**Клинико-социальные аспекты формирования и профилактики зависимости от психоактивных веществ у подростков**

А. В. Худяков

Ивановская государственная медицинская академия.

Несмотря на наличие достаточно большого количества работ в области аддиктивного поведения, алкоголизма, наркомании и токсикомании у детей и подростков, до настоящего времени отсутствуют работы, посвященные разработке комплексной системы первичной профилактики злоупотребления ПАВ и реабилитации несовершеннолетних, страдающих химической зависимостью.

В опубликованных ранее работах рассматриваются либо отдельные нозологические формы (алкоголизм, наркомания, токсикомания), либо доболезненные проявления (аддиктивное поведение). В тоже время в подростковом возрасте бывает трудно провести четкую грань между аддиктивным поведением и болезнью. Так, на доболезненном этапе присутствует групповая зависимость как проявление реакций группирования со сверстниками, может проявляться такой симптом как “ложное опохмеление”, да и рост толерантности может быть связан не только (и даже не сколько) с формирование зависимости, сколько с взрослением организма (в частности с увеличением массы тела). Периодические передозировки спиртного, связанные с незнанием собственной “алкогольной нормы”, могут создать впечатление утраты количественного контроля.

Известно также, что темпы формирования алкогольной и наркоманической зависимости у подростков часто превышают таковые у взрослых. Хотя и не рекомендуется “стигматизировать” подростков с аддиктивным поведением как потенциальных больных алкоголизмом и наркоманией, тем не менее до 50% мальчиков и 25% девочек продолжают прием психоактивных веществ в дозах, превышающих среднепопуляционные, и в зрелом возрасте (Берман Р.Е., Воган В.К., 1994). По наблюдениям Г.М.Энтина и др. (1987) из числа злоупотребляющих алкоголем к 18 годам алкоголизм формируется у 20%, а к 25-27 годам - у 50%. А.Л.Игонин и Е.Ю.Иконникова (1993) при обследовании 372 подростков 15-17 лет злоупотребляющих алкоголем, диагностировали алкоголизм у 31%, в т.ч. у 85 человек - первую стадию, а у 30 - вторую. С.А.Бадмаев (1997) обследовав 80 учащихся старших классов, у 11 юношей выявил алкоголизм. Вместе с тем по мнению Е.А.Кошкиной и др. (1998) в конце 80-х годов отмечалась гипердиагностика алкоголизма у подростков (иногда она достигала 30%).

Следовательно диагностика наркологических заболеваний должна носить более индивидуальный и динамичный характер, в связи с этим также динамичны должны быть и подходы к лечению. При решении указанной проблемы один из наиболее адкватных являются подход, основанный на лонгитюдных исследованиях, однако их число в отечественной литераптуре незначительно (В.Ю.Завьялов, 1988)

Имеющиеся противоречия в концептуальных подходах, в частности в оценке самого понятия “злоупотребление алкоголем” в детском и подростковом возрасте имеют не только научные корни, но обусловлены также идеологическими и даже политическими соображениями. Видимо именно это и накладывает свой отпечаток на публикуемые результаты исследований, особенно в популярных изданиях (А.А.Матосян, 1999).

Список принятых сокращений

АС- абстинентный синдром

АП - аддиктивное поведение

ЛОВ - летучие органические вещества

ПАВ - психоактивные вещества

ПХФЛ - патохарактерологическое формирование личности

УНП - уровень невротизации и психопатизации (шкала)

**Аддиктивное поведение и наркологические заболевания у несовершеннолетних: клинические и социально-психологические аспекты профилактики**

(Обзор литературы)

**1.1. Исторический экскурс**

Последнее десятилетие наполнено катастрофическими предсказаниями в отношении “алкогольного” и “наркотического геноцида” угрожающего населению России депопуляцией. Действительно, отмечаемый рост потребления ПАВ затронул прежде всего молодое поколение. Вместе с тем подобная обеспокоенность отмечалась еще сто лет назад. Так брюссельский ученый Жан Демур (Jean Demoor) в 1909 году писал: “Мы знали малышей 6-7 лет, у которых была непреодолимая страсть к ликерам; они выпивали его в большом количестве без видимого для себя вреда. Такие дети почти всегда душевнобольные.”

В “Докладах Владимирской губернской земской управы очередному губернскому земскому собранию 1911 года” отмечается, что согласно статистике главным потребителем водки является молодежь, особенно работающая вдали от семьи. “Причем привычка к вину вырабатывается сплошь и кряду еще в детском возрасте. Угощение детей вином составляет в деревне обычное явление …” Высказывал обеспокоенность широким распространением пьянства среди подростков и В.А.Черневский (1911).

Одно из первых глубоких научных исследований, проведенное А.Коровиным (1929) в 1909 г., показало, что из числа обследованных 22617 учащихся сельских школ в возрасте от 7 до 14 лет употребляли спиртные напитки 67,5% мальчиков и 46,2% девочек. В последующие годы ситуация не улучшилась: ссылаясь на обследование в Москве в 1926 г. (Богомолова, Айдарова, Попова) учащихся школ-семилеток автор констатирует увеличение доли пьянствующих школьников до 79,2% - 84,7%, у 23% было обнаружено зараждающееся влечение к спиртному, а 14% “уже стали алкоголиками”.

Начиная с тридцатых годов тема детско-подростковой наркологии почти исчезла из научных исследований более чем на сорок лет. Так в известной монографии И.В.Стрельчука (1972) ей уделено всего лишь 3 страницы.

**1.2. Концепция аддиктивного поведения**

**1.2.1.Терминология**

Начиная с конца восьмидесятых годов в отечесственной литературе прочно укрепился термин “аддиктивное поведение” (АП), предложенный W.Muller W. (1984) и M.Landry (1987), под которым понималось злоупотребление различными веществами, изменяющими психическое состояние, включая алкоголь и курение табака до того, как от них сформируется зависимость. В дальнейшем смысл этого термина был уточнен С.А.Кулаковым (1989), а широкое распространение он получил благодаря работе А.Е.Личко и В.С.Битенского (1991). По определению Ц.П.Короленко и Т.А.Донских (1990) АП “... начинает управлять жизнью человека, делает его беспомощным, лишает противодействия аддикции”. Близким по содержанию, но более узким по смыслу является термин “наркоманическое поведение” (Алексеев Б.Е., 1990).

Вместе с тем в качестве синонимов АП до настоящего времени используются такие термины как “наркотизм” (В.С.Битенский, В.Г.Херсонский, С.В.Дворяк, В.А.Глушков, 1989; Д.Ч.Теммоев, А.Б.Лобжанидзе, 2000). В.Ю.Завьялов (1988) в качестве донозологических предлагал такие термины как, “потребление алкоголя”- использование его как напитка в процессе удовлетворения разных потребностей, “злоупотребление алкоголем” -неумеренное систематическое употребление алкогольных напитков, сопровождающееся асоциальным поведением, наносящее вред самому потребителю и обществу”. В.Г.Запорожченко (1992) предложил термины “потребители” наркотиков (употребляющие их 4 раза в год и чаще) и “пробователи”.

В дальнейшем понятие АП подвергалось уточнению и расширению. Так оно стало рассматриваться в качестве одной из форм саморазрушающего поведения (Амбрумова А.Г., Трайнина Е.Г, 1991; Попов Ю.В., 1991 ). По мнению Ц.П.Короленко и Т.А.Донских (1990), Ц.П.Короленко (1991), АП - это одна из форм девиантного (отклоняющегося) поведения с формированием стремления к уходу от реальности путем искусственного изменения своего психического состояния посредством приема некоторых веществ или постоянной фиксацией внимания на определенных видах деятельности, что направлено на развитие и поддержание интенсивных эмоций. В связи с этим трудоголизм также может быть отнесен к АП (Короленко Ц.П., 1993). Попытка соотнести АП с критериями МКБ-10 (Лисняк М.А., 1999) повлекла за собой включение в это понятие также начальных признаков зависимости.

**1.2.2. Критерии аддиктивного поведения.**

Критерии группы риска большинством авторов рассматриваются с точки зрения перехода АП в болезнь. Билибин Д.П., Дворников В.Е. (1991) основываясь на изучении научной литературы, считают критерием злоупотребления алкоголем прием не менее 80-100 г чистого алкоголя в день два раза в неделю, поскольку употребление алкоголя с указанных пределов может приводить к стабильному поражению различных органов человека.

В отношении подростков наиболее часто применяются критерии частоты употребления. Так в методических рекомендациях (“Диагностика и медицинская профилактика …”, 1989) выделено четыре формы (степени) употребления алкоголя: 1- никогда не пробовавшие, 2- единичные пробы, 3- эпизодическое употребление (1 раз в месяц в течение последнего года), 4- систематическое (1 раз в неделю и чаще). Е.А.Кошкина, В.М.Гуртовенко, И.Д.Паронян, А.З.Шамота (1998) обращают внимание на разночтения в понимании термина “злоупотребление алкоголем” для подростков. Сами авторы под систематическим употреблением понимают выпивку 1 раз в неделю и чаще (Кошкина Е.А., Паронян И.Д., Константинова Н.Я., 1994). Аналогичной точки зрения придерживаются и Юлдашев В.Л. и др. (1999), относя также к признакам АП хотя бы однократное упортебление наркотиков и прием токсических веществ (ЛОВ и психотропных) 1-2 раза в месяц.

Ряд авторов (Дмитриева Е.Д.,1990, 1992; Скворцова Е.С., 1994; Резников С.Г., Дробышев В.В., 1989; Скворцова Е.С., Карлсен Н.Г., Уткин В.А., 2000) снижает аддиктивный порог употребления алкоголя до 1-3 раз в месяц, что обусловлено формированием начальных признаков алкоголизма при такой частоте выпивок (Муратова И.Д.,1979). В тоже время для Е.А.Дербиной (2000) критерием злоупотребления является регулярное употребление алкоголя до опьяняющих доз, а выпивки 2-3 раза в месяц рассматриваются как “эпизодические”.

Согласно А.Е.Личко и В.С.Битенскому (1991) злоупотребление алкоголем у подростков включает знакомство с опьяняющими дозами в возрасте до 16 лет и более-менее регулярное употребление спиртных напитков без признаков зависимости в более старшем возрасте.

Н.Я.Копыт и П.И. Сидоров (1986) к группе риска относят подростков, эпизодически употребляющих алкоголь, которые задерживались милицией в состоянии опьянения и состояли на учете в ИДН. Другие авторы (Щедренко В.Г., Жуков Ю.Т., 1992) для определения группы риска использовали специальные тесты, в частности Мичиганский.

Возможно, что указанные разночтения связаны с нечеткостью в определении границ детского и подросткового возраста (Уткин А.В., 1999). Так по мнению А.Ю.Антропова (2000) при периодизации алкоголизма ранний юношеский период следует считать с 13 до 17 (18) лет. М.В.Воткина (1991), к подросткам относит детей с 9 лет и старше. В то же время другие авторы (Буторина Н.Е., Дедков Е.Д., 1991; Буторина Н.Е. и др., 2000) отодвигают верхнюю границу подросткового периода до 20 лет.

**1.2.3.Распространенность.**

Сведения о распространенности употребления алкоголя и других ПАВ представлены в большом числе научных работ. Одним из первых наиболее полных исследований, проведенном в послереволюционное время, является работа А.И.Исхаковой (1929), получившей 6598 анонимных анкет от учащихся 16 школ Казани. Оказалось, что знакомы со вкусом спиртного в возрасте 10-14 лет 44,4% учащихся, в возрасте 14-17 лет - 55,6%, при этом девочки несколько “отставали” от мальчиков. Цитируемые в указанной работе исследования других авторов из Москвы, Ленинграда, Баку и Иваново-Вознесенска показывают еще большую вовлеченность подростков в употребление алкоголя - 87,5%, при этом пьющие ежедневно составили до 9,3%. Такое расхождение возможно обусловлено не только региональными различиями, но и методикой сбора информации (анкетирование, хотя оно и анонимное, проводили учителя). На особую роль влияния анонимности и корректности обследования на полученные результаты указывают М.Г.Гулямов, Н.С.Сочивко (1988).

Представляет также сложность сопоставление данных о частоте злоупотребления алкоголем из-за нечеткости критериев злоупотребления (Кошкина Е.А. и др., 1990). Так, в приведенной выше работе А.И.Исхаковой (1929) имеются, в частности, такие критерии: пьют в гостях - 0,5%, редко - 4,8%,“по поводу чего неизвестно”- 65,5%.

В 30-е годы исследования, посвященные подростковому алкоголизму были свернуты и до начала 80-х годов крупных работ на эту тему в открытой печати не появлялось. К числу первых монографий, возобновивших эту тему следует отнести работу Б.С.Братуся и П.И.Сидорова (1984) дающую подробный анализ распространенности потребления алкоголя среди молодежи в разных странах. С этого периода число исследований стало прогессивно увеличиваться.

В.В.Макаров (1990, 1991) сообщает результаты массового (более 8000 анкет) обследования старшеклассников школ, ПТУ, студентов и молодых рабочих в 1977-1989 г.г. Отмечалось расслоение подростков по степени вовлеченности в употребление алкоголя: рост крайних групп - злоупотребляющих и трезвенников, а также уменьшение пьющих эпизодически. В наибольшей степени эта тенденция коснулась школьников старших классов Новосибирска: в 1977 г. не употребляли алкоголь 12%, в 1988 г. - 38,7%, высокий риск алкоголизма и его симптомы отмечены соответственно у 8,4% и 21,7%. В Оренбурге (“Зона трезвости”) в 1989 г. трезвенники составляли 23,3%, злоупотребляющие - 21,6%. Вовлеченность девушек в алкоголизацию в обоих городах была ниже, чем у юношей.

По данным М.К.Горшкова, Ф.Э.Шереги (1986), молодежь в возрасте до 20 лет не употребляет алкоголь совсем 50,8%, пьют редко - 23,8%, пьют часто - 20,9%. Однако достоверность такого боьшого количества трезвенников вызывает сомнение.

Исследование Е.С.Скворцовой проведенное в 1989 г. (опрос 2000 старшеклассников 8,9,10 классов промышленного района города) показало, что пробовали хотя бы раз спиртные напитки 68% мальчиков и 74% девочек. Доля употребляющих спиртное чаще 1 раза в месяц составила в 8-9 классе около 5%, а в 10 классе 11%. Повторное массовое анкетирование в 1990-1992 г.г. 30 тысяч подростков в 11 регионах России (Скворцова Е.С., 1992, 1994) показало, что уровень алкоголизации среди мальчиков-выпускников составил 72-92%, среди девочек - 80-94%. В то же время число подростков-мальчиков употребляющих алкоголь 2 раза в месяц и чаще (группа риска) составляет от 11,3% в Ижевске до 37,7% в Ставрополе, а в среднем - 25%. Среди девочек этот показатель - 17%. Устойчивую тенденция к преобладанию алкоголизирующихся девочек авторы связывают с их маскулинизацией, в частности с тем, что многие из них занимаются “мужскими” видами спорта. С такими выводами согласны также Ю.С.Бородкин и Т.И.Грекова (1987). Вместе с тем в изученной нами литературе нет прямых указаний на влияние занятий силовыми видами спорта на склонность к алкоголизации, тем более что указанная тенденция отмечается и в других регионах с иными культурными традициями - в приграничных районах России и Финляндии (Буркин М.М., 2000).

Вопреки вышеизложенному, Н.М.Глаздовский (1989) утверждает, что девочки приобщаются к алкоголю позднее, чем мальчики. Е.А.Кошкина и др. (1994) при обследовании учащихся старших классов и студентов СУЗов выявили, что употребляют спиртные напитки 80,75 мальчиков и 71,6% девочек, при этом группа риска составила соответственно 33,3% и 12,4%. Б.М.Гузиков и А.А.Мейроян (1988) на основании анализа более 30 работ отечественных и зарубежных авторов делают вывод о том, что в детско-подростковом возрасте алкоголизация более характерна для мужчин, чем для женщин. В 1999 году еженедельные выпивки были характерны для 34% подростков в возрасте 15-16 лет (Кошкина Е.А., Вышинский К.В., 2000). Близкие данные получены и другими авторами (Муст Р., Граф. Л., Мехилане Л., 1989; Пелипас В.Е., Рыбакова Л.Н., Цетлин М.Г., 1999): около 40% юношей и более 10% девушек употребляли спирное не реже одного раза в неделю. Еще шире представлена группа риска среди учащихся ПТУ: не менее 40% юношей и 30% девушек (Скворцова Е.С., Кутина Л.С., Ушакова Г.И., 1995) . На большую вовлеченность в употребление алкоголя учащихся ПТУ и техникумов по сравынению со школьниками указывают Левин Б.М., Левин М.Б. (1991). Отмечается широкий разрыв в числе наблюдаемых наркологами подростков между территориями (Е.А.Кошкина и др., 1998). Так, по данным А.Б.Лобжанидзе (2001) уровень злоупотребления алкоголем в г.Нальчике среди старшеклассников гораздо ниже указанных выше цифр: о еженедельных выпивках сообщили 3,5% опрошенных, тогда как отрицали употребление алкоголя только 1,2%. Рост алкоголизации в последние годы в значительной степени происходит за счет употребления пива (Коновалов С.Г., Кошкина Е.А., Вышинский К.В., 2000; Кошкина Е.А., Вышинский К.В., 2000)

Вовлеченность в употребление алкоголя студентов вузов заметно ниже, чем учащихся школ и СУЗов. Последнее подтверждается в работе Г.Б.Ткаченко (1998) о приобщенности студентов к употреблению алкоголя. В 1985-89 годах в Московском энергоинституте употребляли алкоголь 46,6% юношей и 42,2% девушек, а в Латвийском госуниверситете соотвественно 66,7% и 27,6%. В Башкирии в 1993 г. употребляли алкоголь 68,6% студентов БГУ и 80,8% студентов БГПИ. Среди студентов-выпускников педвуза в Казахстане 36,6% не употребляли спиртные напитки, 62,5% пили в знаменательные дни и только 0,2% - систематически (Хафизов Р.Х., 1992). Видимо старшие классы являются основным возрастом когда формируются алкогольные предпочтения, поскольку опрос студентов-медиков показал, что среди второкурсников выпивают 1-3 раза в месяц 23%, еженедельно - 6%, среди пятикурсников соответственно 18% и 8% (Е.Б.Иванова, 1993).

Исследования, проведенные за рубежем, показывают высокую степень вовлеченности подростков в употребление алкоголя - до 90% старшеклассников в США по данным опроса 1990 г. (Демин А.К., Демина И.А. , 2000). Группа риска в средней школе составляет 54% (Guo J., Collins L.M., Hill K., Hawkins J.D., 2000). Аналогичные данные получены и при опросе старшеклассников в Монреале (Гадириан А.-М., 2000.), при этом 20% опрошенных подростков признались, что пьют от 2 до 10 раз в неделю, в т.ч. 6,3% - более 10 раз. Выявлена достаточно высокая распространенность зависимости среди 18-летних подростков - 9,9% от числа употребляющих алкоголь (Dawson D.A., 1999).

Впервые о проблеме детско-подростковой наркомании и токсикомании в отечественной научной литературе заговорили в начале восьмидесятых годов в связи с распространением употребления ЛОВ (Узлов Н.Д., 1984). С середины восьмидесятых годов, после снятия запрета на открытые публикации, их число как в научной, так и в массовой печати, стало прогрессивно умножаться. По времени оно совпало с первыми оценками антиалкогольной кампании 1985 года. Если ранние оценки введенных запретов были романтически-обнадеживающими (Ц.П.Короленко, В.Ю.Завьялов, 1988), то последующие - все более критическими (Макаров В.В.,1990, В.Г.Запорожченко, 1992), хотя и не всегда объективными. Так утверждалось, что антиалкогольная кампания лишила людей “… привычного способа “снимать стресс”, и заставила их искать другой способ расслабиться (“Шаг за шагом от наркотиков”, 1999). Однако, эти утверждения ни как не объясняют рост нарко-токсикомании среди детей и подростков. В.В.Иванов (1989) также отрицает прямую связь роста выявления наркомании и токсикомании с оганичением продажи алкоголя.

Проанализировав динамику употребления наркотиков 16-летними учащимися школ и ПТУ, В.Г.Запорожченко (1992) отмечает рост потребления наркотиков среди учащихся ПТУ с 1,4% в 1985 г. до 7%, а среди школьников - с 0,7% до 3,2%, что автор связывает с “массовой антинаркотической пропагандой”, которая только подхлестывала интерес. Настораживает рост интереса к наркотикам: около 10% школьников и 17% учащихся ПТУ не знакомых с ними хотели бы их попробовать. Автор предрекал широкое распространение наркотиков в России. Т.В.Чернобровкина, М.В.Ибрагимова (1994) оценивали размеры наркотизации населения как достигшие критической черты и угрожающие генофонду.

В противовес этому мнению Н.Н.Иванец (1995) считает, что “… в России колоссальных размеров эта проблема никогда не достигнет. Этот прогноз строится на том, что русский народ имеет другие стойкие, глубокие традиции, свои социально-психологические и биологические особенности”. Аналогичной точки зрения придерживались Макшанцева И.В., Лукачер Г.Я., Чудновский В.А. (1989), обследовавшие 380 подростков, состоявших на профилактическом учете в ОНД, и не выявившие ни у одного из них зависимости. Авторы объясняли это тем, что использовались “легкие“ ПАВ, злоупотребление имело длительные светлые перерывы и не представляло для них самостоятельного интереса, а являлось звеном в цепи девиантного поведения.

Массовое обследование (Кошкина Е.А., 1994, 1995) в 1991 г. показало, что 12% населения в возрасте до 16 лет хотя бы раз в жизни пробовали наркотики (с учетом токсических веществ этот показатель возрастает до 18,9%), а около 0,9% принимают их регулярно, т.е. реальное число страдающих наркоманией в России может достигать 1 млн. человек. Преимущественно употреблялась конопля - 65%, кроме того 10,1% мальчиков вдыхали пары бензина, а 15,4% девочек - клей, ацетон и аэрозоли. Автор проводит параллель с изменением структуры потребления ПАВ в период антиалкогольной кампании и ссылается на мнение педагогов, что из-за дефицита денег подростки курят дешевые сигареты и вместо дорогого алкоголя употребляют ЛОВ.

Анонимный опрос учащихся 15-16 лет г.Москвы показал, что пробовали наркотики 24% опрошенных, в основном препараты конопли (22,4%). Ингалянты употребляли хотя бы раз в жизни 9% (Гуртовенко В.М., Кошкина Е.А., Константинова Н.Я., 2000; Коновалов С.Г., Кошкина Е.А., Вышинский К.В., 2000; Коновалов С.Г., Кошкина Е.А., Вышинский К.В., 2000; Кошкина Е.А., Вышинский К.В., 2000). Близкие данные получены и при анкетировании молодежи С.-Петербурга (Е.С.Скворцова, Л.С.Кутина, 1995; Давыдова А.А. и др., 1997) и Уфы (В.Л.Юлдашев и др., 2000): до 1/4 учащихся старших классов и училищ имеют опыт употребления наркотиков и токсических веществ преимущественно каннабис), в том числе 3% употребляли их регулярно (“Типологические модели поведения подростков…” , 1997). Соотношение мужчин и женщин составило 1,5:1. В этот период происходило постепенное “замещение” ненаркотических веществ на наркотики (Кошкина Е.А., Корчагина Г.А.. 1996).

Вызывает удивление низкий уровень выявленного потребления наркотиков старшеклассниками (всего 5,2% - 5,5%) в регионах с традиционным их распространением - в г.Ашхабаде и Казахстане (Левин Б.М., Левин М.Б., 1991; Н.Б.Керими, А.А.Непесова, В.А.Мухамедов, 1993), в то время как в России в большинстве регионов массовое анкетирование, проведенное в те же годы показало, (Скворцова Е.С., 1992, 1994; Голубенко И.А., Дунаев А.Г., Кабатченко О.А. 1994) более высокий уровень вовлеченности подростков в употребление наркотических и токсических веществ: число “пробователей” составило от 9,3% до 25% среди мальчиков и от 1,3% до 14% среди девочек. Вовлеченность в употребление наркотиков имеет не только региональные различия, но и волнообразные колебания во времени (Е.С.Скворцова и др., 2000). Данные о распространенности употребления наркотиков зависят от опрашиваемого контингента, так при опросе в школе в их употреблении признались 14%, а при опросе на улице - 46% (Койкова И.А., Колесников В.В., Кошкина Е.А., 2000).

В последние годы отмечается сдвиг в сторону распространения “тяжелых” наркотикив: среди детей и подростков, госпитализированных в наркологическую больницу, страдали опийной наркоманией 63,9%, 8,3% злоупотребляли каннабиоидами, 12,3% употребляли токсические вещества, 16,4% - злоупотребляли алкоголем (Селедцов А.М. и др. 2000). В Краснодарском крае в 1985-1990 г.г. в структуре употребления наркотиков отмечается рост потребления опийной группы (Колесников В.В., Койкова И.А., 1992), в дальнейшем отмечался рост потребления героина (“Подростки и наркотики”, 1997; Коновалов И.Н. и др., 2001).

По различным оценкам на одного зарегистрированного больного наркоманией приходится от 7 (Кошкина Е.А., Вышинский К.В., 2000) до 9-10 незарегистрированных потребителей (Демин А.К., Демина И.А., 1998).

Наиболее грозную картину распространенности потребления ПАВ рисует А.В.Ларионов (1997). По мнению автора более половины молодых людей 12-25 лет, живущих в крупных городах, имеют опыт употребления наркотических препаратов, а около 10% этих людей употребляют наркотики регулярно. Анкетирование учебных заведений показало, что “злоупотребление ПАВ достигает 100% у юношей и не менее 50% у девушек”. А.А.Северный (1997), ссылаясь на неуточненные экспертные оценки, говорит о распространенности зависимости от ПАВ в подростковой популяции на уровне 20% - 40%. Последнее вызывает сомнение, особенно в связи с тем, что не указывается регион, методика и число обследованных.

Сравнительные исследования, проведенные по одной программе в 1991-94 гг., показали, что по вовлеченности в употребление алкоголя и наркотиков, российские подросткои все еще “отстают” от американских сверстников (Кошкина Е.А., Паронян И.Д., Гренчаная Т.Б., Чиапелла А.П., 1995). Известно, что потребление наркотиков в населении имеет тенденцию к волнообразному течению. В США за период 1975-1990 г.г. пошло три “эпидемии” наркомании. В послании президента Картера Конгрессу США от 2 августа 1977 г. отмечено, что более 45 млн. американцев пробовали марихуану, а 11 млн. являются ее потребителями (Билибин Д.П., Дворников В.Е., 1991). В последние годы в развитых странах стабилизировалось потребление наркотиков молодежью (P.Zickler, 1999). Наиболее распространенным наркотиком среди подростков является каннабис, что характерно как для Гамбии (Baldeh F.S., Binka J., 1988), так и для Канады, где его употребляли хотя бы 1 раз до половины учащихся старших классов в Монреале (Гадириан А.-М., 2000). В восьмидесятые годы в США получило также распространение употребление ЛОВ (Oetting E.R. et al., 1988). L.Johson и соавт. (1984 - цит. по Личко А.Е., Битенский В.С., 1991.), показали, что в 1973-1983 г.г. в штате Мериленд к окончанию школы 90% подростков испытали алкогольное опьянение, 57% употребляли марихуану, 27% - стимуляторы, 19% - ингалянты, 16% - кокаин, 15% - галлюциногены, 10% - опиаты (в т.ч. 1% - героин). По данным M.Choquet., S.Ledoux., H.Menke (1988) распространенность употребления наркотиков гораздо меньше: к 18 годам их пробовали 26% юношей и 16% девушек, в том числе неоднократно - соответственно 10% и 8%. Близкие данные получены Haworth F. (1989) в Замбии. В Чехословакии в период с 1971 г. по 1981 г. произошло почти двухкратное увеличение числа госпитализаций в связи с употреблением наркотиков, преимущественно за счет молодых контингентов (Гебхард Я., Венцовский Е., 1986).

Одной из причин глобального увеличения уровня наркотизации отечественные авторы видят в приобщении досуга российской молодежи к распространенным в мире модным культуральным теченям, включающим в качестве системного элемента потребление наркотиков. Другими факторами являются стрессогенность социальной, экономической и психологической ситуации в стране, влекущие за собой аномию и маргинализацию, а также ухудшение состояния здоровья учащихся. Так у большинства учащихся (от 2/3 до 3/4) школ нового типа отмечается повышенная невротизация. (Дмитриева Т.Б., Вострокнутов Н.В., Дудко Т.Н., Гериш А.А., Басов А.М. , 2000). В такой ситуации ПАВ являются социальными адаптогенами (Ю.В.Валентик и др., 1997). Ряд авторов объясняет это явление проблемой аномии, характерной в последние годы для нашего общества (Вальковская В.П., 1998; Пелипас В.Е., Рыбакова Л.Н., Цетлин М.Г., 1999), а также гедонистическим мировоззрением молодежи (Курек Н.С., 1996). По мнению И.И.Дудина и Н.В.Радомской (2000) “ определенные структуры, заинтересованные в этом, оказывают давление на различные круги власти, с целью не допустить принятия мер, противодействующих незаконному обороту наркотиков”.

**1.2.4. Возраст первой пробы и обстоятельства приобщения**

По данным А.И.Исхаковой (1929) возраст алкогольной инициации у обследованных учащихся был следующим: до 10 лет - 33,9%, 11-15 лет - 34%, 16 и старше - 4,0%, нет указаний - 28,8%. В половине случаев спиртное употреблялось в семье или с родственниками.

За последующие десятилетия ситуация несколько изменилась: так раннее приобщение (до 10-11 лет) отмечается значительно реже - в 6% - 9% случаев, тогда как пик приходится по-прежнему на 13-14 лет (Е.С.Скворцова, Н.Г.Карлсен, В.А.Уткин, 2000). Основную и все возрастающую роль в алкогольной инициации играет семья (Скворцова Е.С., 1992; Л.П.Наймушина, 1999; Рыбакова Л.Н., 1992). По данным Ю.Ф.Приленского и Н.Д.Иванюженко (1980) (цит. По Завьялову В.Ю., 1988) в возрасте 3-4 лет и 6-7 лет пробовали пиво соответственно 23% и 34% девочек , 32% и 43% мальчиков, вино - 13% и 26% девочек, 32 %и 43% мальчиков, водку - 7% и 13% девочек и 11% и 16% мальчиков. Частое употребление водки подростками Л.Н.Рыбакова (1992) объясняела “убогим ассортиментом праздничного стола”.

Иная картина приобщения выявлена Б.М.Левиным и М.Б.Левиным (1991): как правило спиртное было предложено сверстниками (среди школьников- 28,3%, учашихся ПТУ- 32,9%, техникума- 43,1%), сами решили попробовать в среднем около 1/3 опрошенных, предложили родители в среднем каждому десятому. Транскультуральное исследование, проведенное в г. Кызыле (Чухрова М.Г.Хунан-Оол А.С. и др.,1995) показало, что подростки- тувинцы по сравнению с русскими, приобщаются к алкоголю позднее и реже под влиянием семьи. Наиболее интенсивное приобщение к алкоголю у итальянских подростков происходит в возрасте 14-16 лет, а к 17 годам достигает уровня взрослых (MorettiV. et al., 1988)

Учитывая эти данные, утверждения авторов (Ураков И.Г., Куликов В.В., 1977) о тенденции к омоложению алкоголизма справедливы и в отношении последних десятилетий.

По мнению Н.Б.Каратаевой (1990) большой разброс данных по этому вопросу объясняется тем, что в некоторых контингентах опрашиваемые (например, учащиеся ПТУ) указывали не первое употребление алкоголя, а первое значимое опьянение.

Приобщение к нарко-токсическим веществам по сравнению с алкоголем происходит, как правило, в несколько более позднем возрасте (в 11-14 лет - к токсическим и в 15-16 лет - к наркотическим) и в компании сверстников (Иванова Т.В., 1991; Сирота Н.А., Ялтонский В.М., 1998; Оруджев Н.Я., Жигунова О.А., 1999; Коновалов С.Г., Кошкина Е.А., Вышинский К.В., 2000; Н.Н.Иванец и М.А.Винникова, 2000). При этом девочки втягиваются в употребление наркотиков чаще в компании мальчиков, чем подруг (Найденов В.О., 1992). По данным Б.М.Левина и М.Б.Левина (1991) начало употребления наркотиков происходило в 12 лет и раньше - у 5,6%, в 13-14 лет - у 15,2%, 15-16 лет - у 31,6%.17-18 лет - у 20,3%. Первым наркотиком были анаша и гашиш у 97,1%, а к моменту опроса они были основным ПАВ у 39,3%. Первый раз наркотик предложили: друг, товарищ - 33,7%, одноклассники- 7,5%, случайный знакомый - 11,9%. Родственники были инициаторами очень редко. Многие из наркоманов сами соблазняли “новеньких”, но признались в этом лишь 7,9% опрошенных, а 44,6% не ответили на вопрос. В дальнейшем источником наркотиков являются знакомые (27,1%), а 23,6% изготовляют их сами. По данным Г.М.Энтина, Н.Р.Динеевой и др. (1995) нарастание и утяжеление наркотизации происходит до 17-летнего возраста, а с 18 лет число потребителей снижается.

Возраст приобщения к наркотикам зависит от региона: в Киргизии это 12-13 лет (72%), а самые ранние пробы гашиша отмечены в 7 лет (Абшаихова У.А., 1992). Близкие данные получены и американскими исследователями (Lynsky D.D., Heischober B.S., Johnston P.M., Johnson K.A., Lujano L.M., Morgan R.D., 1999). Отмечается омоложение потребителей ПАВ, в частности средний возраст потребителей ЛОВ в Англии снизился в период 1982-1987 г.г. с 15,9 лет до 13,3 лет (Billington A.C., 1989). В противовес этому E.Englesman (1992) утверждает, что по данным обследования в 1989 г. в возрастной группе 10-19 лет каннабис пробовали только 2,7%, а кокаин и героин - менее 0,5%. При этом 70% больных наркоманией не пользуется инъекциями.

С.В.Березин, К.С.Лисецкий, И.А.Мотынга (1997) полагают, что критический возраст для появления влечения к наркотикам - 10 лет. В это время на физическое развитие детей расходуется меньшая часть энергии, что позволяет реализовать растущую потребность в познании и осмышлении окружающего мира.

**1.2.5. Мотивация приобщения к ПАВ**

А.Е.Личко, В.С.Битенский (1991) указывают на необходимость разграничения понятий: мотивации ( как стимула к деятельности, определяемой потребностями) и мотивировки (субъективного объяснения своих поступков). Иногда с мотивацией смешивают объективно действующие факторы среды. Подобные факты можно отметить в работах В.В.Бойко (1998), Л.П. Наймушиной (1999) и др. Следует различать мотивацию инициальную и болезненную (основной является влечение). Отмечается экстрапунитивная направленность мотивировок, т.е. преувеличение влияния внешних причин.

Указанные обстоятельства приобретают особое значение вследствие стремления подростков скрыть истинную мотивацию приема ПАВ (Битенский В.С., Херсонский В.Г., 1989). Наиболее частой мотивировкой наркотизации подростков является любопытство, хотя на самом деле мотивом является эйфория (Пятницкая И.Н., 1990).

Изучение мотивов является одной из важнейших предпосылок для разработки мер лечения и профилактики зависимостей, поэтому большинство работ не обходится без их изучения. Т.А.Немчин, С.В.Цыцарев (1989) рассматривают употребление алкоголя как средство детензии, получения удовольствия, изменения эмоционального состояния, повышения самооценки и самоутверждения, компенсации, коммуникации, подражания, манипуляции. Н.М.Глаздовский (1989) видит основные мотивы пьянства подростков в механизме подражания, стремления к самостоятельности, реакции протеста на гиперопеку, браваде.

В.В.Чирко (1989) выделяет следующие мотивы приема ПАВ у подростков: желание быть принятым в группу (конформность), реже - протестное поведение или гедонизм, еще реже- пассивная подчиняемость или неосознанное любопытство. В качестве мотивировки чаще упоминалось любопытство. На этот мотив (или мотивировку?) употребления наркотических и токсических веществ, как наиболее частый (более половины опрошенных), указывают Б.М.Левин, М.Б.Левин (1991) и Н.Я.Оруджев, О.А.Жигунова (1999), тогда как субмиссивные мотивы выявлены в единичных процетнах.

Мотивация употребления ПАВ рассматривается также с позиций психологической защиты исходя из представлений психоанализа и гештальт-теории (А.В.Ларионов, 1997), или из позитивного подхода Н.Пезешкиана (Менделевич В.Д.,1999) с выделением пяти основных видов: атарактического, гедонистического, гиперактивации поведения, субмиссивного, псевдокультурального. Близкий подход просматривается в классификации у Д.Д.Исаева и др. (1997).

Березин С.В., Лисецкий К.С., Мотынга И.А. (1997) в зависимсти от мотивации вслед за западными исследователями выделяют две основных мотивации потребления наркотиков: экспериментирование и восполнение собственной дефицитарности.

Ряд авторов (Ласточкин В.А., Якушев А.Н., 1990; Дереча В.А., Карпец В.В., 2000) при классификации исходят из личностных потребностей (инстинктов), которые помогает удовлетворять употребление ПАВ. К ним относятся: инстинкт общности, подражания, ориентировочно-исследовательский, общения.

Мотив употребления ПАВ определяется типом личности и, в частности, акцентуацией (Личко А.Е., 1991; Дмитриева Е.Д., 1990; Бойко В.В. 1998), с чем однако не согласна И.А.Агеева (1990).

По данным Е.С.Скворцовой (1989) по мере учащения выпивок в числе мотивировок все чаще называется “просто так”, противоположной точки зрения придерживаются Кошкина и др. (1998). По мнению Г.Г.Заиграева (1992) недостаточная мотивированность выпивок больше свойственна подросткам с девиантным поведением. Обращает на себя внимание, что большая часть опрашиваемых подростков, употребляющих наркотические и токсические вещества (от 60% до 94%), не смогли или не захотели сообщить мотивы их употребления (Койкова И.А., Колесников В.В., Кошкина Е.А., 2000). Невозможность сформулировать мотив, по мнению М.Г.Егиняна (1990) свидетельствует об отсутствии “мотивационных установок”.

В.Б.Альтшуллер (1994) считает, что мотивы потребления алкоголя при бытовом пьянстве неприменимы к больным алкоголизмом, т.к. у них есть лишь болезненное влечение. Обратной точки зрения придерживается В.Ю.Завьялов (1988), который считает, что у больных алкоглизмом психологические факторы, связанные с удовлетворением потребностей при помощи спиртного, сохраняются, они не исчерпываются “сдвигом мотива на цель”. Более того, у них сохраняются способности решать свои проблемы и другими способами. Автором предложена широко известная классификация мотивов потребления алкоголя, учитывающая локус контроля и интраверсию-экстраверсию: экстраверсия определяет протестное поведение, интраверсия- уход, интернальность - активность, а экстернальность - пассивность. Выделены три триады мотивов. Социально-психологические: традиционная, субмиссивная, псевдокультуральная. Личностные, персонально значимые факторы: гедонистическая, атарактическая, гиперактивация поведения. Собственно патологические мотивы: похмельные (физическое влечение), аддиктивные (психическое влечение), самоповреждение (назло кому либо). Эта классификация может быть перенесена и на потребителей других ПАВ (В.С.Битенский и др., 1989).

По мнению И.Д.Муратовой (1979), а также Е.А.Кошкиной и др. (1998) наиболее неблагоприятна с точки зрения формирования алкоголизма гедонистическая мотивация. Сремление получить эйфорию являлось мотивом у 71% подростков-аддиктов (Полубояринов А.А., Фрагин В.М., 1988). Б.С.Братусь и П.И.Сидоров (1984) выделяют два типа мотивов алкоголизации девочек-подростков: адаптивный (для вхождения в референтную группу и удержания в ней) и неадаптивный (для ухода от конфликта, “с горя”, для снятия напряжения и т.п.). По мнению Шайдуковой Л.К. (1991) наиболее частым мотивом потребления алкоголя девушками является самоутверждение.

В ряде работ в качестве основных мотивов употребления ПАВ рассматрваются субмиссивный (особенно у девушек) и гедонистический (Глазов А.А. и др., 1989; Агеева И.А., 1990; Рыбакова Л.Н., 1992; Басинская Н.М. и др.,1992; Владимиров Б.С., 1993; Эльгаров А.А., Эльгарова Л.В.,1994). Однако в более поздней работе одного из авторов (Пелипас В.Е., Рыбакова Л.Н.,Цетлин М.Г., 1999) ведущим мотивом алкоголизации девушек считается регуляция внутреннего состояния, а у мальчиков - конформизм. Субмиссивная мотивация преобладает на начальном этапе злоупортебления ПАВ (Глаздовский Н.М.,1989; Корсун А.М., Шведова В.М.,1989; Ю.Р.Вагин, 1990), при этом в последние годы она становится доминирующей (Туаева Р.Н. ,1996; Давыдова А.А. и др., 1997; Пятницкая И.Н., 1999; Скворцова Е.С., Карлсен Н.Г., Уткин В.А., 2000). На ведущую роль мотивов, связанных с влиянием среды (до 3/4) указывают Е.А.Кошкина и др. (1990) и И.Н.Коновалов и др. (2001), на втором месте находится желание снять напряжение, расслабиться.

В.В.Гульдан, А.М.Корсун (1990) отмечали рост фактора поиска впечатлений, как варианта гедонистического мотива, который в странах Запада в эти годы стал доминирующим, в отличие от прежней коммуникативной мотивации, что было характерно для “эпохи хиппи”.

Копыт Н.Я., Сидоров П.И. (1986) приводят 19 мотивов употребления алкоголя, которые на наш взгляд в большей степени являются мотивировками. При этом число мотивов меньше в группе риска по сравнению с “клинической группой”: 3,1 против 4,8. По данным Е.А.Кошкиной и др. (1994) группа риска отличается от остальных тем, что основными мотивами употребления алкоголя являются: повышение настроения и желание убить время. По сведениям Н.Г.Яковлевой (цит. по Заиграеву Г.Г.,1992) число мотивов среди эпизодически употребляющих алкоголь подростков меньше, чем среди употребляющих систематически (в среднем 1,3 против 1,8), при этом во второй группе по сравнению с первой чаще присутствовали такие мотивы как желание избавиться от скуки и самоутверждение. Аналогичную тенденцию отмечают и Н.М.Глаздовский (1989), Корсун А.М., Шведова В.М.(1989), полагая, что на начальном этапе употребления алкоголя преобладают мотивы субмиссивного характера. Роль субмиссии в приобщении подростков к ПАВ подчеркивает Ю.Р.Вагин (1990), при этом в последние годы она становится доминирующей мотивацией (Р.Н.Туаева ,1996; А.А.Давыдова и др., 1997; И.Н.Пятницкая, 1999; Е.С.Скворцова, Н.Г.Карлсен, В.А.Уткин, 2000). Косвенным подтверждением тому являются данные Е.А.Кошкиной и др. (1990): 3/4 подростков-учащихся ПТУ впервые попробовали ПАВ в кругу друзей, при этом для разных учебных заведений были характерны разные ПАВ. На ведущую роль мотивов, связанных с влиянием среды (до 3/4) указывают Е.А.Кошкина и др. (1990) и И.Н.Коновалов и др. (2001), на втором месте находится желание снять напряжение, расслабиться.

**1.2.6..Возраст первого опьянения и его эффект**

В изученной нами литературе не вполне четко подразделяются такие понятия как первая проба ПАВ, первое опьянение и начало регулярного употребления. Известно, что первая проба, особенно когда речь идет об алкоголе, не всегда приводит к опьянению. Она может быть случайной, неосознанной и не сыграет существенной роли в последующем отношении индивидуума к потреблению ПАВ. Так из работы Е.П.Соколовой (1995), определившей, что средний возраст начала употребления алкоголя молодыми женщинами, страдающими алкоголизмом, составляет 16,2 года, не ясно идет ли речь о первом опьянении или о начале систематического употребления.

А.Е.Личко и В.С.Битенский (1991) отмечают, что первые осознанные опьянения падают на 14-15 лет у мальчиков и 16-17 лет у девочек. Многое зависит от контингента опрашиваемых, социальной среды.

Известно, что прогностически неблагоприятным признаком в отношении развития в дальнейшем зависимости, является субъективная приятность первого употребления ПАВ (Матвеев В.Ф., 1987; Ariza-Cardenal C., Nebot-Adell M., 2000). Среди молодых женщин, страдающих алкоголизмом, эйфорию при первом употреблении испытали 82%. К тем же выводам пришел и В.Ю.Завьялов (1988), выявивший также, что сохранение воспоминаний о первой выпивке находится в обратной зависимости от степени вовлеченности в употребление алкоголя: воспоминания сохранились у 90% подростков без алкогольных проблем, у 80% подростков, злоупотребляющих алкоголем и у 62% больных алкоголизмом. Последние две группы чаще помнили первую передозировку или другой яркий случай (чаще всего с приятной эмоциональной окраской), тогда как воспоминания первой группы касались действительно первого случая.

Аналогичная картина отмечается и при употреблении наркотиков. Первое употребление в 40% вызвало приятные ощущения у больных наркоманией, чего не было в группе эпизодически употребляющих: у 57% -состояние не изменилось и у 40% отмечались неприятные ощущения (Иванова Т.В., 1991). По данным У.А.Абшаиховой (1992) эйфория при первой пробе отмечалась у 26% юношей, потребляющих гашиш с зависимостью и без нее.

**2.Сочетание алкоголизации и употребления других ПАВ**

К настоящему времени доказан общий патогенетический механизм формирования различных зависимостей, в первую очередь в отношении химических форм (Врублевский А.Г., Цетлин М.Г., Кириллова Л.А. , 1988; Анохина И.П. и др., 1990; Боев И.В., Ахвердова О.А., 1992; Д.Д.Исаев и др., 1997). В отношении этих средств в литературе укоренился термин “психоактивные вещества” (ПАВ), хотя предлагается использовать и другие термины, например “психомодифицирующие вещества” (Врублевский А.Г., Цетлин М.Г., Кириллова Л.А. , 1988).

Большинство исследований показывают на склонность подростков к одновременному злоупотреблению алкоголем и другими ПАВ, в том числе курению (Т.Н.Дмитриева,1990, 1997; Чернобровкина Т.В., Ибрагимова М.В.1994; Коновалов С.Г., Кошкина Е.А., Вышинский К.В., 2000; Chjquet M., Ledoux S., Menke H., 1988; Richardson H., 1989; Klitzner M., Schwartz R.H., 1987), при этом отмечается, что к моменту приобщения к наркотикам у большинства уже имелись признаки бытового пьянства, а иногода и хронического алкоголизма (Адылов Д.У., 1987). С другой стороны употребление ЛОВ часто ведет к последующему злоупотреблению алкоголем (Гузиков Б.М., Вдовиченко А.А., Иванов Н.Я., 1993; Кулаков С.А.,1989; Edeh, 1989), а также наркотиками (Hampl K., 1988). По мнению Welte J.W., Barnes G.M. (1987) потребление алкоголя и наркотиков молодежью находится в прямой связи между собой, так же как и с потреблением снотворных и успокаивающих препаратов. Как правило, наблюдается следующая последовательность: алкоголь, марихуана, другие наркотики (Kandel. D.B., 1988). При обследовании мальчиков 14-18 лет, лечившихся в стационаре, комбинированное применение токсических средств и алкоголя выявлено у 82% (Кулаков С.А., 1989). Обследование подростков мужского пола выявило значительную частоту сочетанного употребления гашиша с ЛОВ и транквилизаторами (Абшаихова У.А. ,1992).

По наблюдению Б.М.Левина и М.Б.Левина (1991) исчезает антагонизм между “наркоманами” и “алкоголиками”, поскольку моложежь не пренебрегает любым способом получения “кайфа”. Только 22,8% “наркоманов” совсем не принимают алкоголь, остальные его употребляют, в т.ч. одновременно - 6,0%, иногда совмещают - 27,0%.

В.Г.Москвичев (1989) отмечает наличие перекрестной толерантности между средствами бытовой химии и алкоголем, что повышает риск развития алкоголизма, однако в другой работе тот же автор (Москвичев В.Г., Чернобровкина Т.В., 1989) утверждает, что развитие алкоголизма у подростков употребляющих ЛОВ маловероятно из-за токсической энцефалопатии, делающей их непереносящими алкоголь. На отсутствие “отчетливо выраженной зависимости” у подростков употреблявших алкоголь и ЛОВ на протяжении от 6 месяцев до 2 лет указывают Tomczak J. et al. (1989)

О.С.Радбиль, Ю.М.Комаров ( 1988) отмечают все возрастающее количество курильщиков среди молодежи, опережающей в этом отношении взрослых, при этом мотивации курильщиков те же, что и у потребителей других ПАВ. Наиболее значимыми мотивами являются любопытство, поиск приятных ощущений, нежелание стать “белой вороной” , ощутить чувство взрослости и влияние товарищей. По мере повзросления увеличивается число мотивов приобщения к курению (В.А.Худик, 1993). По результатам анонимного опроса учащихся г.Москвы в возрасте 15-16 лет 45% из них курят и 20% регулярно(Коновалов С.Г., Кошкина Е.А., Вышинский К.В. ,2000; Кошкина Е.А., Вышинский К.В.,2000). Известно, что курение часто является предвестником употребления других ПАВ (Чернобровкина Т.В., Ибрагимова М.В., 1994; Иванец Н.Н., Винникова М.А., 2000; Ariza-Cardenal C., Nebot-Adell M., 2000). На высокую связь курения и приобщения подростков к наркотикам указывают Lai S., Lai H., Page J.B., McCoy C.B. (2000), при этом она оказалась более выраженной, чем с употреблением алкоголя (Johnson P.B., Boles S.M., Kleber H.D.)

По данным Е.С.Скворцовой (1992, 1994) массовое анкетирование учащихся старших классов в 1990-92 г.г. выявило, что распространенность курения среди мальчиков колеблется от 25% до 48%, среди девочек - от 13% до 29%. Почти все курят ежедневно и в качестве причины курения ссылаются на привыкание. В то же время исследование А.А.Эльгарова и Л.В.Эльгаровой (1994) показало, что среди подростков регулярно курящие (1 сигарета в неделю и более) мальчики составляют 24,2%, а девочки - 2,7%. По данным Pearson R., Ricardson R. (1978) среди 16-летних подростков обоего пола выкуривали 50 и более сигарет в неделю 9%, 30-49 сигарет - 8,3%, 10-29 сигарет - 9,5%, 1-9 сигарет - 8,9%.

**3. Факторы, способствующие приобщению к употреблению ПАВ.**

**3.1. Роль семьи в формировании АП**

Со времен Плутарха и до наших дней неблагоприятная наследственность считается одним из существенных факторов развития зависимости, как алкогольной (А.И.Исхакова, 1928; Дмитриева Т.Н., Сучков В.А., 1993; Бойко В.В., 1998; Hill S.Y. Locke J., Lowers L., Connolly J., 1999), так и токсико-наркоманической (Красильникова М.Н., Юлдашев В.Л., 1989; Гадириан А.М., 2000; Climent C.E. et al., 1989; Nurco D.N., Blatchley R.J., Hanlon T.E., O'Grady K.E., 1999), особенно когда больны оба родителя (Гунько А.А., Киткина Т.А., 1993). По данным Е.Д.Дмитриевой (1992) у 60% подростков, злоупотребляющих алкоголем, родители страдали алкоголизмом. Zotti C., Moiraghi R.A. (1988) установили прямую связь между количеством потребляемого алкоголя школьниками и потреблением его в их семьях.

Доказано существование “гена алкоголизма” - DRD2 (рецептор D2 дофамина), при этом каждая дополнительная аллель А1 обусловливает еще более ранее начало алкоголизма (Н.Ю.Гасан-заде, 1999).

Однако в отдельных исследованиях оспаривается связь алкоголизма родителей с вовлечением в пьянство детей (Parquet Ph.J. et al., 1987; Johnson S. et al., 1989). По данным R.J.Pandina, V.Johnston (1989) начало потребления ПАВ не зависит от семейной отягощенности, которая влияла, однако, на интенсивность потребления и асоциальное поведение.

По мнению А.Е.Личко и В.С.Битенского (1991) пьянство имеет психосоциальную основу, а превращение его в алкоголизм - генетическую. Вместе с тем, семейная отягощенность алкоголизмом имеет значение не только как генетический фактор, но и психологический (влияние примера). На ведущую роль пьянства в семье в приобщении подростков к ПАВ и последующее развитие зависимости указывают Ю.В.Валентик (1977), В.С.Битенский и др. (1989), В.А.Москаленко, А.А.Гунько (1993), В.Ф.Матвеев, В.Ф.Тараскин, Е.Д.Дмитриева (1990) . Вопреки этому С.Г.Резников и др. (1990) злоупотребление алкоголем в семье рассмаривают в основном как психологический фактор, отведя основную роль пьянству отца и считая пьянство матери гораздо менее значимым.

Т.Н.Дмитриева, В.А.Сучков (1993) обращают внимание на повторение пьющими подростками жизненного сценария родителей. Н.Я.Копыт Н.Я., П.И.Сидоров (1986) одной из причин распространения пьянства на Севере видят влияние авторитета пьющего главы семейства. Вместе с тем имитация стиля пьянства отмечается только при “умеренно выраженном” злоупотреблении алкоголем, а в крайних группах (трезвенники и алкоголики) она отсутствует (Харбург и соавт. (1982) - цит по Завьялову В.Ю.).

Семейное пьянство оказывает свое влияние не только как негативный пример, но и как фактор неблагоприятной психологической обстановки (Агеева И.А.,1990; Муратова И.Д., 1979; Оруджев Н.Я., Жигунова Н.Я., 1999; Гадириан А.М.,2000; Юлдашев В.Л. и др., 2000).

Имеет значение сам по себе фактор неполной или конфликтной семьи (Борохов А.Д., Исаев Д.Д., 1989; Красильникова М.Н., Юлдашев В.Л., 1989; Г.А.Милушева и Н.Г.Найденова, 1992; Абшаихова У.А., 1992; Дмитриева Е.Д., 1992; Zucker R.A., 1989; Groer M.W. et al., 1992). По данным J.S.Brook, С.Nomura, P. Cohen (1989) нежеланные дети чаще оказываются вовлечены в употребление ПАВ.

Лонгитудинальное исследование, проведенное J.S.Brook et al. (1989) показало, что ведущими факторами, влияющими на потребление подростками наркотиков, являются семья и сверстники, влияние школы опосредованно влиянием сверстников. В то же время C.D.Rose (1999) считает, что основную роль в приобщении к наркотикам играет не семья, а референтная группа.

Неблагополучная семья реализует свое влияние через воспитание и формирование личностных отклонений (Муратова И.Д., 1979; Владимиров Б.С., 1993). Этот механизм в большей мере характерен для девочек, тогда как для мальчиков ведущую роль играют резидуальные нервно-психические расстройства (Митюхляев А.В., 1990).

Я.П.Гирич (1998) считает, что наиболее неблагоприятный наркологический проноз имеют дети из семей, где один из родителей старше другого более, чем на 5 лет, имеется явное несоответствие образования и возраст моложе 20 лет, в связи с чем в таких случаях он рекомендует затруднить им вступление в брак, не замечая, что такие рекомендации противоречат законодательству.

**3.2. Характер воспитания**

Нарушение характера воспитания в семьях подростков, злоупотребляющих ПАВ, отмечают практически все исследователи. К числу особенностей семейного воспитания подростков с аддиктивным поведением С.А.Кулаков (1994) относит: жесткий контроль, недоверие к подростку, противоречивое отношение к его самостоятельности, требование уважать родителей и отказ в уважении к нему. Ю.В.Попов (1988) наиболее неблагоприятным считает неустойчивый тип воспитания.

Г.А.Милушева и Н.Г.Найденова (1992) считают наиболее неблагоприятным с точки зрения развития зависимости асоциальность семей, воспитание по типу гипоопеки и эмоционального отвержения. В тоже время среди подростков с доклиническми формами употребления алкоголя и токсических веществ наиболее часто встречалось воспитание по типу гиперопеки. По степени тяжести и психотравмирующему влиянию на подростка расположение значимости факторов выглядит следующим образом: эмоциональная депривация; утрата родителей или одного из них в результате гибели; жестокие отношения в семье; отсутствие эмоциональной теплоты и заинтересованности в ребенке; психологический дискомфорт. N.O.Lewis (1997) рассматривает отсутствие взаимопонимания с родителями, как фактор способствующий приобщению к алкоголю.

J.Cohen (1992) особо подчеркивает авторитарность отношений в семьях, в которых воспитываются подростки, злоупотребляющие психоактивными веществами. Причем данный стиль взаимоотношений чаще встречался в пьянствующих и абстинентных семьях.

На роль жестокости в формировании последующей аддикции указывают В.С.Битенский и др. (1989), Л.И.Булотайте (1989), У.А.Абшаихова (1992), Э.У.Смит Э.У. (1991), Blum R.W. (1987) и др. Однако исследования Н.С.Курека (1997) не выявили четкой зависимости родительской жестокости и потребления подростками ПАВ.

Формирование АП связывают как с гиперпротекцией (В.С.Битенский и др., 1989), так и с гипоопекой (Абшаихова У.А., 1992; Найденов О.В., 1992). И.В.Макшанцева, Г.Я.Лукачер, В.А.Чудновский (1989) видят связь такого воспитания с невысоким образованием и низким культурным уровнем родителей.

**3.3. Другие факторы, способствующие приобщению к ПАВ**

Существует традиционное мнение, что к употреблению ПАВ предрасполагает “проблема свободного времени” (Копыт Н.Я., Сидоров П.И., 1986). Однако А.Е.Личко и В.С.Битенский (1991) высказывали сомнение в значимости этого фактора. Б.М.Левин (1998) обращает внимание на неоднозначность роли социальных факторов, влияющих на потребление алкоголя, в частности таких как жилищные и материальные условия. Проблема досуга в большей степени связана не с отсутствием условий для его проведения, а с неспособностью его организовать. Низкую общественно-полезную занятость подростков, употреляющих ПАВ, отмечают Р.К.Янсупов и др. (1989).

В связи с вышеизложенным представляется достаточно спорным отнесение к факторам способствующим переходу аддиктивного поведения в болезнь (Г.Н.Носачев, Г.М.Тютина.,1998) таких как: самостоятельный заработок; экономическое неблагополучие в обществе, школе, семье; изначально малая толерантность (устойчивость) к наркотикам. Kunz J.L., Giesbrecht N. (1999) не выявили роли социально-экономического статуса на приобщение к алкоголю.

Повышает риск приобщения к алкоголю также миграция, связанная с нахождением в иной культурной среде (Cherpitel C.J., 2001)

Роль средств массовой информации в формировании жизненных стереотипов несомненна, однако она не так прямолинейна и непосредственна, как это кажется на первый взгляд. Осуждаемые некоторыми авторами (КопытН.Я. и Сидоров П.И., 1986) эпизоды демонстрации алкогольных традиций в советских фильмах, сегодня на фоне массивной пропаганды спиртного в СМИ уже не воспринимаются столь остро.

Результаты исследований о влиянии рекламы на потребление алкоголя дали неоднозначные результаты. Однако доказано, что реклама более явно действует на молодежь, формируя ее взгляды постепенно (Ткаченко Г.Б., 1998).

**4. Аддиктивная личность.**

**4.1. Основные характерологические особенности.**

По мнению А.Д.Борохова и Д.Д.Исаева (1989) характерологические особенности преобладают над средовыми факторами в генезе аддиктивного поведения у подростков. Исследование преморбида подростков, злоупотребляющих ПАВ, показало, что среди них по сравнению с контрольной группой чаще встречались такие отклонения, как задержка психического развития, олигофрения, невротичекие реакции, энурез, расстройства поведения, ПХФЛ (Братусь Б.С., 1988; Сидоров П.И., Митюхляев А.В.,1988; Макаров В.В.,1988; Волкова Т.З. Лиленко М.Г. 1989; Кулаков С.А.,1989; Степанов А.Ф., Владимиров Б.С., 1991; Абшаихова У.А., Сирота Н.А. 1991; Н.Е.Кулагина и др., 2000), а также психопатии и эндогенные психические заболевания (Кривенков А.Н., Фарнасова И.В., Новикова Л.П., 1988; Blume Sh.B., 1989). О.А.Малахова (1995) выявила у 45% подростков, злоупотребляющих наркотиками, ПХФЛ, неврозы и органические заболевания головного мозга. По данным Е.А.Брюна (1996) эти отклонения встречаются у 80% подростков, госпитализированных в наркологические клиники. Н.Я.Оруджев, О.А.Жигунова (1999) выявили их у 92% детей и подростков с АП. В частности, В.Т.Кондрашенко (1988) среди подростков, старадющих алкоголизмом направленных в стационар, выявил у 42% психопатию, резидуально-органические поражения ЦНС с психопатизацией личности - 16%, олигофрению - у 12%. Близкие данные получены В.Г.Москвичевым (1990), а также И.Г.Калачевой, А.Г.Мазур (1997) при обследовании мальчиков, госпитализированных по поводу употребления ЛОВ. На высокую частоту органического поражения ЦНС у алкоголизирующихся подростков указывали А.Е.Личко, В.С.Битенский (1991), Е.Д.Дмитриева (1992).

Частую встречаемость психопатических черт в преморбиде (2/3) подростков мужского пола с алкоголизмом и преклиническими стадиями выявил А.Л.Игонин (1989), при этом по сравнению со взрослыми больными чаще диагностировался неустойчивый тип личности. Этот же тип, по данным В.М.Ялтонского и Н.А.Сирота (1991), выявлен в преморбиде большинства больных гашишной наркоманией (как и в целом среди потребителей ПАВ) Несколько реже были выявлены такие типы личности как возбудимый и истероидный (Адылов Д.У., 1987; Дурандина А.И., Сирота Н.А., Ялтонский В.М., 1992; Соколова Е.П., 1995). По данным А.Личко и Л.Чебуркова (1989) потребители наркотических и токсических веществ чаще, по сравнению с контрольной группой, характеризуются акцентуациями характера - соответственно 93% и 60%, при этом отмечено относительное преобладание неустойчивого, шизоидного и эпилептоидного. Т.В.Иванова (1991) выявила наличие акцентуации у 93% юношей гашишных наркоманов и 73% потребителей без зависимости, при при среднепопуляционном уровне - 63%. Однако, наиболее распространенной формой в обеих группах оказались эпилептоидная и истероидная, а неустойчивая и конформная встречались реже, чем в популяции. Среди наркоманов достоверно чаще встречался лабильный и психастенический тип по сравнению с популяцией, а также эпилептоидный и неустойчивый по сравнению с потребителями.

Преобладание эпилептоидов среди больных зависимостями некоторые авторы (Ялтонский В.М., Абшаихова У.А., Сирота Н.А., 1991; Абшаихова У.А., 1992) объясняют высокой распространенностью среди них органических поражений головного мозга. Этот тип личности является наиболее неблагоприятным для течения наркомании (Иванова Т.В., 1991). Близкие данные получены и другими авторами (Резник В.А.,1989; Абшаихова У.А.; 1992, Милушева Г.А., Н.Г.Найденова Н.Г., 1992; Бадмаев С.А., 1997; Бойко В.В., 1998).

В противовес вышеизложенному Н.В.Назарова, Р.К.Янусов и С.Н.Беленкова (1989) показывают, что наиболее подвержены ранней алкоголизации подростки гипертимного типа личности, наименее - истероидного, раннему употреблению наркотиков - лица истероидного типа, наименее - эпилептоидного. По данным Н.Д.Лакосиной, Д.А.Милушевой (1992) среди подростков, злоупотребляющих алкоголем и токсическими веществами (с зависимостью и без нее) преобладают у юношей гипертимный и неустойчивый типы личности, а у девушек - неустойчивый и истероидный. Согласно Л.П.Великановой (1999) ведущими типами акцентуаций при употреблении ПАВ являются гипертимная, эпилептоидная и истероидная, тогда как С.А.Кулаков (1988) у подростков, злоупотребляющих алкоголем, выявил преобладание гипертимной, и несколько реже - неустойчивой, конформной и лабильной акцентуации.

В противовес этому по данным В.В.Чирко (1989) в преморбиде у подростков, страдающих токсикоманией, преобладет истеро-возбудимый, астенический с эмоциональными колебаниями и шизоидный тип личности. Выявляется значительная общность характеристик личности подростков с разными формами аддиктивного поведения (Толстых Н.Н., Кулаков С.А., 1989).

Существует точка зрения о бесполезности поисков специфичных признаков “алкогольной личности” (Магалиф А.Ю. и соавт. 1989). В то же время А.В.Надеждин и др. (Социальные и психопатологические предпосылки …, 1998) рассматривая роль психопатологии в приобщении к наркотикам и токсическим веществам у подростков, из всех специфических подростковых синдромов выделяют только гебоидный.

Такое разнообразие мнений относительно ведущего типа личности, в наибольшей степени подверженнного злоупотреблению ПАВ, объясняется видимо рядом обстоятельств. В частности, существует точка зрения, что разные типы акцентуаций предрасполагают к употреблению разных ПАВ (Личко А.Е., Битенский В.С., 1991), так истероидная чаще выявляется у потребителей стимуляторов и опиатов, эпилептоидная - среди употребляющих ингалянты и опиаты, гипертимные подростки чаще встречаются среди употребляющих галлюциногены, а неустойчивые равномерно распределяются среди всех групп. С другой стороны, А.В.Надеждин и др. (2000) отмечают в последние годы уменьшение в популяции больных наркоманией лиц с эксплозивными и истеро-эксплозивныеми чертами и увеличение доли неустойчивых. Это объясняется изменением социальных условий в обществе, когда употребление наркотиков становится уже не протестом, а следованием традициям микросреды.

Гораздо большее сходство мнений обнаруживается при оценке аддиктивной личности с позиций описательной психологии.

Обследование студентов, не употребляющих ПАВ, показало, что в целом они отличаются лучшим психическим и физическим состоянием, чем остальная популяция (Marston A.R. et al., 1988). Подростки-трезвенники, в отличие от своих пьющих сверстников, по своим характерологическим особенностям приближаются ко взрослым, в частности по доминированию рационального начала (Рыбакова Л.Н., 1992).

У подростков, злоупотребляющих ПАВ, преобладает внешний локус контроля (Кириллова О.Г., 1989; Сирота Н.А., Ялтонский В.М., 1998) и неспецифические реакции детского возраста в виде реакции оппозиции, протеста, отказа, имитиации, что свидетельствует об их инфантилизме (СиротаН.А., Ялтонский В.М., 1998), а также реакции защиты и проекции (Дмитриева Т.Н., 1997). Близкие выводы были сделаны ранее У.А.Абшаиховой (1992), Г.М.Энтиным и др. (1987). Инфантильность подростков-токсикоманов И.О.Калачева, А.Г.Мазур (1997) объясняют с наличием у них органического поражения ЦНС и социально-педагогической запущенностью. Подростки с АП характеризуются несформированностью психологической защитаы и психической напряженностью (Максимова Н.Ю., 1999). Основными копинг-стратегиями являются избегание и социальная поддержка (Цой Л.Ю. и др., 2000).

Здоровые подростки по сравнению с аддиктивными обладают более богатым воображением (М.В.Морозова, 1991). Ю.М.Гуревич (1990) указывает на резкое снижение у подростков, страдающих зависимостью, потребностей, которые определяют в совокупности высокий уровень притязаний и мотивацию достижения, а также низкое значение показателей биологических потребностей: алиментарных, сексуальных и моторно-релаксационных. В результате на первый план выступает потребность в новых ощущениях. Социальные потребности определяются альтруизмом в отношении “наркоманического братства”. Феномен “жажды острых ощущений” у аддиктивной личности отмечает также В.А.Петровский (1992). Недоверие к окружающим приводит к формированию параноидных установок у больных накоманией, в частности милиционер рассматривается как враг ( А.В.Ларионов, 1997).

С.А.Кулаков (1994) относит к личности подростков с аддиктивным поведением следующие черты, которые могут явиться “мишенями психопрофилактики”: незрелость, “аффективную логику”, лабильность, легкость фрустрации, снижение самооценки, тревожность, блокирование потребности в защищенности, свободе, самоутверждении, потребность в одобрении, страх оценки, эгоцентризм, неуверенность, обвинение других, избегание проблем. Кроме того, у этих у подростков блокирована потребность в безопасности и материнской любви, способность планировать долгосрочное будущее (Кулаков С.А.,1989; Толстых Н.Н., Кулаков С.А., 1989). Изменены и ценностные ориентации (Муратова И.Д., 1979). Не употребляющие алкоголь подростки ценят выше здоровье и семью, а употребляющие - материальное положение (Кошкина Е.А., 1994). Изначально для подростков с АП харатерно пассивное времяпровождение (Агеева И.А., 1990; Левин Б.М., Левин М.Б. 1991). Круг интересов у этих подростков сужен, среди них в 3 раза меньше тех, кто занимается спортом, техническим творчеством, посещает культурные мероприятия (Заиграев Г.Г.,1992). По мере углубления аддикции эти качества усиливаются (Кошкина Е.А. и др., 1998).

Экспериментально-психологические исследования потребителей ПАВ с зависимостью и без нее вывили ряд закономерностей. В частности подтвердили высокую частоту акцентуаций характера, склонность к эмансипации от старших, делинквентному поведению и алкоголизации (Вдовиченко А.А., 1989), а также легкую провоцируемость алкогольных ассоциаций (Кривенков А.Н., Фарнасова И.В., Новикова Л.П., 1988), снижение скорости мыслительных процессов и качественных показателей интеллектуально-мнестической деятельности, отсутствие адекватного временного сознания, неспособность к построению жизненной перспективы, преувеличение своих прав и нивелирование обязанностей (С.Ю.Слоневская и Ж.Н.Стрельцов, 2000), инверсию у обоих полов по шкале мужественности-женственности (ММРI), низкие показатели по шкале социальной интраверсии (Битенский и др., 1989), высокий показатель неустойчивости и низкий - сенситивности (Гузиков Б.М., Вдовиченко А.А., Иванов Н.Я., 1993), склонность к жестокости (Петракова Т.И., 1999).

При проведении теста УНП уровень невротизации соответствовал зоне неопределенного диагноза (Красильникова М.Н., Юлдашев В.Л., Николаев Ю.М., 1998). Исследование соотношения черт мужественности и женственности у алкоголизирующихся подростков методом ПДО (Воротилина Г.А., 1989) выявило сдвиг в сторону маскулинизации у всех пьющих подростков, особенно с алкоголизмом (огрубление личности). Подростки, страдающие зависимостью от ПАВ, характеризуются также диссоциацией подсознательных и сознательно декларируемых потребностей (Бесчасный А.А., Гизатуллин Р.Х., Никифоров С.Г., 1989). И.А.Агеева (1990) низкие показатели по шкале лжи у алкоголизирующихся девочек объясняет пренебрежением социальными нормами, а У.А.Абшаихова (1992) повышенную откровенность потребителей гашиша (аддиктов и наркоманов) объясняет призывом о помощи. Потребители ПАВ характеризуются явлением эмоционально-когнитивного диссонанса, проявляющегося негативным отношением к стереотипу “наркоман” и “токсикоман” с одновременным непониманием реальной угрозы “эксперементирования” (Гульдан В.В. и др., 1989).

Исследование школьной успеваемости (Игонин А.Л., 1989) показало, что у подростков, злоупотребляющих алкоголем она ниже, чем в соответствующем возрасте у взрослых больных алкоголизмом, при этом самые низкие результаты показали подростки со сформировавшейся зависимостью, что свидетельствует в пользу вторичного снижения успеваемости.

У больных алкоголизмом отмечается с детства наличие серьезных эмоциональных проблем и неспособности справляться с трудностями (Завьялов В.Ю., 1988; Costa F.M., Jessor R., Turbin M.S., 1999). Выявлено характерологическое сходство взрослых больных алкоголизмом и подростков, злоупотребляющих алкоголем, но еще не имеющих зависимости (Нелидов А.Л., 1978, Мауер И., 1979).

Вместе с тем С.Э.Татевосян (1988) считает, что роль психопатии в генезе алкоголизма преувеличена, на самом деле это психопатизация, связанная с развитием зависимости.

Проблема первичности и вторичности личностных расстройств при наркологических заболеваниях является одной из наиболее спорных и несмотря на большое число работ, остается темой дискуссий до сих пор.

**4.2.Самооценка**

В исследованиях аддикции самооценке придается особая роль, как стержневому фактору личности. Отмечается, что у потребителей ПАВ она имеет противоречивый характер (Барцалкина В.В.,1988; ИвановаТ.В., 1991).

Низкую самооценку у подростков, злоупотребляющих ПАВ, выявили И.А.Агеева (1990), С.А.Кулаков (1989), Ю.М.Гуревич, (1990), Giannopoulou I. (1988). В тоже время Березин С.В., Лисецкий К.С., Мотынга И.А. (1997) к факторам риска наркомании относят завышенную самооценку.

Такие расхождения данных, видимо, связаны с разнородностью группы потребителей ПАВ и изменением самооценки в динамике по мере развития зависимости. Так, Т.В.Иванова (1991) отмечает противоречивость самооценки у подростков страдающих наркоманией: у одних - высокий уровень самоотрицания и высокая оценка отдельных качеств. Высокая самооценка обусловлена принадлежностью к наркоманической группе. У другой подгруппы сочетание низкой самооценки и самопринятия и удовлетворенности собой. Дмитриева Т.Н., Сучков В.А., 1993, у алкоголизирующихся подростков с патологическим формированием личности неустойчивого типа выявили нечеткость и аморфность “Я-реального” и отсутствие в самооценке “Я-идеального”, при доминировании “Я-фантастического”. В наибольшей степени оказалось не сформировано “Я- телесное” (Л.Ю.Цой и др., 2000).

Сравнительное исследование не выявило различий самооценки трех групп подростков: страдающих психопатией, употребляющих алкоголь и токсические вещества (Кржечковский А.Ю., 1990).

Подростки с наркотической зависимостью отличаются заниженной, неустойчивой самооценкой и имеют низкий уровень притязаний к своему идеальному “Я”. На этапе аддиктивного поведения различие между идеальным и реальным “Я” у них отсутствует, но по мере формирования зависимости появляются “ножницы” между низким представлением о себе и неким абстрактным идеалом, который недостижим.( Н.А.Сирота, В.М.Ялтонский, 1998, Ялтонский В.М., Сирота Н.А., 1991). Л.В.Бородзина, Е.А.Залученова (1993) установили, что индекс личностной тревожности находится в прямой зависимости от степени расхождения уровня самооценки и уровня притязаний. В связи с этим аддиктивная личность характеризуется повышенной тревожностью, которая смягчается алкоголем (Шайдукова Л.К., 1991)

Противоречивые мнения о самооценке подростков, употребляющих ПАВ, видимо связаны с тем, что среди них присутствуют две культуральные группы: собственно наркоманическая и делинквентная. Первая характеризуется потребностью в самоутверждении, поиском своей идентичности, бунтом против общества, а вторая распадается на две подгруппы: акселеранты с усилением влечений и эпилептоидностью в характере, ретарданты с эмоциональной лабильностью и беззаботностью (Лавкай И.Ю., Александров А.А., 1992). К подобным выводам приходит и Т.В.Иванова (1991а).

**4.3. Система взаимотношений.**

Система отношений является одним из важнейших факторов, влияющих как на приобщение подростков к ПАВ, так и оказывающих профилактическое действие. По данным С.А.Бадмаева (1997) подростки, употребляющие ПАВ, характеризуются нарушением системы отношений, имея в этом сходство с больными неврозами. Нарушение их коммуникативных функций обусловлены позицией ”Я - хороший, вы- плохие” Т.Н.Дмитриевой (1997).

Наиболее интенсивное влияние на подростков, употребляющих наркотики, оказывают (в порядке убывания): друзья по наркоманической группе, остальные друзья, семья, класс, тогда как на подростков, не вовлеченных в употребление ПАВ - друзья и семья (Иванов А.В., 2000).

У больных наркоманией отмечается “увеличение дисстанции непонимания с окружающими” (Яцков П.Л., 1998). В то же время - укорочение дистанции общения с наиболее значимыми представителями окружения по мере углубления зависимости (Ялтонский В.М., Сирота Н.А., 1991) и нарастание конфликтности, что отражает неосознанный призыв о помощи. Конфликтными сферами у наркотизирующихся подростков являются следующие: сфера “Я” (чувство вины, страхи и опасения, нарушенная самооценка, усугубляющиеся по мере формирования наркомании), сфера отношений с отцом и мужчинами, далее сфера конфликтов с матерью, жизненными целями, семьей, прошлым и будущим. (Ялтонский В.М., Абшаихова У.А., Сирота Н.А., 1992). В целом же подростки-потребители наркотиков оказались неспособны дифференцировать круг близких друзей (Сирота Н.А., 1987).

Вместе с тем, значительные нарушения у подростков с аддиктивным поведением выявлены в эмоциональном общении с родителями, выражающиеся в ригидных, авторитарных способах функционально-ролевого взаимодействия, обоюдного снижения потребности в общении (Курек Н.С.,1992). Однако несмотря на это наиболее устойчивой из социально приемлимых остается все-таки связь с родителями, выступающая в качестве основного канала восстановления социально здоровых отношений (Калиническо О.А., Лактионов А.Н., 1990)

Только у 11% подростков, злоупотребляющих алкоголем, отношения в семье нормальные (Резник В.А. 1989). По данным У.А.Абшаиховой (1992), у подростков-мальчиков, потребляющих гашиш, конфликтные отношения в семье отмечены у 48%, в коллективе - у 51%, с педагогами и администрацией - у 67%. Положительным отношением к учебе характеризовались только у 27%.

Отдалением от окружающих можно объяснить низкую осведомленность (менее половины случаев) родителей и друзей о приеме наркотиков (Левин Б.М., Левин М.Б., 1991). Во взаимоотношениях с родителями старшие подростки, страдающие наркоманией, застревают на инфантильных формах реагирования в виде реакций эмансипации. Затруднен поиск референтной группы сверстников, способствующей становлению личности (Ж.Н.Стрельцова и др., 2000). Последнее особенно значимо, поскольку, как отмечает Вандл (цит. по Н.А.Сирота, В.М.Ялтонский, 1998) поддержка подростка друзьями смягчает негативное действие дистресса и способствует адаптации, а семейная поддержка аналогичного влияния не оказывает. По мнению подростков, помощь их сверстнику, имеющему зависимость могут оказать (в порядке значимости): сверстники, родители и наркологи, “сам себе”, милиция (Пелипас В.Е., Рыбакова Л.Н., Цетлин М.Г. 1999).

Сходные данные были получены при обследовании подростков из Монреаля, употребляющих ПАВ (Гадириан А.-М., 2000). Оказалось, что они наиболее часто обращаются за помощью к друзьям (68%), матери (45%), отцу (25%) и гораздо реже к учителю (1%), священнику (0,5%), социальному работнику (0,5%), не обращаются ни к кому - 19%

Нарушение взаимоотношений с учителями совпадает со снижением успеваемости по мере вовлечения в употребление ПАВ (Братусь Б.С., Сидоров П.И. 1984; Левин Б.М., Левин М.Б., 1991; Иванова Т.В., 1991,), особенно у девочек (А.Коровин, 1929).

Ранняя половая жизнь может рассматриваться с двух позиций: как форма взаимоотношений с окружпющими и как девиантное поведение. Отмечается параллелизм двух явлений - наркотизации и ранней половой жизни (Коровин А., 1913, Ахмердова Ф.Г., 2000). Часто раннюю половую жизнь связывают с процессами акселерации. Вместе с тем еще в начале века Г.Роледер (1912), ссылаясь на различные источники литературы, указывал, что среди учащихся начало половой жизни относится в основном к 16 годам, а в высших классах школы имеют половые сношения с проститутками 20% учащихся.

Исследователи показывают различные цифры распространенности ранней половой жизни среди алкоголизирующихся подростков. Так по данным А.В.Митюхляева (1990) она регистрируется у 81,6% девочек и 60,7% мальчиков. Согласно И.А.Агеевой (1990) в интимные отношения вступали 42% алкоголизирующихся девочек против 4% неалкоголизирующихся. Исследование Ф.Г.Ахмердовой (2000) показало, что в популяции доля таких подростков составляет 37,1% . Среди девочек, употребляющих наркотики, к 17 годам вступили в интимные отношения 29,1% против 19,2% в контрольной группе (Юлдашев В.Л., Калимуллина Д.Х., 1996). При этом отмечаются множественные половые контакты (Д.Д.Исаев и др. 1997) при отсутствии истинного полового чувства (Владимиров Б.С., Степанов А.Ф., 1994). Как и следовало ожидать, в интимные отношения эти подростки часто вступали в состоянии опьянения (Копыт Н.Я., Сидоров П.И., 1986; Слуцкий Б.М., 1989).

Аналогичная картина наблюдается и у подростков, страдающих наркоманией: ранняя половая жизнь в преморбиде отмечена у 28,3% (Архаров Д.А., Клименко Т.В.). А.Данилин, И.Данилина (2000) обращают внимание на то, что все девочки и до половины мальчиков, страдающих наркоманией тозвались о сексе как о “не очень приятной необходимости”. В то же время некоторые из девушек, злоупотребляющие ПАВ высказывали мнение, что опьянение дает более яркие сексуальные переживания (Исаев Д.Д. и др. 1997).

Результатом ранней половой жизни у потребительниц наркотиков являются незапланированные беременности и венерические заболевания (Феоктистова С.С., Маклашова А.Г. 1999).

**4.4. Отклоняющееся поведение.**

Уже само определение понятий в сфере изучения поведения человека представляет собой поле для дискуссий. Согласно И.С.Кону девиантное поведение - это система поступков, не соответствующих общепринятым и подразумеваемым нормам, будь то нормы психического здоровья, права, культуры или морали. Развивая эту точку зрения В.Д.Менделевич (1999) определяет девиантное поведение человека как систему поступков или отдельные поступки, противоречащие принятым в обществе нормам и проявляющиеся в виде несбалансированности психических процессов, неадаптивности, нарушении процесса самоактуализации или в виде уклонения от нравственного и эстетического контроля за собственным поведением. Автор подразделяет его на делинквентное, аддиктивное, патохарактерологическое, психопатологическое и на базе гиперспособностей. Каждое из них формирует свою мотивацию (Менделевич В.Д., Менделевич Б.Д., Галинский Л.И., 2001).

Делинвентность по словарю Вебстера понимается как психологическая тенденция к правонарушениям. Сюда относят незначительные преступления, а также лживость, драчливость, прогулы в школе, враждебность к родителям и учителям и др. Выделяются следующие типы делинквентности: конформный, неустойчивый, агрессивно-защитный, оппозиционный (Александров А.А., 1988).

Исходя из приведенных определений, уже само употребление ПАВ подростками может рассматриваться как форма девиантного поведения. Такой точки зрения придерживаются некоторые авторы (Милушева Г.А., Найденова Н.Г., 1992). Однако на практике, даже соглашаясь с таким определением, исследователи все же “разводят” эти понятия. Многими авторами отмечается повышенный риск отклоняющегося поведения у подростков, злоупотребляющих ПАВ. Еще А.Коровин (1913) отмечал, что “дурное поведение” у пьющих мальчиков встречается в два раза чаще, чем у трезвенников (5,3% против 2,8%), тогда как у девочек эти различия отсутствуют (1,1%). Частота алкоголизма у подростков-делинквентов составляет 25,0% у юношей и 33,3% у девушек (Дербенев Д.П., 1997). Из числа подростков-потребителей токсических и наркотических веществ около половины характеризовались девиантным поведением (Резник В.А. 1989) и состояли на учете в ИДН (Иванова Т.В., 1991), имели судимости от 14,1% (Оруджев Н.Я., Жигунова О.А., 1999) до 47%, почти исключительно за корыстные преступления (Коновалов И.Н. и др., 2001). На высокую частоту различных дисциплинарных нарушений в преморбиде (в детском и подростковом возрасте) у больных наркоманией (73,5%) указывают Д.А.Архаров и Т.В.Клименко (1998). На частое сочетание наркомании и антисоциального поведения обращают внимание W.Feigelman et al. (1990). Наблюдается параллелизм вовлеченности в употребление алкоголя и токсических веществ и девиантного поведения: так криминальное поведение наблюдалось у 27,3% подростков с аддиктивным поведением и у 38,2% страдающих начальными стадиями алкоголизма и токсикомании, высока частота аутоагрессивного поведения (более 20% в обеих группах) и сексуальных девиаций (соответственно 9,1% и 20,6%), не работали и не учились соответственно 13,6% и 32,4%, плохая школьная успеваемость была у 20,65 и у 22,3% (Лакосина Н.Д., Милушева Д.А., 1992). Рост молодежной преступности связывается с ростом потребителей наркотиков (Hunnekens H., 1986).

Б.С.Владимиров (1993) обращает внимание на значительное психологическое сходство двух групп девочек-подростков: находящихся в спецПТУ и под наблюдением наркологов.

Как правило, девиантное поведение предшествует началу употребления ПАВ, которое в дальнейшем его усиливает (Адылов Д.У., 1987; Найденова Н.Г., Москвичев В.Г., 1988; Дмитриева Е.Д., 1990; 1992; Матвеев В.Ф., Данилин А.Г., Дмитриева Е.Д., 1990; Дмитриева Т.Н.,1997; Подросток и наркотики, 1999). По мнению Т.С.Кошелевой (1996) криминальное поведение связано не с наркотизацией, а с личностью, поскольку оно сохраняется в 70% случаев после прекращения наркотизации. Подростки, употребляющие наркотики в 8 раз чаще (16%), чем их сверстники из популяции прибегают к незаконной добыче денежных средств (Подростки и наркотики, 1999). Б.С.Владимиров, А.Ф.Степанов (1994) считают, что алкоголизация не является причиной девиантного поведения, а выступает атрибутом социально-средовых факторов. Вместе с тем J.S.Brook et al. (1989) на основании лонгитудинального исследования указывают, что после начала курения марихуаны отмечается нарушения отношений с родителями и снижение школьной успеваемости.

**5. Клинические аспекты наркологических заболеваний у детей и подростков.**

Клиника подросткового алкоголизма достаточно хорошо описана во многих работах (Братусь Б.С., Сидоров П.И., 1984; Личко А.Е., Битенский В.С., 1991; Кондрашенко В.Т., 1988; Кривенков А.Н., Фарнасова И.В., Новикова Л.П., 1988 и др.). Основными особенностями его являются: размытость симптомов, быстрое развитие компульсивного влечения, отсутствие истинных запоев, быстрый рост и непродолжительная толерантность, ложное опохмеление, плохо выраженная стадийность, часте сочетание с токсикоманией и наркоманией. Идеаторный компонент влечения был выражен слабее, а аффективный компонетнт - более отчетливо, чем у взрослых (Игонин А.Л., 1992).

В отличие от взрослых, среди подростков, попавших в поле зрения наркологов преобладают лица с доболезненными формами злоупотребления алкоголем. Так, Кривенков А.Н., Ковалев А.А. (1992) обследовав в стационаре 304 подростка 15-18 лет выявили у 193 бытовое пьянство, у 68 - I стадию алкоголизма, у 30 - промежуточную I-II стадию, у 13 - II стадию.

Клинике наркомании у подростков за последние два десятилетия также было посвящено немало работт (Ураков И.Г., Пузиенко В.А., Рохлина М.Л., 1980; Захаров В.В., 1983; Дурандина А.И., 1987; Волкова Т.З., Лиленко М.Г., 1987; Дурандина А.И., Токсомбаев Т.Н., 1988; Гулямов М.Г., Захаров В.В., 1988; Найденова Н.Г., Москвичев В.Г., 1988; Адылов Д.У., 1988; Узлов Н.Д., Побирчеко И.В., 1988; Найденова Н.Г., Найденов О.Ф., 1988; Атабаева Н.Т., 1989, Чудин А.С., 1989; Воткина М.В., 1991; И.Н.Пятницкая, 1994; А.В.Надеждин и др., (Злоупотребление кетамином …),1998; Иванец Н.Н., Винникова М.А., 2000).

Изучение клиники наркоманий и токсикоманий в последние годы связано преимущественно с появлением новых видов ПАВ. Так появились новые наркотические вещества, изготовляемые в частности из капсул препаратов “колдакт” или “эффект” и обладающие психостимулирующим действием (Е.Ю.Тетенова и др., 2000). Если еще недавно героин был “экзотическим наркотиком” (Чернобровкина Т.В., Ибрагимова М.В., 1994), то теперь он достаточно распространен, что вызвало появление ряда работ (Буторина Н.Е. и др., 2000; Надеждин А.В. и др., 2000 и др.).

Биохимические исследования выявляют отклонения, которые часто являются единственными признаками развивающейся органопатологии у потребителей наркотиков (Чернобровкина Т.В., Ибрагимова М.В.,1994). При этом в последние годы (1995-1999) отмечается учащение соматических осложнений при наркотизации детей и подростков (от 27,0% до 73,5%), особенно высокий рост патологии мочевыводящей системы и поджелудочной железы (в 4 раза). Различные виды наркотизации определяют избирательную или предпочтительную органотропность, что играет вспомогательную роль в диагностике (Т.В.Чернобровкина, 2000).

Много споров вызывает обсуждение патопластического влияния подросткового возраста на АП и клинику наркологических заболеваний.

Существуют две полярные точки зрения на роль пубертатного периода в прогнозе наркологических заболеваний. Одни авторы считают, что сам по себе подростковый возраст с присущими ему особенностями способствует приобщению к алкоголю и формированию зависимости (Копыт Н.Я., Сидоров П.И., 1986; Братусь Б. С., 1988; В.Ю.Завьялов, 1988; Короленко Ц.П., Макаров В.В., 1982; Дмитриева Т.Н., 1990; Соколова Е.П., 1995.). Так А.Ю.Магалиф и др. (1989) регистрируют появление ПВА у подростков через 6 месяцев злоупотребления алкоголем, С.Г.Резников, В.В.Дробышев (1989) считают , что этот срок составляет от 13,9 до17,1 месяцев, при этом от начала употребления до злоупотребления проходит в среднем 1,3 года. П.И.Сидоров и А.В.Митюхляев (1988) регистрировали формирующуюся алкогольную зависимость у девочек-подростков на втором году от начала злоупотребления, у мальчиков этот срок был в два раза дольше. Девочки рано знакомятся с суррогатами (к концу второго года). Б.С.Владимиров (1993) отмечает, что динамика алкоголизма у девочек-подростков тесно связана с социальной дезадаптацией. Более злокачественное течение алкоголизма у девочек-подростков отмечается когда алкоголизация происходит в группировках с иерархией ролей, менее злокачественное - при выпивках в малых группах равных по социально-психологическим характеристикам (Шайдукова Л.К., 1991).

Другие (Ураков И.Г., Куликов В.В., 1977; Личко А.Е., Битенский В.С., 1991; Буторина Н.Е., Дедков Е.Д., 1991) сомневаются в роли пубертата, как фактора определяющего неблагоприятное течение болезни. Высказывается даже сомнение в возможности развития алкоголизма у подростков (Алкоголь и здоровье населения России …,1998, С.83-87.).

Такие же полярные мнения высказываются и в отношении развития наркомании. Н.Г.Найденов, О.Ф.Найденова (1988), У.А.Абшаихова, Н.А.Сирота Н.А. (1991) отмечают быстрый темп формирования гашишной наркомании у подростков (первая стадия - преимущественно в течение первого года) и тяжесть социальных последствий. Однако если начало его употребления совпало с пубертатным кризом, то происходит редукция употребления гашиша (Абшаихова У.А.; 1992). Н.М.Басинская и др. (1992) сообщают о формировании абстинениного синдрома при гашишной наркомании в течение 5-6 месяцев. Аналогичная картина наблюдается и при ингаляционной токсикомании (Грушнин В.В., Рыбальский А.М., Чудин А.С., 1989). И.О.Калачева (1998) отмечает злокачественный характер течения токсикомании у подростков с быстрым формированием абстинентного синдрома и появлением олигофреноподобного синдрома через 6-8 месяцев.

В.Г.Москвичев и Т.В.Чернобровкина (1991) отмечают гораздо более медленное формирование зависимомти: донозологический этап у подростков, принимающих наркотические вещества, превышает 1,5 года.

**6. Лечение**

Организационные аспекты детско-подростковой наркологической помощи подробно описаны в работе О.В.Зыкова (1997). Медикаментозное и иное лечение рассмотривается в ряде работ (Гулямов М.Г., Захаров В.В., 1988; Адылов Д.У., 1988; Дурандина А.И., Токсомбаев Т.Н., 1988; Чудин А.С., Епифанова Н.М., 1989; Соколова Е.П., 1995; Л.Ф.Панченко и др., 2000. А.В.Надеждин и Е.Ю.Тетенова,2000; Пособии для врачей (Злоупотребление кетамином …). А.Л.Игонин (1992) отмечает следующие особенности медикаментозного лечения подростков, страдающих алкоголизмом, по сравнению со взрослыми: укороченные курсы, редкость применения сенсибилизации, частое применение малых нейролептиков и ноотропов, но редкое - антидепрессантов, ограниченное применение транквилизаторов. Важнейшим элементом эффективного лечения зависимых подростков многие авторы считают воздействие на аффект тревоги (Franken I.H., Hendriks V.M., Haffmans P.M., Van-der-Meer C.W. , 2000; O'Leary T.A., Rohsenow. D.J., Martin R., Colby S.M., Eaton C.A., Monti P.M. 2000). В.В.Дьяченко (1989) предлагает применять условнорефлекторную терапию при лечении подростковой токсикомании, резистентной к другим методам. Рекомендуется также применение музыкотерапии (Корнюш Л., 2001)

По мнению В.Ю.Завьялова (1988) лечение больного алкоголизмом является длительным процессом и напоминает больше перевоспитание с лечебной целью, а не лечение в обычном смысле слова. В еще большей степени это относится к подросткам, больным наркоманией (Stiksrud, 1988). Их лечение должно включать в себя выявление и решение более глубоких проблем, а не только связанных непосредственно с наркоманией (Ларионов А.В., 1997; Демарина Н.П. и др., 2000; Tarter R.E., 1990), с анонимным их обсуждением (В.С.Битенский и др., 1989). Продолжительность курсового лечения от опиатной зависимости должна составлять не менее 6 месяцев (Aszalos R., McDuff D.R., WeintraubE., Montoya I., Schwartz R., 1999).

Ряд авторов отмечают низкую эффективность лечения подростков, страдающих зависимостями (Никифоров И.А., 1988; Зефиров С.Ю., 1994), особенно склонных к делинквентному поведению (Henggeler S.W., Pickrel S.G. Brondino M.J., 2000). Видимо это и повлекло за собой значительное смягчение критериев эффективности лечения: так, хорошим считается результат лечения, если пациент воздерживался от героина 3 месяца и больше (Яковлева В.А. и Кутушев О.Т., 1999) или даже 2 месяца (Бикчентаева А.Б., Гришко И.Н., Гилемханов М.С., 2000), в то время как традиционно для такой оценки требовался срок воздержания минимально 1 год.

Эффективность лечения во многом зависит от вида употребляемого ПАВ. Полное прекращение приема на длительный срок (до 30% обследованных) удавалось добиться при злоупотреблении седативными препаратами (Чирко В.В., 1989).

Применение медикаментозной терапии является основным в период купирования абстинентного синдрома. В дальнейшем на первый план выступают психотерапевтические методики (Кондрашенко В.Т., 1988). Однако, до последнего десятилетия в научных работах отечественных авторов описывалась в основном только групповая и рациональная психотерапия (Личко А.Е., Битенский В.С., 1991).

Несмотря на всплеск различных направлений психотерапии в последние годы, основные принципы, предложенные В.М.Бехтеревым для лечения больных алкоголизмом, не устарели до настоящего времени, хотя и получили свое развитие и дополнение. Так, А.Л.Игонин, Е.Ю.Иконникова (1993) выделяют 4 этапа психотерапии подростков с зависимостями: 1) индивидуальная рациональная с учетом типа личности; 2) групповая психотерапия дискуссионного направления; 3) ситуационный тренинг; 4) аутогенная тренировка. Н.В.Негериш (1999) предлагает три этапа лечения: 1)познавательный раздел (лекции, семинары о био-психосоциальных корнях заболевания и путях его преодоления); 2)психотерапевтическое (психокоррекционное) воздействие в малых группах, обычно по 6-9 человек; 3) привлечение и адаптация пациентов к использованию помощи и поддержки, которые представляет сообщество “АА”, в том числе с использованием идеологии “12 Шагов”. Последнее рекомендует также и Chatlos J.C. (1989), отмечая, что для эффективности данной программы необходимо участие не реже одного раза в неделю. Г.М.Энтин и Е.Г.Энтина (2001) возражают против применения системы “12 шагов” у подростков, страждающих наркоманией, поскольку в группе могут найтись люди, способные их соблазнить, и делают ставку на индивидуальную эмоционально-стрессовую психотерапию и строгий контроль родителей.

Ряд работ посвящен проблеме групповой психотерапии зависимостей, как одному из наиболее эффективных методов. Е.И.Зенченко (1983) предлагает формировать группы больных алкоголизмом для психотерапии в зависимости от изменений личности (синтонные, астенические, истеровозбудимые, стеничные), с чем не согласен С.А.Бадмаев С.А. (1997) настаивая на гетерогенном принципе.

Групповая работа с подростками имеет свои особенности. Так, С.А.Кулаков (1988) предлагает следующие правила групповой психотерапии подростков с нарко-токсикоманией. В группе должно быть не более 8 человек, разного пола и возраста (но с разницей не более 2 лет). Занятия 3-5 раз в неделю, в амбулаторных условиях - реже, продолжительностью не более 1,5 часов. Наиболее эффективна закрытая группа, поскольку новые пациенты плохо усваивают групповые нормы. Подростки легче соглашаются на краткосрочный вариант групповой психотерапии (С.А.Кулаков, 2000). В групповом процессе можно наблюдать регресс в поведении на инфантильные стадии. Рекомендуется сосредоточть внимание на поведенческом тренинге с использованием ролевых игр. На закрытой группе настаивают также А.Л.Игонин, Р.Н.Караев (1988).

Вопреки этому мнению, А.А.Александров (1988) считает, что психотерапевтическая группа делинквентных подростков должна быть открытой и формироваться с тщательным отбором участников поэтапно, последними вводятся имеющие агрессивно-защитный тип поведения. Группа рекомендуется гетерогенная, делинквентные подростки должны составлять меньшинство. Не должны включаться подростки с неустойчивой, органической и эпилептоидной психопатией. Общее число занятий, по мнению В.С.Битенского (1994) должно составлять от 14 до 30.

Ц.П.Короленко Ц.П., В.Ю. Завьялов В.Ю. (1988) обращают внимание на роль игр и видеозаписей, а О.А.Овсянник (2001) - на применение НЛП (метамодели и рефрейминга) в психотерапии зависимостей.

Установление контакта с подростками встречает значительные трудности (Селедцов А.М. и др. 2000), которые по мнению А.И.Покоева (1998) связаны с анозогнозией и сильным влиянием семьи на позицию ребенка. Стержнем психотерапии у всех подростков должен быть личностно-реконструктивный подход. Известный педагог Я.Корчак (1989) предостерегал от смешения понятий “хороший” и “удобный” ребенок. Психотерапевта подстерегает опасность объединения против ребенка с теми кто играет роль преследователя (Психотерапия детей и подростков/ Под ред. Х.Ремшмидта, 2000).

Н.В.Князева, Н.П.Медведев (2000) обращают внимание, что больной наркоманией находится на доэдипальной стадии, в связи с чем ему необходимо помочь повзрослеть. Т.Н.Дмитриева (1997) рекомендуют в процессе психотерапии зависимых подростков использовать методы психологических защит (обучение сублимации) и свойственные им нарциссические тенденции.

Хотя большинство авторов акцентируют внимание на недирективном принципе групповой психотерапии, в рамках ее С.А.Бадмаев (1997) рекомендует проводить авторитарно-директивный сеанс эмоционально-стрессовой терапии (по аналогии с лечением заикающихся по В.М.Шкловскому и лечению взрослых больных алкоголизмом по Довженко).

Точкой приложения психотерапевтического воздействия должны быть семейные и социальные отношения (Э.Г.Эйдемиллер и др., 1989; Волина Т.С., 2000; Концептуальные основы…, 2001; Stanton M.D., Landau-Stanton J., 1989). Т.В.Смольникова, С.Ф.Шнель, Л.Л.Кульков (1998) в семейной психотерапии для проработки проблем родителей и детей использовали техники гештальт-терапии, элементы психодрамы (сюжетно-ролевая игра), арттерапию, НЛП, трансактный анализ Берна, телесно ориентированную терапию. Наиболее целесообразна такая работа в виде тренингов родительской эффективности (Кулаков С.А., 2000; Городнова М.Ю., Ваисов С.Б., 2001).

Низкая выявляемость наркологических больных среди подростков заставляет рассмотреть вопрос создания альтернативной наркологический службы - информационно-консультативного кабинета, где работают кроме врачей психологи, юрист, и др. специалисты (Теркулов Р.И.).

**7. Профилактика**

**7.1. Факторы, препятствующие приобщению к ПАВ**

Этому вопросу в литературе необоснованно уделено гораздо меньше внимания, чем факторам приобщения к ПАВ. Н.Я.Копыт, П.И.Сидоров (1986) приводят данные И.Канторовича (1930), выявившего следующие мотивы воздержания от алкоголя: культурного порядка -53%, внешние препятствия- 20,8%, вкусовые - 16,8%, мотивы здоровья - 8,8%, другие - 0,6%.

Р.Х.Хафизов (1992) считает ведущими мотивами отказа от алкоголя среди молодежи знание о вреде для здоровья и плохое самочувствие после выпивки.

В.В.Гульдан, М.В.Шведова (1991), обследовав юношей-правонарушителей, эпизодически употреблявших одурманивающие вещества, и контрольную группу, выявили между ними различия в мотивации отказа от употребления ПАВ. Юноши контрольной группы опасались привыкнуть, боялись разрушения организма и психического заболевания. В группе девиантных подростков по частоте выбора преобладало опасение не достичь в будущем своей цели, страх смерти, опасение привыкания, разрушения организма. Для них, по сравнению с контрольной группой, более значим такой мотив отказа, как боязнь юридической ответственности, хотя он и не является главным. Повышение уровня образования может также способствовать отказу от употребления ПАВ (Donaldson S.I., Thomas C.W., Graham J.W., Au J.G., Hansen W.B., 2001)

D.E.Taub, W.E.Skinner (1990) на основании анализа научной литературы приходят к выводу, что фактором, сдерживающим потребление наркотиков, могут стать религиозные мотивы, тогда как в России этот фактор не играет решающей роли (Подросток и наркотики, 1999).

С.В.Березин, К.С. Лисецкий, И.А.Мотынга (1997) считают, что защищают от употребления психоактивных веществ такие личностные качества, как чувство юмора, внутренний самоконтроль, целеустремленность, стрессоустойчивость, положительные взаимоотношения хотя бы с одним взрослым помимо родителей, наличие привязанностей - способность жить по законам общества. А.М.Гадириан (2000) выделяет 9 факторов, относящихся к личности, которые играют роль в профилактике: самореализация, осознание цели жизни, осознание ценности и благородства человека, истинная независимость и свобода, смелость быть непохожим на других, служение человечеству, духовность, преодоление жизненных стрессов. Н.Я.Копыт, П.И.Сидоров (1986) считают фактором противодействия приобщению к алкоголю альтруизм, который по мнению Ф.А.Лазурского (1923) “…в наибольшей степени обеспечивает духовное здоровье …”

В целом факторы, защищающие от употребления ПАВ, являются антиподами факторам риска. Однако и здесь имеются противоречия. Так С.В.Березин, К.С.Лисецкий, И.А.Мотынга (1997) к факторам защиты относят возможность самостоятельно зарабатывать на жизнь, а Г.Н.Носачев и Г.М.Тютина (1998) утверждают, что это фактор, способствует “…переходу аддиктивного поведения в болезнь”. С.В.Березин, К.С.Лисецкий, И.А.Мотынга (1997) к факторам защиты одновременно относят активность учащихся в жизни школы, класса и роль персонала школы в качестве заботливого попечителя. Педагогам рекомендуется предъявлять “высокие требования к ученикам”, хотя по нашему мнению логичнее было бы говорить об адекватных требованиях.

Наибольшую толерантность к предложению наркотиков проявили учащиеся школ: 41,6% из них были объектами предложения наркотических и токсических веществ и только 10,5% согласились попробовать их, тогда как среди учащихся техникумов соответственно 66,9% и 31,5%, а среди студентов 58,4% и 22,5% (Горанская С.В., Виноградова И.А., Иванова Л.Ю., 2000). Несмотря на значительное распространение аддиктивного поведения, большинство подростков (до 90%) оправдывают самые жесткие меры по борьбе с пьянством (А.А.Эльгаров, Л.В.Эльгарова, 1994).

**7.2. Мероприятия по профилактике АП**

Первые рекомендации по профилактике алкоголизма у молодежи в отечественной литературе относятся к концу ХIХ (Алексеев П.С. , 1898) - началу ХХ века (“Доклады Владимирской управы…”, 1911), рекомендующие перенять опыт Финляндии в виде уроков трезвости, при этом особо подчеркивается, что труд учителей и других земских работников по пропаганде трезвости должен вознаграждаться. Это предложение было повторено в советское время Ю.Лариным (1929), на первом пленуме Всесоюзного совета противоалкогольных обществ СССР. Однако серьезных научных разработок профилактического направлеие в наркологии, в отличие от других дисциплин в отечественном здравоохранении, до последних лет не проводилось, в то время как в странах Запада оно давно стало одним из наиболее актуальных тем исследований (Meyenberg R., 1988; Hawkins J.D. et al., 1992).

К числу первых содержательных программ по профилактике алкоголизма в советское время следует отнести работу И.Д.Страшун (1929) носящую в основном просветительский характер, при этом главными действующими лицами ее являются учитель и врач.

Профилактические мероприятия можно разделить на две большие группы: общегосударственные, представленные в основном системой запретов и ограничений рекламы ПАВ и их потребления, а также непосредственной работой с населением (Muster E., 1988; Cahalan D., 1989). Обобщая мировой опыт профилактики наркотизации, В.М.Ялтонский и Н.А.Сирота (1996) выделяют шесть основных подходов: информационный, обучение управлению эмоциями, поведенческий (обучение противостоянию давлению), формирование жизненных навыков, обучение альтернативной наркотикам деятельности, укрепление здоровья.

Как показывает многовековой опыт, запретительные мероприятия имеют неоднозначные результаты, несмотря на это соблазн их применения слишком велик. В частности, попытки ввести ограничения на продажу подросткам клея и других препаратов бытовой химии, предпринятые в Калифорнии, не дали должного результата (Liss B.I., 1989).

Традиционные представления о том, что первичная профилактика направлена на работу с группой риска (Красик Е.Д.,1974; Врублевский А.Г., Цетлин М.Г., Кириллова Л.А. , 1988; Князев Ю.Н., 1988; Lie K., Helserad O., 1988; Walters S.T., Gruenewald D.A., Miller J.H., Bennett M.E.,2001) и представляет собой систему наказаний и запретов, а также санитарное просвещение (Личко А.Е., Битенский В.С., 1991), претерпели за последние годы видоизменение. В настоящее время она рассматривается как воздействие на популяцию (Барцалкина В.В. 1988; Великанова Л.П. 1999).

В Швеции, США и других странах Запада в ее орбиту вовлекаются уже дети дошкольного возраста (Егоров В.Ф., Врублевский А.Г., Воронин К.Э., 1989; Романова О.Л., Петракова Т.И., 1992; Michell L., Amos A., 1997; LoSciuto L., Hilbert S.M., Fox M.M., Porcellini L., 1999; Hops H., Davis B., Lewin L.M., 1999). В последние годы такие предложения все чаще высказываются и в отечественной литературе (Романова О.Л., О.В.Швецова, 1993; Куфтяк Е.В., Тихонова И.В., 2001; Кривулин Е.Н. и др., 2001).

В течение многих лет первичная профилактика расматривалась в основном с позиций информирования населения о состоянии проблемы, тяжести медицинских и социальных последствий наркологических заболеваний (Вуилстик К, 1981; Личко А.Е., Сушко В.В., Иванов Н.Я., 1989; Bagnall G., 1988; Sigelman C.K., Leach D.B. et al, 2000; Baum S., 2000). Вместе с тем, как справедливо замечает Б.Спрангер (1994) передача информации не эквивалентна обучению, а именно информационный подход характерен для многих реализуемых программ, которые лишь формально меняют отношение (Harrington N.G., Brigham N.L., Clayton R.R., 1999), но не реальное поведение подростка (Weaver S.C., Tennant F.S., 1973; Stuart R.B, 1974). Вместе с тем, даже в монографических изданиях (Штерева Л.В., Неженцев В.М., 1976; Бородкин Ю.С., Грекова Т.И., 1987) первичной профилактике не уделялось до последнего времени достаточного внимания.

Макаров В.В. (1990) считает, что программа профилактики должна уйти от медикоцентрического подхода. Для эффективной реализации профилактических мероприятий предполагалось задействовать 19 различных служб и организаций, но реально удалось вовлечь только 7. Автором выделено 24 причины вовлечения подростков в наркотизацию, из них только 4 медицинских, остальные - социальные, культурные, биологические, педагогические.

По мнению Т.Б.Дмитриевой, Н.В.Вострокнутова, Т.Н.Дудко и др. (2000) профилактика и лечение наркологических заболеваний не может быть исключительной обязанностью государства и, в частности, органов здравоохранения. Она должна быть нацелена на контингент школьного возраста с приближением помощи к рабочим и учебным местам. Стратегией первичной профилактики является: комплексность, дифференцированность, аксиологичность (ценностная ориентация), многоаспектность, легитимность.

Одной из проблем является отсутствие четкой концепции в вопросе отношения к употреблению алкоголя. Дискуссия между сторонниками абсолютной трезвости (Панкратьева Л.,1986) и культурного употребления алкоголя (Блинов А.С. 1983) обострившаяся в середине восьмидесятых годов, не закончилась и в настоящее время. В “Концепции профилактики злоупотребления психоактивными веществами в образовательной среде” (2000) подразумевает воздержание от употребления всех ПАВ, не дифференцируя отдельно их легальные разновидности. Вместе с тем точки зрения на этот вопрос разделяются. Если одни (Г.Б.Ткаченко, 1998; И.И.Дудин и Н.В.Радомская, 2000) считают необходимым ориентировать всю молодежь на абсолютную трезвость, то другие (Жиленко Л.А., Запорожченко В.Г., 1993; А.К.Демин, И.А.Демина, 2000) при формировании алкогольной политики рекомендуют призвать потребителей алкогольных напитков к “умеренности”, объясняя это трудностями отстаивания позиции абсолютной трезвости, особенно с точки зрения вреда для здоровья малых доз алкоголя, когда в научной и массовой печати появляются сообщения о профилактической их роли в отношении сердечно-сосудистых заболеваний. По мнению Л.Н.Рыбаковой (1992) “движение с ориентацией на абсолютную трезвость … вряд ли может быть принято с учетом существующего многообразия личностей.” Следует согласиться с А.А.Головым (1998), что “…реалистичная антиалкогольная политика в России должна исключать религиозный пафос борьбы со злом, борьбы на уничтожение”. Всеобщий призыв к абсолютной трезвости представляется невыполнимым, поскольку с позиций антропологической наркологии человека нельзя рассматривать вне психоактивных действий (Брюн Е.А., 1993). Различие подходов к целям и задачам первичной профилактики существует и в странах Запада (О.Л.Романова, 1993).

Лобовая атака в антиалкогольном просвещении бесполезна (Левин Б.М., 1998). По данным опроса учащихся (Баушева И.Л., Кошкина Е.А., Паронян И.Д. 1998), они хотят получать сведения не о вреде психоактивных веществ, а о сохранении здоровья. Больше всего их интересует тематика, связанная с физкультурой, спортом, двигательной активностью. Они интересуются проблемами полового воспитания, рационального питания. На наш взгляд в некоторых работах (Наймушина Л.П., 1999) переоценивается роль информирования в профилактике потребления ПАВ. Автор основывается в частности на том, что на вопрос анкеты:”Если бы Вы знали о вреде алкоголя и наркотиков, стали бы Вы их принимать?” большинство опрошенных студентов (96,7%) ответило отрицательно. Мы полагаем, что подобная формулировка вопроса недостаточно корректна, уже хотя бы потому что понятие “вреда” может быть разным у обследователя и анкетируемого. Так например, мнение о вреде для здоровья чрезмерного употребления алкоголя по выходным дням разделяют всего лишь около половины российских и 1/3 финских подростков, а постоянное использование гашиша считают опасным около половины подростков в обеих странах (Буркин М.М., 2000). Аналогичная ситуация прослеживается и в отношении наркотиков: часть подростков готова их попробовать несмотря на знание об их вреде (Weng L.-J., Newcomb M.D., 1989).

Мнение населения о целесообразности различных форм профилактики зависит от опрашиваемого контингента. При этом имеет значение как социальный статус, так и степень вовлеченности в употребление алкоголя (Короленко Ц.П., Завьялов В.Ю., 1988). Учащиеся ПТУ отнесли к числу наиболее важных методов профилактики кинофильмы и телепередачи (более 50%), тогда как положительное отношение к лекциям и беседам снижалось по мере вовлечения подростков в алкоголизацию (с 32,4% до 16,0%). К аналогичному мнению пришли также А.Е.Личко, Битенский В.С.(1991). Существует и противоположное мнение школьников о наибольшей действенности врачебных лекций и занятий (Шлопак В.Г., 1999). Однако, многие исследователи сомневаются в их эффективности (Подростки и наркотики, 1999; Дереча В.А., Карпец В.В., 2000; Коновалов И.Н. и др., 2001).

Имеется положительный опыт использования специальной настольной игры и видеокассет с целью ранней профилактики (Czuchry M., Sia T.L., Dansereau D.F., 1999). Более эффективным этот метод оказался среди младших подростков, по сравнению со старшими, и у девочек, по сравнению с мальчиками (Polansky J.M., 1999).

Для старших подростков предлагаются индивидуальные консультации (Werch C.E., Pappas D.M., Carlson J.M., DiClemente C.C., 1999). Для тех же целей может использоваться интернет (Авдеев С.Н., Надеждин А.В. и др., 1998; С.Н.Надеждин, А.В.Авдеев, 2001; Авдеев С.Н. и др. 1998; Борисова Е.В. и др., 2000; Welch S., 1999).

И.Д.Паронян и Е.А.Кошкина (1996) считают, что СМИ не выполняют главной своей задачи - путем информирования создать благоприятную среду для реализации других направлений антиаддиктивной деятельности. Пессимистическую оценку широкой “программы трезвости” (от бесед до посещения вытрезвителя) дает Г.Т.Красильникова (1987). Неэффективность различных программ профилактики Б.В.Воронков (2000) объясняет безадресностью программ и их ориентированностью на формирование страха перед накротизацией. По мнению Братуся Б.С. и Сидорова П.И. (1984) необходим поиск новых идеалов, но это выходит за рамки медицинской профилактики. Любая программа должна начинаться с оптимизации “уклада” жизни подростка, прежде всего с оздоровления условий труда, отдыха и быта (Кошкина Е.А. и др., 1998). Профилактические программы следует рассматритвать только как “приложение” к эффективной социальной политике (Т.И.Петракова, 19995).

Хотя многие исследователи высказывают свои точки зрения относительно эффективности профилактических программ, все же этот вопрос исследован недостаточно (Петракова Т.И., 1995). Полученные результаты неоднозначны: мнение Л.А.Жиленко, В.Г.Запорожченко (1993) - пессимистическое, тогда как Е.А.Кошкина и др. (1992), проводившие профилактическую работу с учащимися ПТУ из группы риска, отмечают снижение роста вовлеченности в употребление ПАВ, по сравнению с контрольной группой, где такие мороприятия не проводились. Г.Б.Ткаченко (1998) отмечает, что благодаря проведеному гигиеническому воспитанию употребление алкоголя среди студентов пединститута снизилось на 10,2%.

Причины недостаточной эффективности профилактики В.Е.Пелипас и др. (2000), В.Е.Пелипас, Л.Н.Рыбакова, М.Г.Цетлин (2000) видят в рассогласовании наиболее важных установок, в частности за распределение ответственности за результат работы, между специалистами по работе с молодежью с одной стороны, и родителями и подростками с другой. Оценка эффективности профилактической программы должна учитывать не только воздержание от ПАВ, но и общее развитие ребенка (Whiteside-Mansell L., Crone C.C., Conners N.A., 1999). Авторы указывают на сложность сравнительной оценки эффективности разных программ (Suelves J., Romero R., Sanchez-Turet M., 2000) и слабость их теоретического обоснования (Wagner E.F., Brown S.A., Monti P.M., Myers M.G., Waldron H.B., 1999). Тем не менее, первичная профилактика продолжает рассматриваться как основной метод (Великанова Л.П. 1999).

В последние годы все большее внимание исследователей обращается на позитивную первичную профилактику, выходящую за рамки информационного подхода. Расширяются и ее цели: она рассматривается сквозь призму формирования полноценно функционирующей личности (Глаздовский Н.М., 1989). Большое значение придается работе с семьей (Loveland-Cherry C.J., Ross L.T., Kaufman S.R. , 1999; Boyd G.M., 1999; Nye C.L., Zucker R.A. , Fitzgerald H.E., 1999), в частности лечению родителей, больных алкоголизмом (O'Farrell T.J., Feehan M., 1999). Отмечается смещение акцентов с поведенческого подхода, наиболее ярко проявившегося в программе “Как сказать “нет” (М.Ю.Горбунова, 2001) к проблемам экзистенциальным: поиску смысла жизни (Васильева О.С., Андрущенко И.Е., 2001) и работе с чувством вины и стыда (Васильева О.С., Короткова Е.В., 2001)

Кому конкретно в первую очередь следует поручить первичную профилактику? Если учесть, что информацию о здоровье школьники хотят получать прежде всего на школьных уроках (Баушева И.Л., Кошкина Е.А., Паронян И.Д. 1998), то главным действующим лицом должен быть педагог и психолог (Барцалкина В.В., 1988; Наймушина Л.П. 1999; Тихомиров С.М., 1990). По данным опроса учителей (Е.С.Скворцова, Г.И.Ушакова, 1993), более половины учителей-предметников использовали учебный материал для антиалкогольного просвещения, не имея однако для этого необходимых методических пособий. О.Л.Романова и Т.И.Петракова (1992), ссылаясь на международный опыт, отрицательно относятся к приглашению специалистов для проведения информационной работы в школе по проблеме наркомании поскольку это “разжигает любопытство и ведет к усилению экспериментирования”. Запугивание последствиями злоупотребления у подростков (в отличие от взрослых) не действенно (Барцалкина В.В., 1988; Наймушина Л.П. 1999; Тихомиров С.М., 1990). Более того, оно может вызвать парадоксальный повышенный интерес к наркотику (Гульдан В.В. и др., 1990). Г.М.Энтин и др. (1987) предлагают программу воспитания начиная с 1 класса, в основном в виде рассказов и демонстрации вреда алкоголя для здоровья и социума. Дальнейшее развитие этого метода предложено Л.Н.Блиновой (2001) в виде участия психолога в уроках литературы, обществознания, биологии и химии.

В профилактике АП возрастает роль педиатров (American Academy of Pediatrics, 2001), врачей общей практики и юристов (Struzzo P., 1999).

Получает популярность идея подготовки волонтеров и субспециалистов для профилактической работы (Ю.В.Валентик и др., 1997; Бабичева Л.П. 1999; Колущинская Е.П., Геу Т.В., Нижегородов С.А., 2000; Ларина О.В., Мошкунова М.В., 2001; Макеева А.Г., 2001). Подобные программы (“добровольные помощники”) реализуются в США (Романова О.Л., Петракова Т.И., 1992; Петракова Т.И., 1993).

Не ясна роль консультантов (бывших больных наркоманией) в ранней профилактике у подростков. Если специалисты ЮНЕСКО не рекомендуют привлекать их к работе (Российское здоровье, 2000), то отечественные авторы наоборот считают это целесообразным (Подростки и наркотики, 1999).

В последнее время в нашей стране накопился опыт внедрения зарубежных программ антинаркотического воспитания, описанный в ряде статей (Романова О.Л., Самойлова М.В., 1994, Б.Спрангер, 1994 и др.). Вместе с тем они оказались механически перенесены на нашу почву без необходимой адаптации, что существенно снизило их эффективность (Подростки и наркотики, 1999; Надеждин А.В., 2000).

Если каркас системы профилактики в большинстве предлагаемых программ имеет общность, то наполнение конкретным содержанием существенно отличается, что достаточно закономерно. Эти различия должны иметь место, учитывая межрегиональные различия как социального, так и психологического плана. В частности сравнение жизненных ценностей выявило существенные различия между молодежью Москвы и Ярославля (Басов А.В., 2000).

К сожалению, многие пособия по профилактике аддиктивного поведения к настоящему времени устарели, поскольку в них звучит сильный идеологический уклон (Маюров А.Н., 1987; Копыт Н.Я., Сидоров П.И., 1986), некоторые рекомендации пришли в противоречение с современным законодательством (Глазов А.А., 1989), а другие отражают лишь отдельные стороны проблемы, в частности направлены на повышение уровня знаний педагогов в области профилактики наркотизации (Профилактика потребления …, 1998; Д.Ч.Теммоев, А.Б. Лобжанидзе, 2000). Опубликованные в последние десятилетия на Западе справочники по антинаркоманическому воспитанию, хотя и отражают многосторонний подход, но требуют адаптации к культуральным условиям (H.Feser, 1981; Welch S., 1999). Разрабатываются программы повышения квалификации школьных психологов в области профилактики наркоманий (Якубенко О.В.,2000).

Типичной отечественной содержательной комплексной программой является разработанная Н.А.Сиротой и соавторами (1998), которая включает в себя разнообразную работу с подростками, их родителями и учителями. Методы работы: групповая, тренинг поведения, когнитивная модификация и терапия, личностный тренинг, дискуссии, мозговые штурмы, беседы, лекции, ролевые игры, психогимнастика, психодрамма, элементы индивидуальной и групповой терапии, круглые столы, совещания, супервизия, методические занятия с супервизорами.

В последние годы в большинстве программ основной составляющей являются психологические тренинги (Кулаков С.А., 1988, 1994, 1996; Толстых Н.Н., Кулаков С.А., 1989; Смит Э.У., 1991; Сирота Н.А., Ялтонский В.М., Терентьев А.В., Баушева И.Л. 1998; Бабичева Л.П., 1999; Березин С.В., Лисецкий К.С., Орешникова И.Б., 1999). Предпочтительнее создание малых групп (Романова, 1997).При этом они носят широконаправленный характер, способствуя как развитию личности, так и определенным социальным навыкам. К последним относится способность противостоять групповому давлению наркотизирующейся среды. На способность противостоять давлению среды делают акцент и другие авторы (Scheier L.M., Botvin G.J., Diaz T., Griffin K.W., 1999). На необходимость развития самостоятельности и лидерства у подростков с целью профилактики наркомании указывает Thomas T. (1988).

Социально-психологический тренинг в коллективе подростков, как правило, строится на упражнениях и ролевых играх (Барцалкина В.В. 1988; Хвостова О.И., Корнилов А.А., 2000; Смид Р., 2000; Bacskai E., Gerevich J., 1988), часто с использованием трансакционного анализа (Клюев Н.В., Свистун Н.А., 1992).

Значительная часть работ посвящена вторичной профилактике, в частности выявлению группы риска. Так с целью профилактики рекомендуется организовать прием подростков в ИДН и кабинетах медико-психологического консультирования в школах (Голубенко И.А., Дунаев А.Г., Кабатченко О.А. 1994), в центрах психического здоровья (Малахова О.А., 1995). Вместе с тем до настоящего времени отсутствует нормативно-правовая база, позволяющая эффективно выявлялть подростков, злоупотребляющих ПАВ (Цетлин М.Г. и др., 1997). Дискуссия по поводу допустимых мер с целью выявления группы риска обострилась в связи с появлением стрип-тестов, позволяющих быстро выявить потребителей ПАВ. В частности целесообразность и законность применения этих тестов для выявления потребителей наркотиков в учебных заведениях обсуждается в журнале “Нарконет: Россия без наркотиков” (№1, 2000).

В последнее время обращается внимание не только на психологическую работу с подростками и их родительскими семьями, но и на работу с учителями. Последние, несотря на снижение авторитета школьного воспитания, оказывают немаловажное влияние на формирование характера подростающего поколения. По данным массового опроса в различных регионах России (Паронян И.Д. и др., 2000) выяснено, что потребляют алкоголь 87,5% педагогов, а 4,5% пробовали наркотики. В литературе описывается большая частота невротических симптомов у учителей (Л.П.Великанова, 2000-А), высокий уровень фрустрации (Факторы риска психической дезадаптации у педагогов массовых школ /Л.И.Вассерман, М.А.Беребин. 1997), синдром эмоционального выгорания (Бойко В.В., 1999), душевный дискомфорт (Харин С.С. , 1999). В связи с этим рекомендуется проведение психологической групповой работы с педагогами (Л.П.Великанова, 2000-А).

**Выводы**

В целом из литературных данных до настоящего времени остается неясным соотношение первичного и вторичного в происхождении аддиктивного поведения и формирования зависимости в отношении таких факторов как наследственность, семейное воспитание, орагническая церебральная неполноценность, личностные особенности, система отношений с окружающими, самооценка, уровень притязаний, девиантное поведение, мотивации потребления ПАВ и др. До конца не выяснены закономерности перехода аддиктивного поведения в наркологическое заболевание, в частности такие вопросы как прогредиентность.

Расхождения в полученных данных обусловлены, в частности, тем, что обследовались разные контингенты: так например С.А.Кулаков(1989) обследовал стационарный контингент мальчиков 14-18 лет, У.А.Абшаихова (1992) - амбулаторный контингент мальчиков, И.А.Агеева (1990) -девочек-подростков обучающихся в ПТУ, М.Н.Овчинникова (1992) - подростков обоего пола, обучающихся в ПТУ, а также подростков, состоящих на учете в наркодиспансере, Б.С.Владимиров (1993)- подростков-девочек, злоупотребляющих спиртным из числа обучающихся в спецПТУ и подросков наблюдаемых в наркологическом диспансере. В некоторых случаях контингент обследуемых не указан, так же как и наличие зависимости (Степанов А.Ф., Владимиров Б.С., 1991).

Нечетко определены возрастные критерии. Так, Chvila L., Vengrinova J. (1989) говоря о токсикомании у детей рассматривают возраст от 7,5 до 14 лет. Brook J.L. et al. (1989) обследуют “подростков” в возрасте 9-18 лет.

Достаточно противоречивы мнения об эффективности различных психотерапевтических методик. Не разработана комплексная система профилактики, включающая в себя всесторонее воздействие не только на личность ребенка и подростка, но и на его окружение (семья, школа).

В связи с вышеизложенным представляется актуальным проведение многоаспектного исследования,посвященного изучению становления аддикции к психоактивным веществам у несовершеннолетних в динамике и проблеме комплексной ее профилактики.