

Пережогин Л.О.

Выделение групп риска формирования зависимости от ПАВ

Выделение групп риска формирования зависимости от ПАВ является важным для адекватного определения несовершеннолетних, нуждающихся в принудительных мерах воспитательного воздействия в условиях специальных учебно-воспитательных учреждений открытого и закрытого типа в связи с безнадзорностью, бродяжничеством, аддиктивным поведением с риском формирования зависимости; для организации и проведения адресной, прицельной первичной вторичной психопрофилактической и антинаркотической помощи в различных учреждениях реабилитационного типа Министерства образования, социальной защиты или в детских лечебно-профилактических учреждениях с целью предупреждения развития форм аддиктивного поведения, переходящих в токсикоманию и наркоманию; для организации социально-профилактической помощи детям и подросткам с асоциальным и аддиктивным поведением в целях предупреждения правонарушений и обеспечения им и их семьям социально-психологической поддержки.

Непатологические формы аддиктивного поведения у детей и подростков не связаны с выраженными и стойкими психическими расстройствами или нарушениями психического развития (психический дизонтогенез) и не являются его следствием.

Они обусловлены преимущественно биологическими, микросоциальными (семейными, школьными, коммуникативными), а также психологическими (личностными) факторами риска, а не формируются по патологическим механизмам. Современное понимание злоупотребления ПАВ как формы отклоняющегося поведения (аддиктивное поведение) исходит из единства факторов риска и защиты для всех типов поведения, отклоняющегося от социальных норм. Непатологическое аддиктивное поведение может наблюдаться у подростков с отдаленными последствиями ранних резидуально-органических поражений головного мозга без психических расстройств; при акцентуациях характера; проявлениях «подросткового психологического комплекса», признаках нервно-психической неустойчивости, связанных с хроническими соматическими заболеваниями; при семейной, педагогической и социальной запущенности. Непатологическое аддиктивное поведение может сочетаться с другими формами девиаций, например, безнадзорностью с уходами из дома, гиперактивным, аутоагрессивным поведением. В связи с этим социотерапевтическое воздействие только на проявления аддиктивного поведения, как правило, оказывается unsuccessful, так как эта форма поведенческих расстройств может трансформироваться в другой, более тяжелый вариант, например, в аутоагрессивное, суицидальное поведение.

Первая группа риска (вариант непатологического аддиктивного поведения) определяется взаимодействием ключевых микросоциальных и психологических (личностных) факторов риска с искажением позитивно-субъективных отношений ребенка к условиям своей жизнедеятельности. Диагностика отношений ребенка к самому себе и значимому окружению является важным критерием выявления детей этой группы риска, а также критерием оценки эффективности, проведенной психопрофилактической и антинаркотической работы.

В этом случае многообразные, отрицательные социальные влияния в детском и подростковом возрасте искажают формирующуюся личность, ее установки и способы реагирования. Это проявляется в нарушениях социализации с акцентуациями характера по различному типу, признаках средовой психической дезадаптации с аддиктивным поведением и другими поведенческими нарушениями, но без делинквентной и криминальной активности. В отдельных наблюдениях аддиктивное поведение связано с так называемым «подростковым комплексом». К возрастным особенностям подростковой психики относятся такие черты, как противоречивость чувств и побуждений, завышенная самооценка и в то же время неуверенность в себе, отказ от общепринятых норм поведения и подчинение своих выборов и отношений стилю жизни «кумиров», сочетание упрямства с внушаемостью. Особенно явно эти противоречивые черты проявляются в устойчивом негативном отношении к установкам родителей, школы и именно они определяют на начальном этапе мотивацию аддиктивного поведения.

Вторая группа риска (вариант непатологического аддиктивного поведения со стойкими асоциальными нарушениями) также определяется взаимодействием ключевых микросоциальных и психологических (личностных) факторов риска, но отличается формированием черт личностной деформации по асоциальному типу. Для нее типичны следующие признаки:

- отсутствие интереса к учебной и познавательной деятельности при хорошей социальной ориентировке;

- стремление к получению простых удовольствий без приложения определенных волевых усилий;
- стремление к замещению чувства «пустоты» и скуки состояниями измененного настроения, вызванного употреблением психоактивных веществ;
- неустойчивое настроение со склонностью к реакциям напряжения на конфликтные ситуации, склонность к агрессивным формам реагирования, в том числе, и с групповой жестокостью;
- эгоцентричность с чувством правомерности своего асоциального и аддиктивного поведения, стремление к обвинению окружающих в последствиях своих поступков;
- подверженность влиянию взрослых правонарушителей или групповым формам воздействия;
- раннее начало алкоголизации и употребления ПАВ.

Следовательно, определяющими признаками этой группы риска являются черты личностной деформации по асоциальному типу с различными формами делинквентной активности без сопутствующих психических расстройств или грубых нарушений возрастного психического развития.

Патологические формы аддиктивного поведения у детей и подростков. Эти формы развиваются вследствие психических расстройств, наблюдающихся у детей и подростков, ассоциированы с психическими расстройствами, и способствуют формированию психических расстройств, т.е. являются звеном патогенеза аномальных состояний психики.

Третья группа риска (вариант патологического аддиктивного поведения с сопутствующими психическими расстройствами) определяется сочетанием злоупотребления ПАВ с психическими расстройствами и нарушениями возрастного психического развития. Патологическое аддиктивное поведение отмечается как у детей, так и у подростков. Сопутствующими с аддиктивным поведением выступают следующие симптомокомплексы:

- синдром дефицита внимания с гиперактивным поведением (СДВГ);
- эмоциональные нарушения различной природы с аффективными тоскливо-раздражительными состояниями, реже субдепрессивными или гипоманиакальными расстройствами;
- органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство, в том числе и органические расстройства, включающие различную степень выраженности когнитивного дефицита и органических личностных нарушений;
- патологически протекающий пубертатный криз с пограничными психическими расстройствами (некоторые авторы считают устаревшим и утратившим клинический смысл понятие «патологического пубертатного криза», предложенное Г. Е. Сухаревой в 1953 году (вслед за К. Кальбаумом, 1884). В то же время В. А. Гурьева, Т. Б. Дмитриева, Е. В. Макушкин и др. (2007) определяют это состояние как совокупность патологических личностных, непсихотических аффективных, утрированных психологических переживаний, являющих собой, как правило, подростковый этап динамики целого ряда психических расстройств).

Из симптомокомплексов, связанных с нарушениями возрастного психологического развития, с аддиктивным поведением наиболее часто сочетаются проявления ретардированного (задержанного) развития: задержки развития, специфические нарушения развития с трудностями усвоения школьных навыков письма, счета, речи, пространственной ориентировки.

При этом аддиктивное поведение обусловлено значительной внушаемостью и подчиняемостью, не самостоятельностью и склонностью к групповым формам злоупотребления ПАВ.

Полиморфные поведенческие расстройства могут включать единичные делинквентные или даже криминальные действия, которые не носят повторяющегося характера, не сопровождаются формированием стойких личностных деформаций по асоциальному типу.

Четвертая группа риска (патологический вариант аддиктивного поведения со стойко выраженными признаками диссоциального расстройства личности). В этой группе характер воспитания в семьях в большинстве случаев соответствовал гипоопеке или отвержению. На жестокое обращение со стороны родителей и, прежде всего, матерей указывали до 65% подростков. Жестокое обращение включало побои, телесные наказания, наказания голодом, а в ряде случаев носило характер изощренных издевательств. В некоторых семьях отмечались случаи сексуального насилия со стороны отцов, отчимов, «друзей» матери. Данные о физическом насилии соотносятся как 2:1, унижению - 3:2, сексуальном насилии 5:1. Во всех случаях

домашняя обстановка оценивалась подростками хуже, чем их настоящее существование в асоциальных группах.

Специально следует остановиться на связи аддиктивного поведения и делинквентности подростков. Среднее соотношение аддиктивного поведения и делинквентности, критерием которой является совершение асоциальных, противоправных действий, составляет по нашим данным 1:3 (Вострокнутов Н.В., Пережогин Л. О., 2003). С целью оценки соотношений между аддиктивным и делинквентным поведением проведем сравнение по социально-психологическим и клиническим признакам юношей, характеризующихся аддиктивным (1 группа) и делинквентным (2 группа) поведением.

Как правило, аддиктивное поведение предшествует делинквентному. Юноши второй группы по сравнению с первой характеризуются большей тяжестью аддиктивного поведения: начало употребления опьяняющих доз алкоголя отмечено на 2 года раньше (преимущественно между 12 и 13 годами), наблюдаются более частые выпивки с утратой количественного контроля, более высокая толерантность, предпочтение крепких спиртных напитков. Наряду с алкоголем более половины из них систематически употребляли наркотики или токсические вещества, тогда как в первой группе употребление их носило эпизодический характер.

Курят практически все подростки, однако вторая группа характеризуется более ранним началом (8-9 лет против 11-13 лет во второй группе) и наличием сформировавшейся зависимости к никотину. Мотивация потребления психоактивных веществ изначально чаще носит гедонистический характер, тогда как в первой группе коммуникативный и седативный (снять психоэмоциональное напряжение).

Второй группой для приобретения спиртного и других психоактивных веществ обычно использовались асоциальные средства: мелкие кражи, вымогательство, игра в азартные игры, мошенничество. Первая группа чаще указывала на использование для покупки спиртного карманных денег, угощение друзей, реже самостоятельные заработки.

Делинквентные подростки более чем их сверстники склонны к азартным играм и, в частности, в большинстве своем проводят за компьютерными играми нередко более 3 часов в день, тогда как в первой группе это увлечение свойственно 1/3 подростков с продолжительностью не более 1 часа. Отмечается нарастание вовлеченности в азартные игры по мере утяжеления аддиктивного и делинквентного поведения. Склонность к переяданию сладкого отмечена у 2/3 подростков из второй группы против 1/7 из первой. Делинквентным подросткам в большей степени свойственны реакции группирования: они предпочитают проводить время с друзьями на улице, из увлечений преобладают командные виды спорта. Однако их хобби носят неустойчивый характер и по мере прогрессирования делинквентности утрачивают свою актуальность.

Раннее начало половой жизни свойственно почти исключительно подросткам с аддиктивным поведением, при этом первичным могло быть как то, так и другое поведение. Подростки из второй группы в 2 раза чаще вступали в интимные отношения, чем их сверстники.

Аддиктивное поведение влияло на школьную успеваемость, которая снижалась по мере его усугубления, при этом средний балл за прошедший год во второй группе не выше 3,5, тогда как в первой - преимущественно от 3,5 до 4,0). Вместе с тем снижение школьной успеваемости не влияет на удовлетворенность своими учебными успехами в обеих группах.

Известно, что семейное неблагополучие существенно влияет на делинквентность подростков, это подтвердило и наше исследование: неполные семьи отмечены у 1/3 подростков первой группы и у 2/3 второй. Делинквентные подростки в меньшей степени, чем их сверстники, испытывают потребность в доверительных отношениях с окружающими. Аддиктивное поведение изменяет иерархию системы отношений: на первое место по доверительности выходят сверстники. Выразили желание обсуждать чаще свои проблемы с ними 3/4 респондентов первой группы и менее половины из второй. По-разному объясняются и причины не открытости. Если в первой группе ведущей мотивацией является способность справиться самому со своими проблемами, а также стеснительность, то во второй - боязнь их огласки и опасение показать себя с плохой стороны.

Среди подростков с аддиктивным поведением чаще, чем в популяции, встречаются трудности в субъективной оценке и описании своего состояния (алекситимия). Во второй группе эта тенденция усугубляется (частота встречаемости алекситимии у 2/3). Аналогично отмечается и тенденция к росту уровня невротизации и психопатизации.

Отсутствуют достоверные различия между исследуемыми группами по степени вовлеченности семей подростков в употребление алкоголя: с одинаковой частотой встречались как семьи с

трезвенническими установками, так и семьи, в которых взрослые члены семьи систематически злоупотребляли алкоголем.

Подростков с делинквентным поведением (вторая группа) преимущественно волнуют проблемы вредных привычек, здоровья и выбора профессии, а их сверстников из первой группы - материальные, любовные, семейные и проблемы обучения. Видимо это отражает, с одной стороны, большую выраженность аддиктивного поведения во второй группе, а с другой стороны - относительную сохранность критического отношения к последствиям употребления психоактивных веществ, что может быть использовано в психотерапевтической работе. Таким образом, делинквентность подростков в значительной степени определяется выраженностью аддиктивного поведения, а не исходит непосредственно из их преморбидных характерологических особенностей. Следовательно, профилактика делинквентности должна быть направлена в значительной степени на предотвращение втягивания подростков в употребление психоактивных веществ.

Существенный интерес имеют сравнительные данные о показателях удовлетворенности взаимоотношениями и потребности в общении в группах детей и подростков, не имеющих опыта столкновения с наркологическими проблемами, а также в группах детей и подростков с начальным опытом употребления ПАВ и в группе несовершеннолетних с формированием зависимости.

Для подростков, не имеющих опыта наркологических проблем, характерна наименьшая дистанция общения с родителями. С учетом значимых лиц их доля составляет 71,8%, при этом как наиболее доверительные отношения воспринимаются отношения с матерью. У таких детей и подростков, как правило, отношения оказываются наиболее поляризованными: объекты общения находятся на близком расстоянии (эмоционально значимые лица), либо удаляются на максимальное расстояние (алкоголик, наркоман, наркоторговец, врач-нарколог, сотрудник правоохранительных органов (62,5%).

Иная картина характерна для детей и подростков группы риска и детей с формированием зависимости. В группе риска существенно уменьшается лидирующее положение родителей, но увеличивается роль друга своего\противоположного пола. Он становится самым близким человеком. У несовершеннолетних с зависимостью усиливается тенденция к отдалению от родителей и приближению к другу своего\противоположного пола (32,5%) и только следующими по близости оказываются оба родителя или только одна мать (15,7%), только один брат или сестра (7,2%), бабушка (1,2%), наркодилер (1,2%). При оценке распределения объектов общения по степени удаленности в социальной среде можно отметить следующие тенденции.

В группе детей с зависимостью наблюдается постепенное увеличение дистанции общения с преподавателями. Это связано с учащением конфликтов в образовательном учреждении, а также с прекращением обучения значительной части из них. Аналогичными причинами объясняется и увеличение дистанции с сотрудником правоохранительных органов. Обратная тенденция характерна для врача-нарколога: по мере увеличения вовлеченности в употребление ПАВ дистанция общения сокращается. Особенно это касается группы детей и подростков с состояниями зависимости, где врач нарколог вступает в ближний круг, что отражает личный опыт - потребность в медицинской помощи и достижение положительного психологического контакта.

Интересным представляются общие личностные особенности, присущие несовершеннолетним с аддиктивным поведением. В значительной степени они определяются присутствием неустойчивого радикала, черт инфантильности у большинства подростков-потребителей ПАВ. К числу таких характеристик относятся:

- безответственность, неспособность выполнить свое обещание. Особенно эта черта характерна для детей и подростков с формирующейся зависимостью. Как правило, большинство обещаний ими не выполнялось, особенно те, которые требовали минимального волевого напряжения.
- ослабление волевой способности к поддержанию достаточного уровня активного внимания. Во время беседы, если их интерес угасает, они часто начинают зевать, жаловаться на усталость. По этой же причине им хуже давалось выполнение психологических тестов, требующих напряжения внимания и интеллекта.
- неспособность пользоваться посторонней помощью и поддержкой. Стремясь отстоять собственное «Я», они часто отказываются от помощи, как в вопросах лечения, так и в бытовых делах. При согласии на оказание помощи, они не способны разделить ответственность, предпочитая полностью переложить ее на другого человека.
- несостоятельность в предвосхищении, предвидении развития событий, явлений, результатов работы (прогностический когнитивный и отчасти — волевой дефект).

Синдром дефицита внимания с гиперреактивностью.

Синдром дефицита внимания с гиперреактивностью — психическое расстройство, относящееся к категории гиперкинетических расстройств (рубрика F90 по Международной классификации болезней, рубрика 314 по DSM-IV-TR, используемой Американской психиатрической ассоциацией), диагностируемое, преимущественно, у детей, характеризующееся триадой симптомов: нарушением внимания, гиперреактивностью, импульсивностью.

Многие исследователи считают, что СДВГ — одно из самых частых психических расстройств у детей. В современных эпидемиологических исследованиях, проведенных за рубежом приводятся данные о распространенности СДВГ в детской популяции от 2% до 12%. Известны некоторые причины слишком высоких показателей диагностирования СДВГ в США: это диагностика путем анкетирования учителей и родителей, диагностика производимая психологами и врачами общей практики без участия психиатров. Комплексные обследования детей с участием врачей-психиатров и патопсихологов выявляют самые низкие показатели распространенности СДВГ (около 2% детской популяции). Разными исследователями в России выявлены очень противоречивые показатели распространенности СДВГ — от 6% до 28%. Однако большинство исследователей сходятся на цифрах 6-8% (Заваденко Н. Н., 2005). СДВГ значительно чаще встречается в популяции мальчиков (в среднем в соотношении 3:1). Отмечено, что для девочек с СДВГ более типичны нарушения внимания, чем гиперреактивность и импульсивность, более типичны для мальчиков, а среди мальчиков с СДВГ чаще, чем у девочек, встречаются коморбидные (сопутствующие) нарушения поведения и аффективные расстройства (Заваденко Н. Н., 2005).

СДВГ характеризуется триадой симптомов: нарушением внимания, гиперреактивностью, импульсивностью (Попов Ю. В., Вид В. Д., 2000; Заваденко Н. Н., 2005 и др.). Нарушения внимания проявляются в том, что дети допускают ошибки в школьных (и других) заданиях из-за невнимательности к деталям, нюансам, не доводят до конца начатую работу или игру, не слушают, что им говорят и не могут следовать полученным разъяснениям (но не в силу того, что неспособны их понять), не могут организовать свою работу и избегают заданий, которые требуют внимания, усидчивости, легко забывчивы, рассеяны, теряют нужные им предметы (особенно школьные принадлежности, книги, игрушки), отвлекаются на посторонние стимулы. Гиперреактивность проявляется в избыточной подвижности (не могут усидеть на месте, размахивают руками и ногами, вертятся, не сидят в классе и без разрешения ходят во время урока), предпочтении шумных, подвижных игр и неспособности к тихим занятиям, игнорировании ситуативных условий и социальных запретов. Импульсивность проявляется в неспособности дождаться своей очереди в игре или на уроке, многословности, склонности отвечать, не дослушав вопроса, торопливости, непоседливости, которые часто мешают другим.

И МКБ-10, и DSM-IV-TR (национальная классификация, используемая в США) практически одинаково подходят к критериям диагностики СДВГ. Следует отметить, что и МКБ и DSM являются не столько клиническими, сколько статистическими, исследовательскими классификациями, поэтому механическое применение их критериев неизбежно ведет к ошибкам в диагностике. Поэтому в России и ряде других стран (Франция, Германия), где клинические и научные психиатрические школы особенно сильны, МКБ используется в адаптированных (национальных) вариантах, приближенных к клиническим реалиям (в России МКБ-10 применяется с 1999 года, адаптированный вариант разработан под редакцией Голланда Б. В., Дмитриевой Т. Б., Казаковцева Б. А.). МКБ-10 не выделяет форм и подтипов СДВГ (гиперкинетического расстройства, F90), DSM-IV-TR выделяет три подтипа СДВГ: с преобладанием дефицита внимания (314.00), с преобладанием гиперреактивности и импульсивности (314.01) и смешанный тип. Исходя из критериев МКБ-10 можно сделать вывод, что гиперкинетическое расстройство по МКБ соответствует смешанному типу СДВГ по DSM-IV-TR (критерии МКБ более строги).

Согласно исследовательским диагностическим критериям МКБ-10 (ВОЗ, 1994-1996), гиперкинетическое расстройство (F90) диагностируется, если:

В различных ситуациях, в течение минимум 6 месяцев, с началом не позднее 7 летнего возраста, при отсутствии расстройств развития (F84.-) или аффективных эпизодов (F30.- F32.-) и тревожных расстройств (F41.-) отмечается не менее шести симптомов невнимательности, трех симптомов гиперреактивности и хотя бы один симптом импульсивности.

Симптомы невнимательности таковы (цитируются по официальному русскому переводу МКБ-10):

- часто проявляющаяся неспособность внимательно следить за деталями или совершение беспечных ошибок в школьной программе, работе или другой деятельности;

- часто не удается поддерживать внимание на заданиях или игровой деятельности;
- часто заметно, что ребенок не слушает того, что ему говорится;
- ребенок часто неспособен следовать инструкциям или завершать школьную работу, повседневные дела и обязанности на рабочем месте (не из-за оппозиционного поведения или неспособности понять инструкции);
- часто нарушена организация заданий и деятельности;
- часто избегает или очень не любит заданий, таких как домашняя работа, требующая постоянных умственных усилий;
- часто теряет вещи, необходимые для выполнения определенных заданий или деятельности, таких как школьные вещи, карандаши, книги, игрушки или инструменты;
- часто легко отвлекается на внешние стимулы;
- часто забывчив в ходе повседневной деятельности.

Симптомы гиперактивности таковы (цитируются по официальному русскому переводу МКБ-10):

- часто беспокойно двигает руками или ногами, или ерзает на месте;
- покидает свое место в классной комнате или в другой ситуации, когда требуется оставаться сидеть;
- часто начинает бегать или куда-то карабкаться, когда это является неуместным (в подростковом или зрелом возрасте может присутствовать лишь чувство беспокойства);
- часто неадекватно шумен в играх или испытывает затруднения при тихом проведении досуга;
- обнаруживается стойкий характер чрезмерной моторной активности, на которую существенно не влияют социальные ситуация и требования.

Симптомы импульсивности таковы (цитируются по официальному русскому переводу МКБ-10):

- часто выпаливает ответы до того, как завершены вопросы;
- часто неспособен ждать в очередях, дожидаться своей очереди в играх или групповых ситуациях;
- часто прерывает других или вмешивается (например, в разговоры и ли игры других людей);
- часто слишком много разговаривает без адекватной реакции на социальные ограничения.

Именно «психологический криз созревания» и дисгармонический пубертатный криз, являясь прогностически благоприятно протекающими состояниями, определяют риск по формированию зависимости, и должны непременно учитываться при организации профилактических мероприятий в подростковых коллективах. (Л.О. Пережогин)

Рассмотрим совокупность факторов риска (*«Диагностика степени риска формирования наркозависимости у несовершеннолетних. Первичная профилактика наркозависимости»*, Пережогин Л. О.)

Определяющие факторы в оценке степени риска

1. Алкоголизм у ближайших родственников (родители, сибсы, дедушки-бабушки, дяди-тети)
2. Наркомания у ближайших родственников (родители, сибсы, дедушки-бабушки, дяди-тети)
3. Хронические психические расстройства у ближайших родственников (родители, сибсы, дедушки-бабушки, дяди-тети)
4. Хронические соматические расстройства у ближайших родственников (родители, сибсы, дедушки-бабушки, дяди-тети)
5. Ранняя (до 15 лет) сексуальная активность.
6. Раннее (до 14 лет) начало приема алкоголя, ранее (до 12 лет) курение.
7. Низкая толерантность по отношению к употребляемому веществу.
8. Повторный прием после первой пробы.
9. Прием веществ, быстро вызывающих зависимость.
10. Органическое поражение головного мозга с психическими расстройствами не психотического характера.

11. Задержки и асинхронии психического развития.
12. Формирующаяся личностная патология. Расстройства поведения.
13. Доступность ПАВ по объективным причинам (например, район проживания)
14. Аномальные стили воспитания в семье
15. Воспитание в семье с низким доходом (намного ниже среднего)
16. Воспитание в семье с высоким доходом (намного выше среднего)
17. Дисфункциональная семья
18. Среди друзей, одноклассников — дети с систематическим асоциальным поведением
19. Низкая успеваемость в школе
20. Систематические конфликты с педагогами и учениками.
21. Индивидуальные особенности, не достигающие уровня психических расстройств.
22. Пассивная социальная позиция.
23. Низкий уровень социальных навыков
24. Отсутствие реальных взглядов на будущее
25. Отсутствие жизненных перспектив в ближайший год (по объективным причинам)