

УДК 159.923

Манахов С.В.

Московский государственный областной университет

ОСОБЕННОСТИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

S. Manakhov

Moscow State Regional University

SOME PECULIARITIES OF THE ORIGIN OF TEENAGERS' ADDICTIVE BEHAVIOUR

Аннотация. В статье представлены различные этиологические концепции становления аддиктивного поведения несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами. Проведен анализ факторов риска возникновения аддиктивного поведения. Описаны пути развития и перехода аддиктивного поведения в болезнь. Отмечено влияние подросткового комплекса и акцентуации характера на становление аддиктивного поведения несовершеннолетних. Приведены паттерны поведения, позволяющие определить отклоняющееся поведение и искажение личности аддиктивного подростка в различных сферах.

Ключевые слова: аддиктивное поведение, факторы риска, паттерны поведения аддиктивного подростка.

Abstract. The article presents various aetiological conceptions of addictive behaviour formation among the teenagers abused with psychoactive substances. The analysis of addictive behaviour risk factors is carried out. The ways of development and transition of addictive behaviour into a disease are described. The author mentions the influence of both the Teenager complex and the accentuation of the character on teenagers' addictive behaviour formation. The article presents some behaviour patterns, which allow defining an addictive teenager's deviant behaviour and distortion of his personality in different spheres.

Key words: addictive behaviour, hazards, addictive teenager's behaviour patterns.

Аддиктивное поведение рассматривают как один из типов девиантного (отклоняющегося) поведения с формированием стремления к уходу от реальности путем искусственного изменения своего психического состояния посредством приема некоторых веществ или постоянной фиксации внимания на определенных видах деятельности с целью развития и поддержания интенсивных эмоций [2].

Термин «аддиктивное поведение» (АП) был предложен В. Миллер и М. Ландри, которые понимали под ним период злоупотребления веществами, включая алкоголь и никотин, изменяющими психическое состояние, до того, как от них сформируется зависимость. В дальнейшем Дж. Алтман с коллегами в своих исследованиях более четко разделили понятия «аддикции» (addiction) и «зависимости» (dependence), ограничивая «аддикцию» экстремальным или психопатологическим состоянием, когда потерян контроль над употреблением психоактивных веществ (ПАВ). Зависимость же отражает состояние нужды в ПАВ, чтобы функционировать нормальным образом.

Широкое распространение в отечественной психологической науке термин «аддиктивное поведение» получил благодаря работам А.Е. Личко и В.С. Битенского, которые указывали, что в отношении несовершеннолетних, злоупотребляющих ПАВ, чаще всего речь идет не о болезни, а о нарушении поведения [5].

С.А. Кулаков в своих исследованиях рассматривает аддиктивное поведение как вид нарушенной адаптации в подростковом возрасте, который характеризуется злоупотреблением одним или несколькими ПАВ без признаков индивидуальной психической или физической

зависимости в сочетании с другими нарушениями поведения [3].

В качестве синонимов АП в научной литературе наиболее часто используются такие термины, как «наркотизм» (В.С. Битенский, Д.Ч. Теммоев, А.Б. Лобжанидзе), «наркоманическое поведение» (Б.Е. Алексеев), «ранняя алкоголизация» и «токсикоманическое поведение» (Ю.В. Попов), «злоупотребление алкоголем» (В.Ю. Завьялов). Таким образом, понятие АП может однозначно рассматриваться как донозологическая форма, вариант девиантного (Ц.П. Короленко, Т.А. Донских) или аутодеструктивного (А.Г. Амбрумова, Ю.В. Попов) поведения.

В отношении подросткового возраста как фактора риска возникновения аддиктивного поведения в научной литературе существует две основные точки зрения. Первая – это мнение, которого придерживаются преимущественно представители зарубежной психологии (Д. Оффер, И. Чейн, В. Миллер и др.) и которое заключается в том, что возрастной фактор не определяет аддикцию. Вторая точка зрения заключается в том, что подростковый возраст является одним из факторов риска формирования аддиктивного поведения. Данную позицию разделяют как часть зарубежных, так и большинство отечественных ученых (В. Шмидбауэр, А.Е. Личко, В.С. Битенский, А.Ю. Егоров, С.А. Игумнов, Е.В. Змановская, С.В. Березин, К.С. Лисецкий, Ц.П. Короленко, Т.А. Донских, Н.А. Сирота и др.).

В настоящее время существует множество этиологических концепций аддиктивного поведения.

Согласно модели, основанной на биологических механизмах алкогольной и наркотической зависимости И.П. Анохиной, нейрофизиологические механизмы развития зависимости от ПАВ сосредоточены в стволовых и лимбических структурах мозга, где располагается система подкрепления, участвующая в регуляции эмоциональных состояний, психофизического тонуса, поведения человека в целом, его адаптации к окружающей среде. ПАВ, воздействуя химическим путем

на систему подкрепления, активизирует ее и влияет на метаболизм нейромедиаторов (преимущественно катехоламинов), что является основой развития синдрома зависимости [6].

Психологическая модель В.М. Ялтонского, доказавшего, что у подростков с аддиктивным поведением преобладают преморбидные epileптоидные, лабильные, неустойчивые и истероидные акцентуации характера, отмечается высокая склонность к алкоголизации и отчетливые признаки социальной дезадаптации [7].

Модель копинг-поведения Н.А. Сироты и В.М. Ялтонского предполагает, что обращение к аддиктивному агенту более вероятно, когда степень жизненного стресса высока, а копинг-ресурсы истощены или недостаточно сформированы [7].

Также в психологии рассматриваются следующие причины становления аддиктивного поведения: *нарушение в развитии личности* (А.Е. Личко, В.С. Мухина, Х. Ремшмидт); *нарушение в деятельностной линии онтогенеза* (Д.Б. Эльконин); *влияние социокультурных особенностей* (В.Д. Менделевич); *влияние образа жизни семьи и семейных отношений* (Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкис); *влияние характерологических и личностных изменений, обусловленных взаимодействием с окружением* (А.И. Захаров, М.И. Лисина, А.Е. Личко, Л.Б. Шнейдер); *выраженное протекание подросткового кризиса* (Э. Эрикссон); *деформация личности в результате нарушенных социальных отношений со взрослыми и сверстниками* (Х. Ремшмидт, А.А. Реан, И.С. Кон, В.С. Мухина); *членство в неформальных объединениях, наличие в подростковых группах антисоциальных норм* (А.Ю. Егоров, С.А. Игумнов); *влияние средств массовой информации, низкопробной кинопродукции, пропаганды сексуальной распущенности* (К.В. Сельченко); *влияние мира компьютерных игр* (М.С. Иванов); *размывание понятия благородства, распад соседства* (освобождение от неформального социального контроля) (А.Г. Данилин, Н.В. Данилина).

И.В. Ефимкина приводит следующие теории становления АП.

Теория проблемного поведения: отсутствие уважения к власти, к нравственным и общественным нормам поведения ведет к росту преступности, наркотизации и сексуальной распущенности.

Теория стадий: употребление ПАВ – явление прогрессирующее, начинается с алкоголя и сигарет с переходом в дальнейшем к употреблению наркотических веществ и заканчивается приемом сильнодействующих наркотиков.

Теория группы сверстников: семья, подростка, религия, школа и друзья оказывают влияние на приобщение к ПАВ.

Функциональные модели развития аддиктивного поведения [1]:

Успокаивающая модель. Один из наиболее распространенных вариантов злоупотребления ПАВ с целью снять напряжение, расслабиться, уйти от неприглядной или опасной действительности, изменить эмоциональное состояние (тревога, гипотимия, апатия и др.).

Коммуникативная модель. Развитие аддиктивного поведения связано с неудовлетворенными потребностями в общении, любви, доброжелательности. Прием ПАВ облегчает общение со сверстниками своего и противоположного пола: преодолевается чувство замкнутости, стеснительности, появляется уверенность в своих возможностях.

Активирующая модель. Некоторые подростки применяют ПАВ для подъема жизненных сил, бодрости, усиления активности. Будучи неуверенными в своих силах и возможностях, имея пониженную самооценку, они пытаются достичь прямо противоположного – уверенности, бесстрашия, раскованности.

Гедонистическая модель. Употребление ПАВ используется для получения удовольствия, приятных ощущений, психического и физического комфорта. Подростки стремятся создать фантастический мир галлюцинаторных образов, пережить состояние эйфории.

Конформная модель. Стремление подростков подражать, не отставать от сверстников, быть принятыми группой может привести к употреблению ПАВ с этой целью. Развитие

пристрастия к ПАВ связано со стремлением во всем быть похожими на своих лидеров, некритически перенимать все, что касается референтной группы, которой принадлежит несовершеннолетний.

Манипулятивная модель. Возможно использование психоактивных веществ для манипулирования другими, для их эксплуатации, для изменения ситуации в собственную пользу, для достижения тех или иных преимуществ.

Компенсаторная модель. Формирование аддиктивного поведения определяется необходимостью компенсировать какую-то неполноценность личности, дисгармонию характера.

Несмотря на то, что становление аддиктивного поведения отличается широким индивидуальным своеобразием, в целом можно выделить общие закономерности:

1. *полисубстантное аддиктивное поведение.* Подростки пробуют на себе действия различных токсических веществ, среди которых постепенно может быть выбрано наиболее привлекательное;

2. *моносубстантное аддиктивное поведение.* Подростки злоупотребляют только одним веществом.

В процессе перехода аддиктивного поведения в зависимое (болезнь) поведение принято выделять следующие стадии.

Стадия социальной зависимости. Для нее характерно то, что несовершеннолетний еще не начал употребление ПАВ, но вращается в среде употребляющих, принимает их стиль поведения, отношение к психоактивным веществам и внешние атрибуты группы. Он внутренне готов сам начать употребление. Неотъемлемое условие этой стадии аддиктивного поведения – наличие референтной группы.

После начала употребления у несовершеннолетнего начинает быстро формироваться *психическая зависимость*. Она проявляется в том, что аддикт стремится вновь вернуть состояние переживания сильных эмоций (эйфории) или, находясь под воздействием психоактивных веществ, отвлечься от неприятных переживаний и отрицательных эмоций.

При более продолжительном употреблении психоактивных веществ формируется физическая зависимость, вследствие чего ПАВ включается в процесс обмена веществ. В этом случае при прекращении приема наблюдается состояние физического дискомфорта различной степени тяжести – от легкого недомогания до тяжелых проявлений абстинентного синдрома.

При рассмотрении факторов риска, predisposing к становлению АП у несовершеннолетних, выделяются следующие группы.

Биологические факторы риска АП: наследственная отягощенность психическими и наркологическими расстройствами родителей и ближайших родственников; хронические соматические заболевания; ранняя сексуальная активность; низкая толерантность по отношению к употребляемому ПАВ; особенности употребляемого вещества с индивидуально различным по отношению к индивидууму потенциалом формирования зависимости.

Факторы «патологической почвы»: резидуально-органические поражения головного мозга (нейроинфекции, ЧМТ) с органическими психическими расстройствами непсихотического характера без выраженного когнитивного дефицита; различные проявления ретардированного дизонтогенетического развития, включая задержки развития, ретардированный пубертатный кризис, задержанное развитие (инфантилизм); различные проявления диссоциированного и дисгармоничного развития, включая формирующиеся аномально-личностные свойства, из которых наиболее значимыми являются эмоционально-неустойчивые, диссоциальные, истерические черты.

Макросоциальные факторы: социально-экономическая ситуация в стране; кризис базовой системы ценностей и культурных норм; формирование устойчивой наркотической субкультуры с закреплением установок на употребление ПАВ как «престижное» поведение; доступность психоактивных веществ.

Микросоциальные факторы, связанные с опытом подростка в ведущих сферах его жизнедеятельности: в семье, в учреждениях

образования, в общении со сверстниками.

Семейный микросоциальный фактор: злоупотребление ПАВ в семье, воспитание в семье больных алкоголизмом, наркоманией; дисфункциональные воспитательные стили с высоким уровнем семейного стресса, низким уровнем семейного дохода, семейной нестабильностью; отсутствие чувства принадлежности к семье; несоблюдение членами семьи социальных норм и правил.

Школьный микросоциальный фактор: асоциальные формы поведения в образовательном учреждении; школьная неуспеваемость, особенно начавшаяся в младшем школьном возрасте; частые переходы из одной школы в другую; конфликтные отношения с педагогами и соучениками; отстраненное или «скрывающее» отношение педагогического коллектива к употреблению ПАВ учениками.

Коммуникативный микросоциальный фактор: наличие в окружении подростка сверстников с девиантным поведением или лиц, употребляющих ПАВ; конфликтные взаимоотношения со сверстниками; одобрение аддиктивного поведения в ближайшем окружении подростка.

Психологический (личностный) фактор: наличие акцентуированных свойств характера; личностные особенности (неуверенность в себе, заниженная самооценка, колебания настроения, невысокий интеллект, неприятие социальных норм, ценностей); неэффективные копинг-стратегии, включая стратегии избегания, ориентацию на снятие напряжения, обусловленного стрессором, а не на изменение условий его проявления; низкая эффективность личностных ресурсов; быстрая фиксация ригидной модели употребления ПАВ: успокаивающей, коммуникативной, конформной, гедонистической, манипулятивной, активирующей, компенсаторной; отсутствие необходимых социальных навыков, социальная пассивность; отсутствие жизненной перспективы.

Провоцирующими факторами аддиктивного поведения подростков могут являться свойственные этому возрасту определенные

психологические особенности, специфичные подростковые поведенческие реакции на воздействие окружающей социальной среды. К ним относятся: реакция эмансипации, реакция оппозиции, реакция положительной и отрицательной имитации, реакция компенсации и гиперкомпенсации, реакция группирования, реакция увлечения (хобби-реакция) и реакции, обусловленные формирующимся сексуальным влечением.

Также в многочисленных исследованиях (П.Б. Ганнушкин, А.Е. Личко, Ю.В. Попов, В.С. Битенский, И.П. Лысенко, В.Г. Морозов и др.) отмечается, что наиболее часто аддиктивное поведение формируется у лиц с аномалиями характера [4].

Наиболее предрасположенным к возникновению аддиктивного поведения является *неустойчивый тип акцентуации и психопатии*. Еще Э. Крепелин назвал представителей этого типа «безвольными» из-за неспособности к достижениям, требующим настойчивости и упорства. Отмечаемые разными авторами отдельные черты личности подростков, предрасполагающие к аддиктивному поведению, по сути дела, отражают отдельные характеристики неустойчивого типа. Среди них упоминаются «слабое Эго» (Дж. Donovan), «низкий интерес к социальной жизни» (С. Секиера), «стремление избегать трудностей» (Д. Окуменски), «отсутствие установки на труд и учебу, отсутствие самоконтроля», «подверженность сторонним влияниям» (А.Е. Буторина).

Вслед за неустойчивым типом психопатии и акцентуации характера в отношении риска становления аддиктивного поведения следуют эпилептоидный, гипертимный и истероидный типы. Надо отметить, что риск особенно возрастает, когда все эти типы оказываются смешанными, в частности «амальгамными», т. е. когда на соответствующее конституциональное ядро наслаиваются черты неустойчивого типа.

С.А. Кулаков выделяет ряд паттернов поведения, которые позволяют определить отклоняющееся поведение и искажение личности аддиктивного подростка в различных сферах [3]:

В поведенческой сфере при общении: избегание решения проблем; нестабильность отношений с окружающими; преимущественно однотипный способ реагирования на фрустрацию и трудности; высокий уровень претензий при отсутствии критической оценки своих возможностей; склонность к обвинениям; эгоцентризм; агрессивное или неуверенное поведение; появление социофобий; ориентация на слишком жесткие нормы и требования; перфекционизм; нетерпимость и нетерпеливость, не позволяющие отношениям личности обрести устойчивость.

В аффективной сфере: эмоциональная лабильность; низкая фрустрационная толерантность и быстрое возникновение тревоги и депрессии; сниженная или нестабильная самооценка; преувеличение негативных событий и минимизация позитивных, что приводит к еще большему снижению самооценки, неприятию «обратных связей» и способствует закрытости личности.

Искажение мотивационно-потребностной сферы: блокировка потребности в защищенности, самоутверждении, свободе, принадлежности к референтной группе, временной перспективе.

Наличие когнитивных искажений, усиливающих дисгармонию личности, «аффективная логика»: «долженствование»; сверхожидание от других; «эмоциональные блоки»: («мальчики не плачут»); эскапизм (избегание проблем), «селективная выборка» – построение заключения, основанного на деталях, вырванных из контекста («если другие критикуют меня, то я – плохой»); «сверхрапространенность» – построение глобального вывода, основанного на одном изолированном факте; «абсолютное мышление», проживание опыта в двух противоположных категориях: все или ничего; «произвольное отражение» – формирование выводов при отсутствии аргументов в его поддержку.

Таким образом, аддиктивное поведение несовершеннолетних представляет собой сложную форму социального поведения личности, детерминированную системой взаимосвязанных факторов. Под влиянием

социальных факторов происходит деформация личности, формируется неадекватная система ценностей и представлений. Под влиянием биологических факторов ослабленный организм становится неспособным находить силы для преодоления стрессовых жизненных ситуаций. Под влиянием социальных и биологических факторов формируется психологический фактор, который окончательно завершает аддикцию характера несовершеннолетнего.

Сутью аддиктивного поведения несовершеннолетних является стремление изменить свое психическое состояние посредством приема ПАВ, которые способствуют реализации ряда физиологических, психологических и социальных функций: познавательной (удовлетворения любопытства, изменения восприятия, сознания); гедонистической (получения удовольствия); коммуникативной (облегчению сближения, общения); анестезирующей (снятия боли);

стимулирующей (повышение продуктивности деятельности); а также ритуальной; протестной; сопереживания; эйфории и релаксации и т. д.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Егоров А.Ю., Игумнов С.А. Расстройства поведения у подростков: клинико-психологические аспекты. – СПб., 2005. – С. 436.
2. Короленко Ц.П. Психосоциальная аддиктология. – Новосибирск, 2001. – С. 251.
3. Кулаков С.А. Руководство по реабилитации наркозависимых. – СПб., 2006. – С. 240.
4. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. СПб., 2009. С. 256.
5. Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология., 1991. – С. 180.
6. Наркология: национальное руководство / Под редакцией Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винникова. – М., 2008. – 720 с.
7. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Профилактика наркомании и алкоголизма. – М., 2003. – 176 с.