УДК 316.628.23

Парфенов Юрий Александрович – канд. мед. наук, доц. кафедры психологии здоровья Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы (г. Санкт-Петербург).
E-mail: my-internety@yandex.ru

Белов Василий Георгиевич – д-р мед. наук, д-р психол. наук, профессор кафедры психологии здоровья Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы (г. Санкт-Петербург).
E-mail: belv1@yandex.ru

Шахов Дмитрий Владимирович – аспирант Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы (г. Санкт-Петербург). *E-mail: izhcardio@gmail.com*

Ельшибаева Кулмаш Галимжановна – аспирант Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы (г. Санкт-Петербург). *E-mail: dofler.ru@rambler.ru*

Yuriy Aleksandrovich Parfyonov – Candidate of Medicine, docent of the psychology of health of the St. Petersburg state institute of psychology and social work. *E-mail: my-internety@yandex.ru*

Vasiliy Georgievich Belov – Dr. of Medicine, Dr. of Psychology, professor of the chair of psychology of health of the St. Petersburg state institute of psychology and social work. *E-mail: belv1@yandex.ru*

Dmitriy Vladimirovich Shakhov – postgraduate student of the St. Petersburg state institute of psychology and social work. *E-mail: izhcardio@gmail.com*

Kulmash Galimzhanovna El’shibayeva – postgraduate student of the St. Petersburg state institute of psychology and social work.
E-mail: dofler.ru@rambler.ru

Y.A. Parfyonov
V.G. Belov
D.V. Shakhov
K.G. El’shibayeva

Возрастная специфика зависимого поведения человека

Зависимое поведение является одной из форм 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 статье приведены критерии и модели зависимого поведения и описана его возрастная специфика. Доказано, что зависимое поведение ведет к социально-психологической дезадаптации личности и носит ярко выраженную возрастную специфику. Обоснованы основные направления профилактики зависимого поведения.

***Ключевые слова**: зависимое поведение, возраст, факторы аддикции, модели аддиктивного поведения.*

Age-dependent specificity of human behavior

The dependent behavior is a form of deviation gating behavior with the formation of desire to escape from the reality by artificially changing their mental state by taking the certain substances or the permanent fixation of attention on the certain types of activities, which focused on the development and maintenance of intense emotions. The criteria and models of addictive behavior and its age specificity are described. It is proved that the dependent behavior leads to the social and psychological maladjustment of the individual and has a pronounced age-appropriate. The main prevention directions of addictive behavior were proved.

***Keywords:** dependent behavior, age, factors of addiction, addictive behavior model.*

Несмотря на все усилия, прилагаемые для улучшения наркоситуации в нашей стране, число лиц, употребляющих наркотики, стремительно увеличивается. По данным Федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков (далее – ФСКН), в России насчитываются 6 млн. наркоманов. Около 100 тысяч ежегодно погибают от передозировки.

Немедицинское потребление наркотических средств и психотропных веществ за последние десять лет выросло более чем в 20 раз и продолжает увеличиваться. За предыдущие 5 лет более чем в 3 раза увеличилась смертность среди наркоманов, состоящих на учете в наркологических диспансерах, из них почти в 4 раза – от передозировки наркотиков. Наркоэпидемия охватила все социальные слои. Особую тревогу вызывает тенденция «омоложения наркотизма»: уровень заболеваемости наркоманией среди несовершеннолетних в 1,5 раза выше, чем у взрослого населения [3, 6, 7].

Наркомания приводит к тяжелейшим, часто необратимым психическим, личностным и поведенческим нарушениям, сопровождающимся разрушением здоровья, исключением из социальной жизни, приводящим к административным нарушениям и уголовным преступлениям. Резко возрастает риск заражения гепатитом, СПИДом и другими заболеваниями.

В связи с этим, весьма актуальным является изучение возрастной специфики зависимого поведения человека. Зависимое поведение – 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.

К основным видам зависимости относятся: химическая зависимость (алкоголизм, наркотизм, токсикомания, лекарственная зависимость, никотинизм); акцентуированная активность (игромания, Интернет-зависимость, трудоголизм, сексомания, телемания (постоянный просмотр телепрограмм); привычка к посещению магазинов и приобретению товаров длительного пользования, беспрестанные разговоры по телефону, увлеченное коллекционирование, исключительная забота о собственном здоровье (следование диетам, изнурение себя физическими упражнениями, избыточная вера в целителей и т. п.); ургентная аддикция (привычка к постоянной нехватке времени) и культовая зависимость [1 – 4, 8]. Однако полный перечень зависимостей вряд ли может быть составлен, т. к. появляются новые виды зависимости, есть малораспространенные виды зависимости.

В последнее время все более отчетливо проявляется тенденция к расширительному пониманию аддикций: наряду с традиционными (так называемыми химическими), все чаще упоминаются поведенческие зависимости. Элементы аддиктивного поведения свойственны любому человеку, уходящему от реальности путем изменения своего психического состояния. Проблема аддикции начинается тогда, когда стремление ухода от реальности, связанное с изменением психического состояния, начинает доминировать в сознании, становясь центральной идеей, вторгающейся в жизнь, приводя к отрыву от реальности. Зависимому поведению свойственны следующие признаки [3 – 8]:

- синдром измененной восприимчивости организма к действию данного раздражителя (защитные реакции, устойчивость к нему, форма потребления);
- синдром психической зависимости (навязчивое влечение, психический комфорт в период потребления (будь то наркотик, алкоголь или игровой аппарат));
- синдром физической зависимости (компульсивное влечение, потеря контроля над дозой, абстинентный синдром, физический комфорт в интоксикаций).

Последний из приведенных признаков более выражен у людей, страдающих зависимостью от каких-либо химических веществ, но в меньшей степени он также может иметь место и у нехимических зависимостей. В любом случае эти три синдрома отличают страдающего болезнью зависимости человека от здорового.

Необходимость физического компонента зависимости в последнее время все упорнее отрицается. Такое отрицание подкрепляется сравнением процессов протекания поведенческих зависимостей с клинической картиной, характерной для традиционных форм зависимости, а также установлением критериев для диагностики поведенческих зависимостей. Так, предлагаются операциональные критерии, в сумме определяющие зависимость [6 – 8]:

- приоритетность (salience) – излюбленная деятельность приобрела первостепенное значение и преобладает в мыслях, чувствах и поступках (поведении);
- изменение настроения (mood modification) – относится к субъективному опыту человека и сопутствует состоянию поглощенности деятельностью (примером может служить состояние эмоционального подъема либо, наоборот, приобретения спокойствия при переходе к любимому занятию);
- толерантность (tolerance) – для достижения привычного эффекта требуется количественное увеличение параметров деятельности;
- симптомы разрыва (withdrawal symptoms) – возникновение неприятных ощущений или физиологических реакций при потере или внезапном сокращении возможностей заниматься любимой деятельностью;
- конфликт (conflict) – относится ко всем разновидностям конфликтов: интрапсихическим; межличностным (с окружающими людьми); с другими видами деятельности (работа, социальная жизнь, хобби и интересы);
- рецидив (relapse) – возврат к излюбленной ранее деятельности, иногда после многолетнего абстинентного периода.

Этапы развития зависимого поведения:

1. Появляется «точка кристаллизации» в связи с переживанием интенсивной положительной эмоции (или устранением отрицательной) при определенном действии. Возникает понимание, что существует вещество или способ (вид активности), с помощью которого можно сравнительно легко изменить свое психическое состояние.
2. Устанавливается зависимый ритм, который выражается в определенной последовательности обращения к средствам зависимости.
3. Формируется зависимость как составляющая часть личности. В этот период к предмету зависимости прибегают лишь в связи с жизненными затруднениями. Существует внутренняя борьба между естественным и зависимым стилями жизни. Постепенно зависимый стиль вытесняет естественный и становится частью личности, методом выбора при встрече с реальными требованиями жизни; в этом периоде (в ситуациях повышенного контроля особой ответственности) возможен контроль над своим пристрастием.
4. Период полного доминирования зависимого поведения, которое полностью определяет стиль жизни, отношения с окружающими; человек погружается в зависимость, отчуждается от общества.

Выделяются следующие психологические особенности лиц с аддиктивными формами поведения [3 – 7, 8]: сниженная переносимость

трудностей повседневной жизни, наряду с хорошей переносимостью кризисных ситуаций; скрытый комплекс неполноценности, сочетающийся с внешне проявляемым превосходством; внешняя социабельность, сочетающаяся со страхом перед стойкими эмоциональными контактами; стремление говорить неправду; стремление обвинять других, зная, что они невиновны; стремление уходить от ответственности в принятии решений; стереотипность, повторяемость поведения; зависимость; тревожность.

Аддиктивной личности свойственен феномен «жажды острых ощущений», характеризующийся побуждением к риску, обусловленным опытом преодолевания опасности. Важную роль в развитии аддиктивного поведения играют особые типы акцентуаций характера (неустойчивый, конформный, эпилептоидный, гипертимный) [4, 6, 7, 8].

Другим важным индивидуальным фактором, влияющим на поведение личности, может выступать низкая стрессоустойчивость. Предполагается, что аддиктивное поведение возникает при нарушении копинг-функции – механизмов совладания со стрессом. Исследования свидетельствуют о различиях в копинг-поведении здоровых и зависимых людей. Например, наркозависимые подростки демонстрируют такие характерные реакции на стресс, как уход от решения проблем, отрицание, изоляция.

Бездуховность, отсутствие смысла жизни, неспособность принять ответственность за свою жизнь на себя – эти и другие сущностные характеристики человека, вернее их деформации, несомненно, также способствуют формированию зависимого поведения и его сохранению. Говоря о факторах зависимого поведения, следует еще раз подчеркнуть, что в его основе лежат естественные потребности человека. Склонность к зависимости, в целом, является универсальной особенностью человека. При определенных условиях, однако, некоторые нейтральные объекты превращаются в жизненно важные для личности, а потребность в них усиливается до неконтролируемой.

В целом, можно выделить следующие модели поведения при зависимостях от психоактивных веществ (далее – ПАВ):

- Успокаивающая модель. Употребление ПАВ направлено на снятие напряжения, достижение расслабления; уход от неприглядной действительности, от сложных жизненных обстоятельств.

Основным мотивом употребления наркотиков оказывается высокий уровень напряжения, преобладание пониженного настроения, раздражительность, мрачность. Отдельные лица употребляют ПАВ для коррекции эмоционального состояния: снижения уровня тревоги, депрессии, апатии. Употребление ПАВ используется как способ самолечения на начальных этапах развития эмоциональных расстройств.

- Коммуникативная модель. Зависимость возникает в связи с неудовлетворенными потребностями в общении, любви, доброжелательности. Прием ПАВ облегчает общение со сверстниками своего и противоположного пола. Преодолевается чувство замкнутости, стеснительности, появляется уверенность в себе. К этому средству чаще

всего прибегают замкнутые, тревожно-мнительные, эмоционально-ранимые подростки.

- Активирующая модель. Применение ПАВ с целью подъема жизненных сил, бодрости. Таким же образом достигается выход из состояния скуки, душевной пустоты и бездействия.

- Гедонистическая модель. Употребление ПАВ используется для получения приятных ощущений, создания психического и физического комфорта. Стремление уйти в фантазийный, галлюцинаторный мир (с целью пережить состояние эйфории) может привести к формированию болезненного пристрастия.

- Конформная модель. «Быть со всеми, быть как все» (характерно для подростков). Стремление подростков подражать, быть принятыми группой, самоутвердиться в группе – все это может быть причиной употребления ПАВ. В большей степени эта модель относится к высоковнушаемым, тревожно-мнительным подросткам, которые слепо подражают своим лидерам, некритически перенимают все правила поведения группы.

- Манипулятивная модель. Использование психоактивных веществ для манипулирования другими, демонстрации своей исключительности. Для того, чтобы привлечь внимание и завоевать авторитет, употребляются наркотики или алкоголь.

- Компенсаторная модель. Эта модель поведения определяется необходимостью компенсировать какую-то неполноценность личности, дисгармоничность характера. Жизненные трудности, конфликты в школе, дома могут выступать пусковыми факторами употребления ПАВ.

Таким образом, зависимое поведение ведет к социально-психологической дезадаптации личности и носит ярко выраженную возрастную специфику. К зависимому поведению более склонны лица молодого возраста, в связи с чем, целесообразно проведение первичной профилактики среди указанного контингента.

Следует ясно осознать, что для продуктивной работы в области профилактики зависимого поведения необходимо опираться на фундаментально разработанную методологию, которая в настоящий момент еще только формируется, а также, что проблема зависимости – это не проблема школы, это проблема всех институтов общества; чтобы справиться с ней, необходимо формировать целостную наркополитику государства.

В соответствии с классификацией Всемирной организации здравоохранения, *под первичной профилактикой* подразумевается работа с организованными коллективами и общественным сознанием по внедрению идей здорового образа жизни (фактически на предупреждение формирования наркозависимости); *вторичная профилактика* направлена на работу с лицами группы риска; *третичная профилактика* предполагает работу с химически зависимыми пациентами для профилактики рецидива заболевания.

В рамках профилактики особый акцент следует делать на работу с молодежью, так как (по статистике) основная масса лиц, злоупотребляющих психоактивными веществами, относится к этой категории

В статье 4 Федерального закона от 8 января 1998 г. №3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» особо отмечается, что одним из принципов государственной политики в области противодействия незаконному обороту наркотиков является приоритетность мер по профилактике наркомании и стимулированию деятельности, направленной на антинаркотическую пропаганду. Федеральный закон от 24 июня 1999 г. №120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» утверждает в статье 2, что основными задачами деятельности по профилактике отклоняющегося поведения несовершеннолетних являются «… предупреждение безнадзорности, беспризорности, правонарушений и антиобщественных действий несовершеннолетних, *выявление и устранение причин и условий*, способствующих этому».

Сегодня для устранения причин, ведущих к употреблению психоактивных веществ, следует формировать профилактическое пространство как систему, где можно определять «мишени» превентивных воздействий. При этом, базовыми понятиями, определяющими это пространство, являются следующие:

1. Профилактическое пространство – сложная динамическая система.
2. Эта система состоит из совокупности элементов и их переменных характеристик, связанных между собой как положительными, так и отрицательными обратными связями.
3. Важнейшим элементом системы, обусловливающим ее динамичность и сетевой, а не линейный (причина – следствие) характер трансформации, является человек.
4. Профилактическое пространство имеет:

- *индикаторные переменные*, которые характеризуют состояние системы на какой-то момент времени, зависят от многих других переменных этой системы, но сами значительно на нее не влияют;
- *критические переменные*, воздействуя на которые можно в значительной степени влиять на состояние всей системы.

5. Для определения состояния системы необходимо выделить, изучить и проанализировать индикаторные переменные.
6. Для обозначения мишеней воздействия необходимо исследовать, что же является критическими переменными, и разрабатывать планы работы в соответствии с ними.

На *макроуровне* профилактическое пространство может быть представлено как система, состоящая из следующих элементов: 1) первичной профилактической социально-поддерживающей среды; 2) компенсаторного пространства для представителей «группы риска» – социально дезадаптированных детей и подростков, в том числе страдающих зависимостью от наркотиков; 3) реабилитационного пространства как для зависимых несовершеннолетних и молодежи, так и для созависимых; 4) отношения общества к проблемам молодежи, в том числе к проблеме наркозависимости и алкоголизма.

Взаимоотношения элементов профилактического пространства как сложной динамической системы – нелинейные, полифакторные. Первичная профилактическая среда в этой системе основная, так как именно в ней располагаются все остальные элементы.

В то же время, на *микроуровне* элементы профилактического пространства для индивида (ребенка, подростка, молодого человека) представлены составляющими его системы отношений с миром и самим собой.

На *мезоуровне* можно говорить об элементах, с которыми индивид вступает в определенные отношения в процессе своей жизни, как о подсистемах: 1) учебное заведение и его среда; 2) семья и ее стиль, атмосфера; 3) места проведения досуга и их социально-психологическое содержание (дискотеки, клубы, кафе, двор, улица и пр.); 4) учреждения, обеспечивающие возможность трудоустройства и проявления социальной активности (отделы муниципалитета и общественные организации).

Максимальная интеграция деятельности специалистов и работы ведомств на указанных уровнях может серьезно ускорить нахождение оптимальных моделей системы превентивных мер. Это касается не только первичной профилактики, но и работы с зависимыми в стадии ремиссии: до сих пор отсутствует система поддержки и ресоциализации этих людей, помочь которым вернуться к нормальной жизни можно только сообща.

Литература и источники:

1. Белов, В. Г. Психология кризисных ситуаций : учебное пособие / В. Г. Белов, Ю. А. Парфенов. – СПб. : Невский институт управления и дизайна, 2010. – 175 с.

2. Белов, В. Г. Взаимоотношения с родителями и алкоголизация подростков / В. Г. Белов, Н. Н. Туманова // Научно-практический журнал «Наркология». – 2011. – № 2. – С. 69 – 72.

3. Зозуля, Т. В. Основы социальной и клинической психиатрии / Т. В. Зозуля. – М., 2001.

4. Клиническая и судебная подростковая психиатрия / под ред. В. А. Гурьевой. – М. : ООО «Медицинское информационное агентство», 2007. – 488 с.

5. Клиническая психология / под ред. Б. Д. Карвасарского. – СПб. : Питер, 2011.

6. Кулганов, В. А. Профилактика социальных отклонений (Превентология) / В. А. Кулганов, В. Г. Белов, Ю. А. Парфенов. – СПб. : СПбГИПСР, 2011.

7. Менделевич, В. Д. Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство / В. Д. Менделевич. – М. : «МЕДпресс», 2001.

8. Перре, М. Клиническая психология / М. Перре, У. Бауман – СПб. : Питер, 2003.