



УДК 159.922.76-056.49

ПРОФІЛАКТИКА АДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ОСІБ ЮНАЦЬКОГО ВІКУ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ

Корець А.М.,
лікар-нарколог

Київська міська наркологічна клінічна лікарня «Соціотерапія»

У статті аналізуються особливості профілактично-корекційної роботи серед осіб юнацького віку з адиктивною поведінкою, які мають особливі потреби. Переважно акцентується увага на осіб з обмеженими психофізіологічними можливостями з такою адиктивною поведінкою, як наркоманія, тютюнопаління та алкоголізм. При цьому уточнено поняття «адиктивна поведінка» для цієї категорії осіб. Зважаючи на те, що корекція адиктивної поведінки проходить ускладнено для осіб юнацького віку з особливими потребами, актуалізується питання щодо дослідження її психологічних чинників і виявлення шляхів психокорекційного впливу.

Ключові слова: адиктивна поведінка, профілактика, корекція, особи юнацького віку з особливими потребами, наркотична залежність, алкоголізм.

В статье анализируются особенности профилактически-коррекционной работы среди лиц юношеского возраста с аддиктивным поведением, которые имеют особые потребности. Преимущественно акцентируется внимание на лица с ограниченными психофизиологическими возможностями с таким аддиктивным поведением, как наркомания, табакокурение и алкоголизм. При этом уточнено понятие «аддиктивное поведение» для этой категории лиц. Учитывая то, что коррекция аддиктивного поведения проходит затруднено для лиц юношеского возраста с особыми потребностями, актуализируется вопрос исследования ее психологических факторов и путей психокоррекционного влияния.

Ключевые слова: аддиктивное поведение, профилактика, коррекция, лица юношеского возраста с особыми потребностями, наркотическая зависимость, алкоголизм.

Korets A.M. PREVENTION OF YOUNG PEOPLE WITH SPECIAL NEEDS ADDITIVE BEHAVIOR

The article analyzes the features of preventive and corrective work with young people with special needs addictive behavior. Mostly, attention is focused on people with limited psycho-physiological capabilities with such addictive behaviors as drug addiction, smoking and alcoholism. At the same time, the notion of “addictive behavior” for this category of people is clarified. Concerning the fact that the correction of addictive behavior is difficult for young people with special needs, the question of studying its psychological factors and ways of psychocorrectional influence is actualized.

Key words: addictive behavior, prevention, correction, juvenile faces with special needs, drug addiction, alcoholism.

Постановка проблеми. Проблеми адиктивної поведінки осіб юнацького віку з особливими потребами практично не досліджувалися. Психологічні механізми виникнення узалежнених форм поведінки в юнацькому віці вивчали Є. Ємельянова, В. Литвиненко, В. Москаленко, О. Сідун, Н. Пов'якель та інші. Ті чи інші позанормативні порушення як у психіці людини, так і в її фізичних обмеженнях зумовлюють деякі ускладнення порівняно зі звичайними людьми в корекції й лікуванні від цих залежностей. Виявлення, лікування та ізоляція адиктивно залежних осіб від підлітків є дійовим заходом профілактики поширення нездорових звичок серед молоді.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Термін «адиктивна поведінка» (від англійської addiction – «хибна звичка, пристрасть до чого-небудь, порочна схильність») запропонований В. Міллером у 1984 році для інтерпретації зловживання різними речовинами, які змінюють психіч-

ний стан. У вітчизняній наркологічній практиці цей термін поширений С. Кулаковим у 1989 році [1] та А. Личко у 1991 році [2] щодо означення зловживання індивідом наркотичними речовинами, а потім його зміст було доповнено й переведено в психолого-педагогічну практику.

Психологічні моделі формування залежних розладів представлені у вигляді «зсув мотиву на мету» (Б. Братусь) [3], концепції Ц. Короленка [4], концепції залежної особистості В. Менделевича [5].

Поняття адиктивної поведінки людини охоплює різні її типи: сюди входять наркотична залежність та алкоголізм, куріння, пристрасть до азартних ігор і надмірної їжі, а також гіперсексуальність. Таких осіб, які характеризуються вказаною поведінкою, живить потужна сила підсвідомості, і це додає їм такі якості, як непереборність по тягу, вимогливість, ненаситність та імпульсивна безумовність виконання. Адиктивна поведінка характеризується широким спек-

тром патології різної міри потягу – від поведінки, що граничить із нормальним, до важкої психологічної й біологічної залежності.

Вивчення поняття «адиктивна поведінка» показало, що це вид порушення адаптації, для якого притаманне прагнення до відходу від реальності шляхом штучної зміни свого психічного стану завдяки прийому різноманітних психоактивних речовин чи постійній фіксації уваги на певних видах діяльності з метою розвитку та підтримки інтенсивних емоцій, унаслідок чого людина існує в нереальному світі. Вона не тільки не вирішує своїх проблем, а й зупиняється в особистісному розвитку, деградує.

Постановка завдання. Метою статті є аналіз і визначення напрямів профілактично-корекційних заходів серед осіб юнацького віку з особливими потребами, які характеризуються адиктивною поведінкою.

Виклад основного матеріалу дослідження. Сучасні досягнення психології [6] свідчать про те, що адиктивна поведінка молоді спричинена насамперед недостатністю внутрішніх ендорфінів у генах людини. Цей фактор може бути спричинений як спадковими чинниками, так і дією зовнішніх факторів. Переважаючи в клініці, наприклад, алкогольної й наркотичної залежності малокурабельні афективні порушення астено-депресивного регістру і психопатоподібна дефіцитарна симптоматика сприяють підтримці в активній і продуктивній фазі синдрому патологічного потягу і швидкому поверненню хворого до регулярного вживання психоактивних речовин чи алкоголю. Супутні алкоголізації та наркотизації генетично закладені ендогенні й набуті екзогенні радикали в калейдоскопічному ритмі змінюють патопластику й перебіг основних синдромів і симптомів адикції, роблячи їх непередбачувано атиповими, збоченими й патогенними.

До особливої групи ризику адиктивної поведінки належать особи юнацького віку з обмеженими психофізіологічними та фізичними можливостями, зокрема з затримкою психічного розвитку, і підлітки з порушенням інтелекту. Розглянемо стартові позиції зародження й формування адиктивної поведінки. Так, за даними дослідження [7], у молодших школярів із затримкою психічного розвитку чітко виражені ознаки ризику адиктивної поведінки, які характеризують інформаційний, оцінний і поведінковий компоненти установки до вживання психоактивних речовин, що дають підстави вважати цю категорію осіб групою підвищеного ризику некритичного залучення до вживання психоактивних речовин, а також формування адикції за комфортним типом.

Особливістю інформаційного компонента установки до вживання психоактивних речовин є розуміння наркогенного сенсу ситуацій, дій і речовин за недостатньої усвідомленості наслідків уживання. Оцінний компонент установки до психоактивних речовин характеризується неузгодженістю між негативною усвідомленою оцінкою споживачів психоактивних речовин і позитивним неусвідомлюваним ставленням до них. Поведінковий компонент відображає формування програми дій у наркогенних ситуаціях за наслідуванням, слабкість регуляції поведінки й брак прогнозування його наслідків. У молодших школярів із затримкою психічного розвитку відзначається велика вираженість таких ознак ризику девіантної поведінки, в тому числі адикції до психоактивних речовин: тривожності, імпульсивності, агресивності, конфліктності, незадоволеності потреби в спілкуванні, невротичних реакцій, що призводить до соціальної дезадаптації дітей і в несприятливих мікросоціальних умовах може становити основу формування комунікативної й компенсаторної моделі адикції.

Структура ризику адиктивної поведінки при затримці психічного розвитку більшою мірою визначена особистісними порушеннями на основі дизонтогенезу, на відміну від нормального психічного розвитку, за якого визначальну роль у формуванні адикції до психоактивних речовин відіграють середовищні фактори.

За результатами дослідження [7], профілактика адиктивної поведінки із застосуванням програми «Чарівна країна почуттів» сприяє зниженню ризику адиктивної поведінки в осіб із затримкою психічного розвитку, зменшенню вираженості адиктивних установок і посиленню антинаркотичних установок. Зростає усвідомленість їх ставлення до проблеми вживання психоактивних речовин, зростає їх здатність до прогнозування наслідків поведінки в наркогенних ситуаціях, що істотно знижує ризик некритичного залучення до вживання психоактивних речовин і може розцінюватися як фактор захисту. Тому після профілактичної роботи в них поліпшується ставлення до вчителів та однокласників, знижується вираженість дезадаптаційних симптомокомплексів, що відображають порушення у сфері міжособистісної взаємодії, що знижує ризик формування комунікативної моделі адиктивної поведінки. Зменшення агресивності, тривожності, асоціальності особистості, знижує ризик формування атактичної й компенсаторної моделі адиктивної поведінки.

Досить важливим для такої категорії осіб є формування здорового способу життя.



Аналіз опитування показав, що підліткам з інтелектуальною недостатністю складно сформулювати визначення поняття «здоров'я». У віковій групі 13–15 років більшість визначень зводилося до «зміцнення людини» (32%), «нічого не болить» (13%), а у віковій групі 15–18 років у більшості випадків ототожнювалися поняття «здоров'я» і «здоровий спосіб життя» – 40%. В обох вікових групах передусім ішлося про фізичне здоров'я. Отже, в бесідах із дітьми, які проводять лікар, увага надається лише фізичному здоров'ю, а не психічному й соціальному. Кількість таких серед опитаних – 36% хлопчиків і 7% дівчаток, які палять. Кількість таких хлопчиків із порушенням інтелекту трохи вища, ніж кількість їх у загальноосвітніх школах, але серед розумово відсталих дівчаток тих, які палять, кількість незначна [8].

Проаналізуємо, як саме формується в цій категорії осіб залежність від тютюнопаління. Так, 37% розумово відсталих хлопчиків і дівчаток уперше пробували палити у віці 12–13 років, але поодинокі спроби відзначені в хлопчиків у віці 6–8 років. Основним мотивом захоплення паління були пустощі (у 54% хлопчиків і 47% дівчаток), наступним домінуючим мотивом паління є наслідування (у 21% хлопчиків і 41% дівчаток). Почали палити з цікавості 12% дівчаток і 4% хлопчиків, а мотив паління з бажання здаватися дорослішими відзначений лише в хлопчиків (11%). Серед найбільш поширених місць паління хлопчики назвали вулицю (59%) і школу (31%), а дівчатка – вулицю (66%) і будинок друзів (24%) [8].

Для більшості опитаних розумово відсталіх осіб юнацького віку видається малопереконливою й та інформація, яку вони отримують у формі лекцій (34%), кінофільмів (77%), самостійного читання санітарно-освітньої літератури (21%). Як правило, така інформація адресована учням шкіл, а тому вона виявляється неадекватною рівнем сприйняття для розумово відсталіх школярів. Інформацію про наркотики школярі з розумовою відсталістю отримують переважно із засобів масової інформації – 64% опитаних. Дуже незначна кількість опитаних називають учителів як джерело інформації (8%), проте друзів указують 26% дітей. Роль педагогів і батьків щодо правильного розуміння одержуваної розумово відсталіми підлітками інформації дуже низька. Відсутність думки батьків щодо проблеми наркотиків і недостатня інформація, що надається педагогами, негативно позначаються на формуванні правильного ставлення до наркотиків у розумово відсталіх підлітків.

Наявність інтелектуального дефекту істотно ускладнює процес формування соціально-нормативної поведінки, підвищує ймовірність адиктивних виявів у поведінці підлітків. Складність патогенезу порушень поведінки розумово відсталіх підлітків необхідно враховувати фахівцям під час організації роботи із цією категорією осіб [9]. Більшість розумово відсталіх підлітків агресивні до оточуючих, поводяться дещо вороже стосовно однолітків, рухливі, мають нестійку увагу, відволікаються, афективно збудливі, мають жваві емоційні реакції та мовні порушення, комунікативні навички в них не сформовані, мову під час звернення розуміють у межах побутової ситуації; тримаються вільно, фізичний розвиток слабкий.

Ризикованим є критичний вік підлітків і юнаків щодо формування адиктивної поведінки. За результатами дослідження [8], 40,9% підлітків уперше пробували палити у віці 11–13 років. Поодинокі спроби паління відзначені в хлопчиків у 6–7 років. Перше знайомство з алкоголем у більшості респондентів (54,5%) відбулося у віці 13–14 років.

Серед мотивів залучення до паління та алкоголю в анкеті були такі варіанти відповіді: а) з пустощів; б) із цікавості; в) за прикладом інших; г) через бажання здаватися дорослішими. Домінуючим при цьому було паління та вживання алкоголю із цікавості (50,0% хлопчиків і 37,5% дівчаток), наступним значущим мотивом – через наслідування (28,5% хлопчиків і 37,5% дівчаток). Почали палити й уживати алкоголь із пустощів 25,0% дівчаток і 7,1% хлопчиків. Мотив паління і вживання алкоголю з бажання здаватися дорослішими відзначений тільки в хлопчиків (14,3%).

Більшість опитаних усвідомлюють шкідливість паління й уживання алкоголю (71,4% хлопчиків і 75,0% дівчаток), але багато з них вважають, що інформація про це перебільшена (відповідно, 42,8% і 37,5%). У 14,3% хлопчиків і 25,0% дівчаток з'явилася потреба та бажання відмовитися від паління, але безуспішно [8].

Незначна кількість підлітків (18,2%) вважають, що є безпечні наркотики. При цьому більшість підлітків не розуміють поділу наркотиків за рівнем впливу на організм і вважають їх небезпечними рівною мірою.

Виявлено, що основну інформацію про психоактивні речовини (психотропні речовини, наркотичні засоби) підлітки отримують із засобів масової інформації (54,5%), від друзів (27,3%), педагогів (13,6%), від батьків (4,5%). Для більшості підлітків видається малопереконливою ін-

формація, яку вони отримують у формі лекцій (31,8%), кінофільмів (45,4%), самостійного читання санітарно-освітньої літератури (22,7%).

Значна кількість осіб юнацького віку (59,1%) вважають, що прийом психоактивних речовин не заважає нормальному функціонуванню людини в суспільстві, що свідчить про високий ступінь ризику наслідування таким підлітком поведінки адиктів. Навпаки, переконання підлітків (31,8%) в неможливості нормального функціонування адикта в соціумі є потужною профілактикою зловживання психоактивними речовинами.

Узагальнюючи результати наукових джерел і наших досліджень, можна дійти висновку, що переважно особи юнацького віку з розумовою відсталістю мають несформованість негативного ставлення до паління, алкоголю, наркотичних речовин; відсутність знань про вплив психоактивних речовин на організм людини; відсутність здатності логічно простежити, до яких наслідків може призвести вживання психоактивних речовин. Усе це дає підстави вважати цю категорію осіб групою підвищеного ризику щодо адиктивної поведінки. Адиктивна поведінка мікросоціального оточення в більшості цих осіб також не сприяє становленню негативного ставлення до психоактивних речовин.

Авторами дослідження [10] експериментально доведено ефективність системи психологічної корекції, спрямованої на нівелювання негативних виявів психоорганічного синдрому, зумовленого переважно наркоманією та алкоголізмом, у структурі комплексного психолого-педагогічного впливу, що сприяє ефективності процесу розвитку пізнавальної й емоційної сфери, позитивно впливає на формування особистості дітей із психоорганічним синдромом.

Заслугує на увагу розроблений у [10] алгоритм упровадження психолого-синергетичної технології корекції адиктивної поведінки осіб юнацького віку, яка може бути корисною й для тієї категорії, хто має обмежені психофізіологічні та фізичні можливості. Він включає такі етапи:

- мотиваційний – активізація бажання батьків активно долучатися до розроблення стратегії й технології самодопомоги, що здійснюється через комунікацію;

- концептуальний, де внаслідок усталеного психотерапевтичного альянсу закладається мета і прийняття власної відповідальності батьків за процес перетворень і позитивних змін;

- адаптивний – поява соціально-психологічної адаптації через установлення

постійного зворотного зв'язку та зближення цілей між усіма членами родини, між ними й фахівцями, а також між ними та соціальними структурами, з якими вони взаємодіють (у режимі психокорекційних і психотерапевтичних занять);

- творчий, де відбувається поява здатності прилаштовуватися до змін обставин і креативно використовувати контекст ситуації задля реалізації визначеної стратегії розвитку дитини;

- генералізація сформованих умінь і набутих навичок у життєдіяльність;

- моніторингово-перспективний етап – оцінювання успішності розвитку та подальше планування з орієнтиром на бажані результати, урахуванням можливих ризиків, а також нових внутрішніх і зовнішніх ресурсів.

Головну роль у профілактиці такої адиктивної залежності, як алкоголізм, тютюнопаління, наркоманія, повинна відігравати школа, оскільки тут підлітки проводять більшу частину часу й саме в ній формуються стандарти поведінки. Особливе місце відводиться керівнику програми, який володіє методикою активних форм навчання, однією з яких є критичне мислення.

Саме нові форми навчання допоможуть 13–14-річним підліткам зрозуміти, що вони відповідальні за власну поведінку, навчать мислити, критично приймати рішення, які базуються на сформованих моральних цінностях і переконаннях. Для підлітків 10–15 років потрібна правдива інформація, сильна мотиваційна основа, щоб запобігти вживанню речовин, які формують адиктивну залежність. Так, наприклад, алкоголь у вигляді вина й пива є, мабуть, найдавнішими засобами сп'яніння. Після появи міцних напоїв загострювалися фізичні та психічні наслідки вживання алкоголю.

Щоб відмежувати неповнолітніх від впливу дорослих, які втягують їх до тютюнопаління, пияцтва, наркоманії, законами нашої країни передбачена низка спеціальних заходів. Аморальна, антигромадська поведінка батьків, паразитичний спосіб життя й шкідливий вплив на дітей можуть спричинювати позбавлення батьківських прав, яке здійснюється в судовому порядку за заявою державної або громадської організації, одного з батьків або опікуна дитини чи за позовом прокурора.

Під час лікування залежності в осіб юнацького віку з вадами розумового розвитку доцільно розкласти терапію на потенційно ефективні втручання в такій логічній послідовності, за якої пацієнт може отримати максимальну користь від цього. Дуже поширена при цьому так звана «крокова



модель», згідно з якою пацієнту пропонують втручання, що потребує мінімального напруження, яке, можливо, дає позитивний результат. Лише в тих випадках, коли воно недостатньо ефективно, можна перейти до більш тривалого й більш інтенсивного втручання.

При цьому дуже важливо, щоб спочатку запропонована терапія та подальша реабілітація вибирались після ретельного аналізу й довірливої бесіди з пацієнтом. Головною потребою є розширена, бажано структурована й у будь-якому випадку багатомірна діагностика. За цієї діагностики потрібно розглянути такі аспекти й виміри: рівень розумового розвитку, тривалість і тяжкість залежності, історія попередніх лікувань, ступінь мотивації, соціальне оточення, соматичний стан пацієнта й наявність психічних розладів, які виникли внаслідок алкоголізму чи вживання психотропних речовин або наркотичних засобів. Можна стверджувати, що в осіб юнацького віку з вадами розумового розвитку адитивний стан виникає значно раніше, ніж у звичайних людей, і призводить до розвитку тяжких форм залежності, що потребує тривалого та поетапного лікування й психосоціальної реабілітації.

Важливе значення в психопрофілактиці та психокорекції адитивної поведінки відводиться методам арт-терапії в широкому розумінні (терапії творчим самовираженням). Одним із пріоритетів методів арт-терапії в профілактиці, корекції й реабілітації адитивів є те, що ці методи базуються на невербальному вираженню почуттів, що забезпечує більш вільне розкриття пацієнтами свого внутрішнього світу, високий рівень їхньої психологічної захищеності й комфорту в процесі занять, порівняно з вербальною психотерапією.

Фізична культура, спорт, заняття в гуртках, бібліотеках, правильна організація вільного часу, цікавого й змістовного відпочинку – усе це, зрозуміло, протистоїть розвитку шкідливих звичок і насамперед звичкам до вживання алкоголю, психотропних речовин і наркотичних засобів. Тут спрацьовує ефект позитивного заміщення шкідливих звичок. Ледарство, неробство, нудьга, навпаки, найбільш сприятливий ґрунт для їх формування.

Висновки з проведеного дослідження. Отже, всі рекомендації, знання про спосо-

би, здоров'язберігаючі технології не будуть затребувані в осіб юнацького віку з особливими потребами без вирішення питання формування мотивації до такої поведінки. Тому під час розроблення та корекції освітніх програм необхідно враховувати наявний у них рівень культури здоров'я. Необхідно підвищити активність учителів і батьків у профілактиці адитивної поведінки розумово відсталих підлітків, проводити з ними бесіди про шкідливість тютюнопаління, вживання алкоголю та наркотиків. Ця робота повинна бути системною в чіткій взаємодії наркологів, психологів і вчителів, базуватися на спільно розробленій програмі колективного впливу з урахуванням рівня й виду психофізіологічних обмежень особи.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Кулаков С.А. Основы психосоматики / С.А. Кулаков. – СПб. : Речь, 2003. – 288 с.
2. Личко А.Е. Подростковая наркология: Руководство / А.Е. Личко, В.С. Битенский. – Л. : Медицина, 1991. – 304 с.
3. Братусь В.С. Психология, клиника и профилактика раннего алкоголизма / В.С. Братусь, П.И. Сидоров. – М. : Изд-во МГУ, 1984. – 143 с.
4. Короленко Ц.П. Аддитивное поведение. Общая характеристика и закономерности развития / Ц.П. Короленко // Обзор психиатрической и медицинской психологии. – 1991. – № 1. – С. 8–15.
5. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология: Практическое руководство / В.Д. Менделевич. – М. : МЕДпресс, 2001. – 592 с.
6. Гусева Н.А. Профилактика аддитивного поведения младших школьников с задержкой психического развития : дис. ... канд. психол. наук : спец. 19.00.04 / Н.А. Гусева. – СПб., 2003. – 70 с.
7. Бурмака Н.П. Психологічні чинники формування алкогольної адитивної поведінки у підлітків та юнацтва : автореф. дис. ... канд. психол. наук : спец. 19.00.04 / П.Н. Бурмака. – К. : КНУ, 2003. – 18 с.
8. Алпатова Н.С. Социологическое исследование проблемы аддитивного поведения среди учащихся школы-интерната VIII вида / Н.С. Алпатова, Е.П. Хвастунова, Т.В. Варфоломеева // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 4.
9. Клиническая психотерапия в наркологии / под ред. Р.К. Назырова, Д.А. Федоряки, С.В. Ляшковой. – СПб. : НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2012. – 448 с.
10. Клименко І.С. Особливості діагностики та корекції розвитку дітей молодшого шкільного віку з психоорганічним синдромом : автореф. дис. ... канд. пед. наук / І.С. Клименко. – К. : Інститут соціальної педагогіки Національної академії педагогічних наук, 2016. – 18 с.