вживання ПАР, оцінки патопсихологічних та клініко-психопатологічних особливостей певного прогнозування станів на майбутнє.

2. Виходячи з загальноклінічної, а також розробленої нами якісної 4-рівневої характеристики ступеня вживання ПАР, визначається наступне: при переважному

характері прийому ПАР в підлітково-юнацькому віці в категоріях: «відносно безпечне вживання»; «небезпечне вживання»; «вживання зі шкідливими наслідками» і «залежні стани» – можна домогтися достатнього позитивного результату з загального скорочення і зменшення ступеня тяжкості прийому ПАР підлітками шляхом запропонованих комплексних лікувально-корекційних заходів.

3. Предиспонуємим фактором вживання ПАР є нервово-психічна нестійкість, акцентуації характеру (емоційний, збудливий, істероїдний, конформність та інші типи); своєрідність поведінкових реакцій в підлітковому віці (протесту, групування, емансипації тощо) та інші особливості підліткового періоду.

4. Клініко-динамічними особливостями можна вважати переважання високого рівня особистісної та ситуативної тривожності з надцінною ідеєю вживання ПАР, з порушенням можливості контролю дози наркотичної речовини і своєї поведінки в цілому. Характерними є явища тривожно-депресивного спектра, риси емоційної нестійкості (у вигляді підвищеної дратівливості), формальність суджень, нерідко визнання своєї провини і показне каяття. У клінічній динаміці даних розладів виділяються дві стадії: субкомпенсована і некомпенсована. 1 – умовно контрольована, характеризується формальною впорядкованістю поведінки (критичною оцінкою) з прогностичною можливою відмовою від прийому ПАР; 2 – неконтрольована, при якій в індивіда відсутнє усвідомлення хворобливого розладу. Встановлено, що в клінічному плані динаміка симптомів адиктивної поведінки має високу кореляцію зі специфічними мотивами вживання ПАР (комунікативні, гедоністичні, компульсивні). Виявлені особливості генетичних, патофизиологічних і психопатологічних характеристик адиктивної поведінки підлітків, які вживають ПАР, дають можливість більш професійно підходити до раннього субклінічного періоду виявлення даної патології у осіб та надання їм своєчасної кваліфікованої медико-соціальної допомоги.

5. Використання АУДИТ-методології у виявленні прийому ПАР (як метод експрес-діагностики) доцільне для виявлення загальної характеристики, динаміки та прогнозування даних адиктивних розладів.

6. Вирішення питань допомоги при адиктивних розладах підлітків та молоді, які вживають ПАР, характеризується наступним. Психологічні та психотерапевтичні заходи повинні бути спрямовані на біосоціальні, особистісні та поведінкові фактори ризику, а також патогенетичні механізми реалізації адикцій. Відповідно, необхідне здійснення максимального контролю за поведінкою цих осіб у групах ризику (враховуючи ім-

пульсивність їх поведінки, неадекватність самооцінки, погану переносимість фрустрації, порушення адаптації тощо). Психотерапевтичними мішенями повинні стати афективні, когнітивні, вольові та поведінкові функції адикта. Пропонована психотерапевтична корекція даних адиктивних розладів (у вигляді специфічних методик: когнітивно-біхевіоральної, емоційно-стресової, раціональної, аутогенної, а також сімейної психотерапії, що проводиться індивідуально і в групі за певною схемою), показала значущий позитивний результат, підтверджений катамнезом.

7. Дані, отримані при вивченні ефективності запропонованих заходів, дають можливість окреслити відповідний медичний доказовий ефект запропонованої моделі та алгоритму надання спеціалізованої медико-соціальної допомоги підліткам, які вживають ПАР, і можуть стати основою ефективної реалізації профілактичного напрямку в охороні здоров'я.

Список використаної літератури

1. Деминда Е. Индивидуальное консультирование наркозависимых / Е. Деминда, Дж.В. Мерсер / пер. с англ. – Одесса, 2001. – 228 с.
2. Метод комплексной оценки аддиктивного статуса индивида и популяции с помощью системы AUDIT-подобных тестов / И. В. Линский, А. И. Мишко, А. Ф. Артемчук [и др.] // Вісн. психіатрії та психофармакотерапії. – 2009. – № 2 (16). – С. 56–70.
3. Про затвердження Загальнодержавної програми «Здоров'я-2020: український вимір» / [Проект Закону України] / Електронний ресурс / Режим доступу: http://toz.gov.ua/ua/portal/Pro_20120316_1.html#2
4. Про схвалення Концепції реалізації державної політики у сфері протидії поширенню наркоманії, боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів на 2011–2015 роки / [Розпорядження КМ України від 13.09.2010 р. № 1808-р]. – Урядовий кур'єр № 175 від 22.09.2010 р.
5. Психотерапия / под ред. Б. Д. Карвасарского. – СПб.: Питер, 2000. – 544 с.
6. Руководство по аддиктологии / под ред. проф. В. Д. Менделевича. – СПб.: Речь, 2007. – 768 с.
7. Свядоц А. М. Психотерапия: пособие для врачей / А. М. Свядоц – СПб.: Питер, 2000. – 288 с.
8. Сидоров П. И. Наркологическая превентология / П. И. Сидоров. – М.: Генуус, 2005. – 796 с.
9. Сирота Н. А. Эффективные программы профилактики зависимости от наркотиков и других психоактивных веществ / Н. А. Сирота, В. М. Ялтонский // Вопросы наркологии. – 2008. – №3. – С. 93–104.
10. Сосин И. К. О наркологической ситуации в Украине / И. К. Сосин, Ю. Ф. Чувей // Український вісник психоневрології. – 2010. – Т 18, Вип. 3 (64). – С. 174.
11. Стандарты наркологической помощи: пособие для врачей / Г. А. Ливанов, М. Л. Калмансон, С. М. Тихомиров А. Г. Софронов. – Изд. 2-е, перераб. и доп. – СПб., 2003. – 96 с.
12. Ялтонский В. М. Профилактика аддиктивного поведения: проблема, требующая обсуждения и решения / В. М. Ялтонский // Аддиктивное поведение: профилактика и реабилитация. – С. 45–48.
13. Lobjoie C. Efficacy of a cognitive-behavioral group therapy in patients with fear of blushing / C. Lobjoie, A. Pélissolo // Encephale. – 2012. – № 38 (4). – P. 345–350. Электронный ресурс / Режим доступа: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22980476>
14. Robertson E. B. Preventing drug use among children and adolescents / [A research-based guide for parents, educators, and community leaders] / [NIDA, Substance Abuse and Mental Health Services Administration] / E. B. Robertson, S. L. David, S. A. Rao – U.S. Department of Health and Human Service National Institutes of Health. – 2003. – 49 p.

ХАРАКТЕРИСТИКА АДДИКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА. АЛГОРИТМ ОКАЗАНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ

С.И. Табачников, Е.Н. Харченко, Т.В. Сеницкая, А.Н. Чепурная, Е.В. Киосева, О.В. Воронина

Проведено исследование аддиктивного поведения 1374 подростков, которые употребляли психоактивные вещества (ПАВ) (на ранних этапах). Выявлены патофизиологические и психопатологические особенности аддиктивного поведения (в соответствии со степенью употребления ПАВ), и принципы формирования зависимых состояний. Представлен алгоритм медико-социальной помощи подросткам с аддиктивным поведением, употребляющих ПАВ.

Ключевые слова: аддиктивное поведение, психоактивные вещества, АУДИТ-тесты, клиническая характеристика, алгоритм помощи.

CHARACTERISTIC OF ADDICTIVE DISORDERS ADOLESCENT BEHAVIOR WHO USE PSYCHOACTIVE SUBSTANCES. ALGORITHM PROVIDING HEALTH AND SOCIAL CARE

S. Tabachnikov, E. Kharchenko, T. Sinitska, A. Chepurina, O. Kioseva, O. Voronina

A study of addictive behaviors in 1374 adolescents who use psychoactive substances. Identified pathopsychological and psychopathological features of addictive behavior (in accordance with the degree of psychoactive substances use), and the principles of the dependent states. Granted the algorithm of medical and social care for adolescents with addictive behavior, who use psychoactive substances.

Key words: addictive behavior, psychoactive substances AUDIT tests, clinical characteristics, the algorithm assistance.