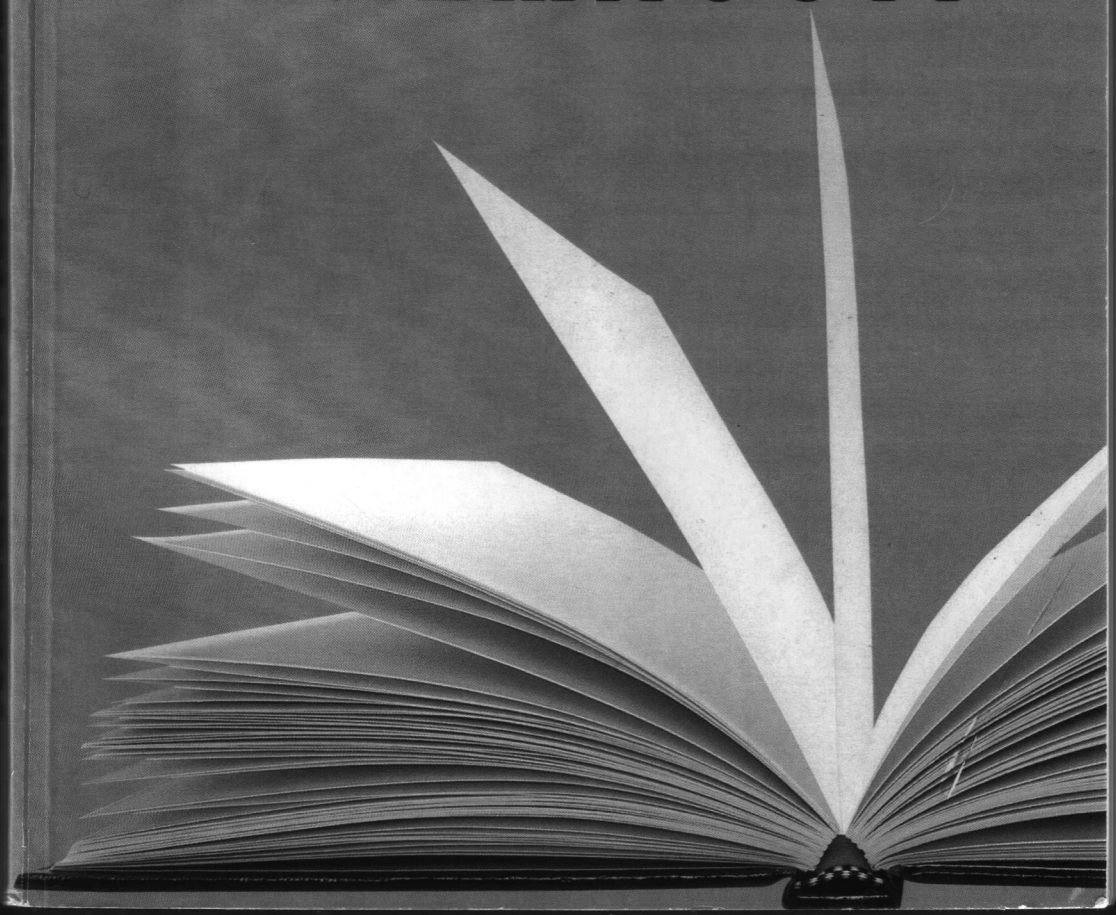
В.Б. ШАПАР
В.В. БОНДАРЕНКО
А.І. КОМИШАН

ПСИХОЛОГІЯ ЗАЛЕЖНОСТІ



МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ, МОЛОДІ ТА СПОРТУ

ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ
АВТОМОБІЛЬНО-ДОРОЖНІЙ УНІВЕРСИТЕТ

В.Б. ШАПАР, В.В. БОНДАРЕНКО, А.І. КОМИШАН

ПСИХОЛОГІЯ ЗАЛЕЖНОСТІ

Монографія

Харків, 2012

УДК 159.9
ББК 88.5
П 86

Рекомендовано до видання Вченою радою
Харківського національного автомобільно-дорожнього університету
(протокол № 10 від 07.06.2012 р.)

Рецензенти: Хомуленко Т.Б. – доктор психологічних наук, професор, завідувач кафедри практичної психології Харківського національного педагогічного університету ім. Г.С. Сковороди

Ушакова Н.І. – доктор педагогічних наук, професор, завідувач кафедри мовної підготовки іноземних студентів Харківського національного університету ім. В.Н. Каразіна

Рекомендовано до видання Вченою радою Харківського національного автомобільно-дорожнього університету Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України (протокол № 10 від 07.06.2012 р.)

Шапар В.Б., Бондаренко В.В., Комишан А.І.

П 86 Психологія залежності: Монографія. – Харків: КП «Міськдрук», 2012. – 202 с.

ISBN 978-617-619-087-5

Багаторічний досвід психолого-педагогічної діяльності авторів монографії дозволив систематизувати сучасні погляди на актуальні проблеми педагогічної психології – психічні залежності підлітків. Автори розкривають сутність психічної залежності, тенденції формування та розповсюдження комп'ютерної, наркотичної, алкогольної та тютюнової залежностей. Особливий акцент автори роблять на розладах й особливостях поведінки підлітків, зумовлених як уживанням психоактивних речовин, так і різноманітними видами комп'ютерної залежностей.

Наводяться сучасні дані про нові підходи для попередження, профілактики та зняття синдрому психічної залежності у підлітків.

Монографія адресована психологам, психотерапевтам, викладачам дисципліни «Соціальна педагогіка», студентам ВНЗ, науковим співробітникам, батькам.

© Шапар В.Б., Бондаренко В.В., Комишан А.І., 2012

Зміст

Вступ..... 4

Розділ 1. Психологія нових негативних форм залежностей у підлітків.....8

1,1. Комп'ютероманія.....8

1.2. Інтернет-залежність 15

1.3. Віртуальний наркотик: комп'ютерні ігри 27

1.4. Азартні ігри 32

Розділ 2 Актуальні проблеми психології трансформації класичних і нових форм наркотизму в підлітків 48

2.1. Тютюнова залежність. Психологічна клініка нікотинізму в підлітків.....48

2.2. Психологічні особливості підліткової наркоманії та токсикоманії 62

2.3. Психічні феномени сучасних форм синдрому алкогольної залежності в підлітків: пивний алкоголізм, винний алкоголізм.....113

Розділ 3 Психологічні методи та прийоми виходу із залежності підлітків 138

3.1. Психопрофілактика та терапія комп'ютероманії 138

3.2. Психопрофілактика та терапія інтернетоманії 143

3.3. Психопрофілактика та терапія ігрової залежності.....145

3.4. Психопрофілактика та терапія нікотинової залежності.....159

3.5. Психопрофілактика та терапія наркотичної залежності та токсикоманії.....166

3.6. Психопрофілактика та терапія алкогольної залежності.....188

Література.....198

Вступ

Останнім часом, практично в усіх напрямках психології, все більше уваги приділяється такому поняттю, як «залежність». Так, у соціальній психології під залежністю розуміють «надмірне покладання на підтримку, думки, переконання, ідеї і т.п. інших людей». У загальній психології, залежність трактуються як «нав'язливе бажання щось робити, приймати». У клінічній психології залежність – це «маніакальне бажання приймати лікарські засоби або інші речовини». Тут потрібно звернути увагу на те, що «бажання» у цьому випадку трактується, як устремління відчути ефекти, або уникнути неприємних відчуттів, що викликані відсутністю «лікарської чи іншої речовини».

Згодом виник термін «психологічна залежність», де під залежністю почали розуміти досить сильний потяг до певних речовин.

І, нарешті, у психофізіології, з'явилося поняття «фізіологічна залежність». Основною характерною рисою такої залежності є досить серйозні фізіологічні дисфункції, що виникають тоді, коли приймання лікарської чи психоактивної речовини раптово припиняється або якщо вводиться її антагоніст.

Прекрасне визначення поняттю залежності дає у своєму тлумачному словникові російської мови С.І. Ожегов: «Залежність іншим (іншому) при відсутності самостійності, свободи».

У нашій монографії ми пропонуємо поняття «залежний» – людина, яка знаходиться з кимось або з чимось у стосунках, що характеризуються залежністю від інших людей або речовин.

Саме ж поняття залежності у нашому випадку слід розглядати через «неможливість підлітка звільнитись від того, що може повністю зруйнувати його життя: комп'ютерна, ігрова, алкогольна, наркотична та інші залежності».

Головним є те, що механізм формування залежності, у принципі, є однаковим. Оскільки ми говоримо про негативні залежності, то всіх залежних людей поєднує бажання позбавитись від внутрішньої пустоти та психічного перенапруження. А зробити це швидко й без особливого напруження дозволяє пристрасть до чогось конкретного. Давно помічено, що все погане пристає до людини дуже легко. Дуже легко сказати людині щось неприємне, легко перекинути урну для сміття, легко перший раз уколотися й забутися. Набагато важче зробити щось гідне поваги. Для цього потрібно докладати певних зусиль. Але, якщо розібратись детальніше, то залежність дозволяє відключитись від негативної реальності, задушити докори сумління, позбавитись духовної пустоти. Так жити набагато легше, не потрібно напружуватись.

Люди «тікають» від реальності по-різному. Одні підживлюють себе адреналіном: займаються екстремальними видами спорту. Але в цьому випадку потрібна величезна сила волі, бажання та гроші. Інші – поринають у світ ілюзій. І роблять це вони за допомогою наркотиків, ігрових автоматів, комп'ютерних ігор, алкоголю.

Якщо для одних залежність можна розглядати через усталену особливість особистості, то для інших залежність – це нав'язливий потяг, психічна та фізична залежність.

Можна впевнено стверджувати, що в таких людей виникає манія. Слово «манія» походить від грецького слова «mania», що означає безумство, пристрасть, потяг. У психології під манією розуміють сильну, майже хворобливу пристрасть, потяг до чогось. Уже ні в кого не виникає сумнівів щодо того, що маніакальна пристрасть до алкоголю, наркотиків, комп'ютерів, ігор, тютюнокуріння є хворобою. Але хворобою, що ґрунтується на психічній залежності.

Яким же чином працює механізм формування залежності? На думку психологів, до залежності, перш за все, схильні одинокі люди, психічно неврівноважені, зі зниженою здатністю до адаптації в умовах стресу.

Формується залежність у людини й там, де відсутні любов і повага в родині, або ж існує несприятлива спадкоємність. Часто виникненню залежності сприяють переживання й неспроможність розв'язати існуючі проблеми. Людина намагається втекти від них, занурюючись у світ ілюзій.

Людині не притаманна залежність, якщо в неї все складається належним чином, вона знаходиться у злагоді із собою. Виникнення залежності – це неусвідомлена спроба контролювати свої почуття.

Інколи залежність виникає через цікавість. Особливо це стосується наркотиків й алкоголю. Частіш за все підліток вперше коштує наркотик у компанії. У 14-15 років дуже непросто сказати «ні» у своїй компанії – станеш чужим. А сучасні, особливо синтетичні наркотики, мають страшну властивість: один прийом викликає залежність. Саме тут і є дуже важливою роз'яснювальна робота педагогів і батьків, наявність сили волі у підлітка, що, на жаль, скоріше є винятком.

Процес формування й розвитку залежності полягає в наступному:

- під час виникнення інтенсивних переживань, що викликають негативний стан, підліток шукає та знаходить речовину чи спосіб, за допомогою якого, без зайвих моральних напружень, легко покращує свій психічний стан. До таких речовин можна віднести алкоголь або наркотики, до способів – гру;

- через досить незначний період часу встановлюється ритм життєдіяльності цього підлітка – він починає постійно звертатися до речовин чи способів, що викликають залежність;

- залежність стає складовою частиною особистості підлітка. Хоча на цьому етапі формування й розвитку залежності, контроль над підлітком ще можливий. Родичі та близькі люди здатні допомогти підлітку позбавитись від залежності. Але вони дізнаються про залежність підлітка лише тоді, коли відбувається повне поневолення особистості підлітка залежністю. Вона, залежність, не лише починає визначати спосіб життя підлітка, його ставлення до оточення, вона повністю домінує над ним. Саме в цей момент починає

руйнуватись його життя, з'являються суїцидальні думки та дії . Адже усе це відбувається з іще несформованою особистістю підлітка, психіка якого саме знаходиться у стадії формування. Чи ж здатний він сам зрозуміти, що з ним відбувається? Чи здатні його батьки зрозуміти проблеми підлітка, якщо в них і так напружені стосунки з ним, якщо вони з ранку до ночі працюють і підліток залишається сам на сам зі своїми проблемами?

Підлітку, який страждає від залежності, потрібна підтримка, розуміння з боку близьких людей, допомога фахівців. Самостійно, як правило, подолати залежність неможливо.

Розділ 1

Психологія нових негативних форм залежностей у підлітків

1.1. Комп'ютероманія

Сам термін «манія» трактується як порушення настрою, що характеризується цілою низкою симптомів: неадекватний піднесений настрій, надмірна моторна активність, імпульсивність, надзвичайно швидке мислення та мова. Це є компонентом деяких порушень настрою, особливо маніакального аспекту біполярного розладу. У свою чергу, біполярний розлад є основним розладом настрою, при якому спостерігається маніакальні та депресивні епізоди, тобто проявляються обидва полюси афекту.

Якщо розглядати суфікс «манія», то він використовується для позначення обсесивної зайнятості специфічної активності або моделлю мислення, чи компульсивною потребою діяти таким чином, що не відповідає нормам поведінки, наприклад, клептоманія, піроманія тощо.

Якщо поєднати такі поняття як «манія», «обсесивна зайнятість» і «компульсивна потреба», то ми отримаємо поняття «обсесивно-компульсивний розлад», що є дуже важливим для розуміння терміну «комп'ютероманія». Обсесивно-компульсивний розлад – це різновид тривожних розладів, що мають дві суттєві характеристики: думки, які постійно повертаються, тобто нав'язливі думки, ідеї та почуття, ритуалізована, постійно повторювана поведінка. Спроби протистояти компульсії викликають зростання напруженості й неспокій, які можуть бути моментально послаблені або зняті зовсім.

Усе зазначене повною мірою відноситься до поняттю «комп'ютероманія», так само, як і наведені вище «піроманія», «клептоманія» та інші.

Комп'ютер – це чудова річ і незамінний помічник у професійній діяльності більшості професій сучасності. Існує тільки одне велике ***АЛЕ***, яке

й призводить до того, що комп'ютер стає свого роду наркотиком: зловживання комп'ютером. Саме в цьому випадку й виникає комп'ютероманія, що вкрай негативно впливає на психіку та фізіологію підлітка.

Те, що при зловживанні комп'ютером наноситься величезна шкода психіці людини стало відомо давно, хоча почали говорити про це всього кілька десятиліть тому, після випадків убивств і самогубств, викликаних комп'ютероманією і на які, нарешті, звернули увагу засоби масової інформації.

Дослідження психологів показали, що при користуванні ПК, особливо при недотриманні нормального режиму роботи, у підлітків погіршується пам'ять, розсіюється увага, зростає дратівливість і збуджуваність. У них, на фоні недосипання, зростає втомлюваність, підлітки часто скаржаться на головний біль. Та й сам сон стає уривчастим і коротким. Сучасний підліток віддає перевагу тому, щоб знаходитись у мережі стільки, скільки це є можливим і частіш за все вночі. З'являється недосипання, що, у свою чергу, викликає неуважність, пригніченість, головний біль. Це є одним із компонентів формування обсесивно-компульсивного розладу.

Підліток, в якого сформована комп'ютерна залежність, автоматично отримує на додаток і психологічну залежність від віртуальної реальності. Людина, яка користується комп'ютером у межах розумної норми й не «зависає» у мережі цілодобово, інколи навіть не розуміє, як віртуальний світ може заполонити свідомість підлітка й стати для нього більш реальним, ніж світ, що його оточує. Але туг, якраз усе просто. Підліток входить у створену ним на моніторі реальність, а вона, у свою чергу, входить у його свідомість, приживається там і поступово витісняє все. З часом межа між вигаданим і реально існуючим світом стирається, і він починає існувати у двох світах одночасно. На думку психологів саме на цій стадії починається роздвоєння свідомості на реальну й віртуальну, в якій поступово перемагає віртуальна.

Підлітки починають відчувати до ПК те, що зазвичай відчувають до людини. І якщо комп'ютер починає працювати поволі, зависає, або йому вже

не вистачає «пам'яті», на нього починають сердитись, сваряться, б'ють його тощо. Техніка є техніка, і їй притаманні деякі збої в роботі. Якщо це трапляється, то ПК починають обзивати, обіцяють покарати та реально карають. Виникає те, що зазвичай називається олюдненням предмету. Але в цьому випадку предмет, що призначений для надання допомоги людині в роботі, починає домінувати над людиною й усім, що її оточує. ПК починає замінювати усе й усіх: друзів, спілкування, прогулянки, театри, кафе й інше.

Коли автори розповідають про це на своїх лекціях, обов'язково знаходиться студент, який намагається довести, що спілкування в Інтернеті є набагато цікавішим, ніж у реальності, і що там реальність навіть більш відчутна. Тоді автори пропонують цьому студенту поспілкуватись з товаришами по групі прямо на лекції на будь-яку, запропоновану студентом тему. Обмежуючи лише часовий параметр спілкування – не більше п'яти хвилин. Автори не пам'ятають випадку, щоб хто-небудь з таких студентів протримався більше трьох хвилин. Студент порушує не тільки основні закони слухання й спілкування, але й швидко вичерпується.

Якщо розібрати ці кілька хвилин на складові, то можна побачити, що:

- студенту явно не вистачає часу для обмірковування відповідей або формулювання своїх питань. У віртуальній реальності він встигає все це робити, у реальних умовах він починає губитися на другій хвилині;
- сприйняття студентом інформації на слух ускладнене. Вона ним просто не запам'ятовується. І, як слідство, спілкування з ПК призводить до ще однієї проблеми, проблеми вищої школи – студенти не можуть вести конспект під час лекцій. Їм потрібно давати матеріал під запис. Звідси атрофія робочої пам'яті, майже повна відсутність виокремлення головного зі сказаного й невміння аналізувати отриману інформацію;
- якщо автори починають користуватися деякими риторичними засобами висловлювання думки, наприклад, порівняннями, метафорами, заявами, перехрещуваннями тощо, то студент замовкає;

- намагаючись розворушити студента, автори починають потрохи напружувати ситуацію спілкування, використовуючи провокування, антитези, несподіване висловлювання або просто гру слів – студент у цій ситуації просто впадає у ступор.

Аналіз спілкування по ПК показує, що і студенти, і підлітки спілкуються короткими рубленими фразами, через обмежений запас слів. Міркування з приводу чогось абстрактного відсутні взагалі. Звідси виникає обмеженість словникового запасу й відсутність уміння висловлювати свої думки.

Абсолютно природним є питання: «А до чого ж тут ПК?». Відповідь очевидна: тривале спілкування з ПК формує звичку спілкуватись за допомогою обмеженої кількості слів і тільки на загальні теми. Час витрачений на спілкування з ПК є марно втраченим. Наші підлітки практично не читають і дуже мало пишуть, а людина яка перестає читати поступово втрачає навички формулювання й висловлювання власної думки. Такі підлітки переходять на телеграфний стиль спілкування (так його називали раніше, сьогодні, здебільшого, він зветься «стиль SMS»). Дослідження, проведені нами, показали, що підлітки-старшокласники, виконуючи домашні завдання, протягом тижня пишуть не більше ніж 1,5 сторінки шкільного зошита (це без завдань з математики). Невміння викладати свої думки на папері призводить до того, що вони не вміють переводити внутрішню мову в письмову, і, як слідство, у них формується вузькість мислення й обмеження можливостей розвитку творчої особистості.

Якщо комп'ютеромана відірвати від ПК, то в нього виникає ефект «ломки», як у справжнього наркомана. Підліток починає поводитись неспокійно, метушитись, безпідставно дратується, у нього зростає агресивність.

Зазвичай ми говоримо, що підліток формується як особистість під впливом його стосунків з оточенням: родиною, товаришами, суспільством у цілому. Але у випадку з комп'ютероманією особистість підлітка руйнується,

ще не розпочавши формуватись як особистість дорослої людини. Але й це ще не все. Відомий вислів «у здоровому тілі здоровий дух» не про підлітків-комп'ютероманів. Постійні соматичні розлади мають 90 відсотків підлітків-комп'ютероманів. Проявляються вони через пригнічення імунної системи, що призводить до частих простудних захворювань, сидячий образ життя – викликає запори й геморой, наявність тривалого впливу електромагнітних полів, створюваних ПК, – онкологічні захворювання. Величезна кількість підлітків сьогодні потерпає від різноманітних алергій: припухлість повік, почервоніння очей, сльозоточивість, так званий «пісок в очах», свербіж, висипання, сухість шкіри, постійний нежить. Батьки з підлітками стають постійними пацієнтами лікарів, які виписують величезну кількість ліків, що допомагають лише на короткий час. А потім знову все з початку: комп'ютер – лікар – аптека – комп'ютер і так по колу. Проблема не в хворобі, а в її першоджерелі – комп'ютері.

Чому так відбувається? При нагріванні, особливо влітку, ПК виділяє пари різноманітних смол, фтору, хлору й фосфору, складові яких входять у конструкцію ПК. У складі пластику, з якого виготовлено корпус ПК, є сповільнювачі горіння, які здатні разом з пилом утворювати повітряну суміш, що викликає виникнення неврологічних розладів і захворювання аутизмом. Неврологічні розлади проявляються в підлітків у вигляді неврастенії, істерії або нав'язливих станів. Але, частіш за все, психологи зустрічаються з аутизмом у комп'ютерозалежних підлітків. У цьому випадку відбувається накладка, згадуваної вище шкідливої для здоров'я повітряної суміші, на поведінку залежного від ПК підлітка в плані втечі від реальності.

Батьки часто не можуть зрозуміти в чому справа, а все дуже просто. Аутизм проявляється у «втечі» підлітка від контактів з реальністю й зануренні його у замкнений світ власних переживань. Термін було запропоновано для позначення психічних порушень, пов'язаних зі зниженням можливостей суб'єкта довільно керувати своїм мисленням, відключатись від болючих думок навколо обмежених тем і бажань, що

проявляються у спробі уникнути будь-яких контактів, як відсутність потреби у спільній діяльності.

Зазвичай термін аутизм почали використовувати при описанні індивідуальних особливостей, пов'язаних із переважною орієнтацією особистості на свою внутрішню картину світу й внутрішні критерії в оцінці подій, що супроводжується втратою здатності до інтуїтивного розуміння оточення, до програвання їх ролей та неадекватним емоційним реагуванням на їхню поведінку.

Інакше кажучи, аутизм можна розглядати як крайню форму й стан психологічного відчуження.

Психологи навіть ввели таке поняття, як дитячий аутизм, розглядаючи його як властивість дитини, розвиток якої характеризується різким зниженням контактів з оточення, слабо розвиненою мовою та своєрідною реакцією на зміни в оточенні.

У плані формування й зміцнення скелета підлітка ПК також відіграє вкрай негативну роль. Згорблена поза під час «спілкування» з ПК сприяє викривленню осанки й хребта. У свою чергу, викривлення хребта та сидячий образ життя недостатньо навантажують м'язи спини, що призводить до їхньої деградації та порушення обміну речовин у міжхребтових дисках. У результаті – остеохондроз, який страшний тим, що порушує приток крові до головного мозку. Порушення мозкового кровообігу викликає цілу низку страшних захворювань, серед яких на першому місці стоїть інсульт, який стає все молодшим. Причиною усьому є хребет, який у підлітковому віці ще недостатньо зміцнів.

Таке поняття як професійні хвороби на слуху вже кілька десятиліть. Але сьогодні про це говорять усе рідше. Пов'язано це із значними економічними й соціальними змінами у суспільстві: на перше місце все більше виходить економічна доцільність будь-якого виробництва, сфери послуг, спорту й навіть мистецтва. Ми дуже рідко на практиці стали згадувати про охорону праці, хоча теоретично вона існує (від навчальної

дисципліни у ВНЗ до посади інженера з техніки безпеки на виробництві). Але ж навіть представники таких професій як комп'ютерники, піаністи, художники, тенісисти страждають від професійних захворювань кисті руки. Проявляється захворювання у запаленні сухожилля кисті, зап'ястку й плеча (тендовагініт), сухожилля великого пальця (хвороба де Кервіна), сухожилля передпліччя й ліктьового суглобу (травматичний епікондиліт), відбувається защемлення середнього нерву руки (синдром каналу зап'ястка).

Усі перелічені хвороби притаманні комп'ютерозалежним підліткам. Під час роботи на ПК їхні руки постійно зігнуті в ліктях, а кисті рук напружені й часто знаходяться у висячому положенні. Такий спосіб роботи особливо притаманний тим користувачам, які працюють з ноутбуком. З'являється набряк, що здавлює нерви. Пальці рук починають спочатку терпнути а потім боліти. Біль особливо гостро відчувається вночі та зранку. Підліток і так пізно лягає спати, а тут ще й нерівний, переривчастий сон. А що таке постійний недосип і як він впливає на людину в монографії говорилось вище.

Ще цікавіше те, що відбувається з великим пальцем руки. Через постійне натискання на «пробіл», він виконує частий механічний рух, що призводить до запалення суглоба. Це не лише боляче, але й зменшує його рухомість.

Останні дослідження психофізіологів показали, що в тих людей, які дуже багато часу проводять за ПК, значно ослаблюються сухожилля на пальцях рук і що різке збільшені навантажень на пальці може призвести до їх розриву. Наприклад, підліток взувається, але при цьому замість ріжка для взуття використовує власні пальці. Під час таких дій значно зростає ймовірність повного розриву сухожилля одного з пальців. Травматологи все частіше й частіше у своїй практичній діяльності зустрічаються з такими травмами у підлітків.

Що таке короткозорість або далекозорість знає кожний. Але далеко не всі знають скільки незручностей доставляє таке захворювання підлітку. Крім

того, він ще не розуміє скількох цікавих життєвих моментів він позбавлений через свої проблеми з очима та скількох цікавих професій буде позбавлений у подальшому. Знову ж таки останні дослідження психофізіологів показали приголомшливі результати: через півгодини знаходження за ПК у чверті підлітків тимчасово падає зір, а в тих, у кого хоча б один з батьків короткозорий або далекозорий, таке відбувається буквально через десять хвилин. Довге й постійне спілкування з ПК призводить до закріплення порушень зору. Але й це ще далеко не все. Постійне перенапруження очей, а саме м'язів очного яблука, призводить до спазму великих і мілких кров'яних судин ока. Очне яблуко вкривається сіткою дрібних кров'яних судин і в підлітка з'являється відчуття різі й тиску в очах. Очі набухають, сльозяться. Якщо в них потрапляє пил, а він присутній біля будь-якого ПК, починається кон'юнктивіт. Підліток починає терти очі пальцями, а про стерильність клавіатури й мишки говорити не доводиться, і результат, що називається, на обличчі. Окрім того ця хвороба ще й заразна.

Таким чином можна з впевненістю сказати, що комп'ютероманія є однією з негативних проблем, з якою сучасний підліток зустрічається щодня. У даній частині монографії авторами були наведені загальні уявлення про комп'ютерну залежність, її вплив на психіку й фізіологію підлітка. Далі нами будуть розглянуті питання різних видів залежностей підлітків, так чи інакше пов'язаних з ПК.

1.2. Інтернет – залежність

Мало хто знає, що термін «інтернет-залежність» з'явився ще наприкінці минулого століття й запропонував його американський психіатр Айвенг Голдберг. Під цим терміном він розумів непереборний потяг до користування Інтернетом, що характеризується згубним впливом на побутову, навчальну, робочу, родинну, фінансову та психічну діяльність людини.

У літературі, присвяченій цій проблемі, з'явилося й загальноприйняте на сьогодні визначення Інтернет-залежності: «Інтернет-залежність – це нав'язливе бажання увійти до Інтернету, знаходячись в off-line, і неспроможність вийти з Інтернету, будучи on-line». Щоб було зрозуміло, off-line – це режим роботи поза Мережею, у той час як on-line – це режим роботи у Мережі в реальному часі.

Інтернет-залежні люди не лише проводять у Мережі практично увесь свій вільний час, але й починають у ній «зависати» по 12 – 18 годин на добу, забувши про все. Інакше кажучи, закінчується реальне життя людини й починається віртуальне.

Але це то, що відбувається з дорослою людиною. Ще більшим є вплив від постійного знаходження в Інтернеті на незміцнілу психіку підлітка з його остаточно несформованими соціальними навичками.

Психологами описані такі симптоми інтернет-залежності: нав'язливе бажання перевірити свою поштову скриньку в Інтернеті; постійне очікування наступного сеансу роботи в Мережі; пристрасть до розваг в Інтернеті; непереборний потяг до пошуку інформації в Інтернеті; патологічний потяг до мережевих ігор; прихильність до онлайн-аукціонів; постійні електронні покупки в Інтернеті.

Підліток, під час знаходження в Інтернеті, відчуває ті ж самі симптоми, що й наркоман. У нього не лише з'являється піднесений, радісний, веселий настрій, він впадає ще й у стан безтурботності, що ніяк не відповідає об'єктивним обставинам. Окрім того, у нього спостерігається мімічне, а в деяких випадках і загальне рухове пожвавлення, психомоторне збудження. Він просто не помічає, або ігнорує, зовнішні події, перестає адаптуватись до мінливих ситуацій реального життя. Та й як можна звертати увагу на дійсність, коли перед ним виникає фантастичний світ, в якому він або супергерой, або на відстані грає з такими ж підлітками. Час взагалі зникає й підліток починає приховувати від батьків те, скільки часу він проводить на сайтах.

У цілому, підліток, який стає Інтернет-залежним, проходить як би три стадії розвитку своєї пристрасті. Те, що ми розкрили вище, є першою стадією залежності від Інтернету. Симптоматика другої стадії східна з першою, але вона має свої особливості. Підліток настільки стає залежним, що якщо його на якийсь час вивести з мережі, то в нього виникає стан дуже схожий з «ломкою» наркомана. Практично всі психічні пізнавальні процеси, а до них відносять увагу, пам'ять, мислення, сприйняття та інші, перестають працювати повною мірою. Знижається загальна працездатність, з'являється безсоння, нервозність, іноді підліток впадає в депресію. Пояснюється це тим, що всі думки підлітка знаходяться там, у мережі, і його неперебороно тягне туди, в мережу. А щоб позбавитись нав'язливих думок про мережу, у тих випадках коли батьки просто забороняють або контролюють час знаходження підлітка в мережі, він починає шукати замінник і легко його знаходить у вигляді сигарет, спиртного або наркотиків. Психологи давно помітили, що все частіше й частіше поява наркозалежності є слідством інтернетоманії. Друга стадія, врешті решт, закінчується тим, що в підлітка починає постійно боліти голова, з'являється різь в очах, починає стрибати тиск і лікарі ставлять діагноз гіпертонія, навіть не здогадуючись про її причини. З'являється тремор рук. Батьки докладають масу сил для лікування підлітка, водять його по лікарям, і всі переконані, що винні в цьому забруднення довкілля або слабке здоров'я. Підліток починає все частіше й частіше пропускати школу, відставати в навчанні, привчає батьків до того, що його слабке здоров'я потребує особливої опіки.

Найбільш цікавими й значними є показники третьої, завершальної стадії формування інтернетоманії.

Як і наркоман, підліток перестає отримувати задоволення від знаходження в мережі, але відмовитись від подібного проводження часу вже не в силах. Порушено вольові властивості підлітка, він не в силах переключити свою увагу на щось інше, повністю зникає така якість особистості як самоконтроль. Звідси повна соціальна дезадаптація, що

призводить до конфліктів як з близькими, так і зі знайомими людьми. Проблема третьої стадії ускладнюється ще й небажанням підлітка звертати увагу на свій зовнішній вигляд: він перестає вмиватись, починає ходити в брудному м'ятому одязі.

За даними, що були отримані в ході досліджень, проведених кафедрою педагогіки, психології та професійної підготовки Харківського національного автомобільно-дорожнього університету, однією з основних причин Інтернет-залежності є невміння підлітка будувати стосунки з оточенням. Звідси виникає невдоволеність собою, знижується самооцінка, виникає постійна невпевненість у власних силах і поступках. А в Інтернеті його ніхто не бачить, не знає й він може позиціонувати себе сильною, мужньою, впевненою в собі людиною. Підліток починає жити у світі фантазій, що набагато простіше, ніж доводити ділом свою значимість. І це настільки затягує, що реальне життя стає нецікавим, прісним.

Для того, щоб психологам, психіатрам і лікарям було легше орієнтуватися в сучасних хворобах Всесвітньою організацією охорони здоров'я була розроблена Міжнародна класифікацій хвороб (МКХ). За ці роки було опубліковано багато редакцій МКХ. І якщо в МКХ-10, 1992 року видання, ще нема самого поняття Інтернет-залежність, хоча є великий розділ, присвячений психічним розладам, що пов'язані з патологічним потягом до азартних ігор, то в наступному виданні поняття «комп'ютероманія» вже зафіксовано.

Після аналізу проблематики та після проведення додаткових досліджень ми вивели симптоматику Інтернет-залежності:

- часте, нав'язливе бажання підлітка перевіряти електронну пошту;
- скорочення часу на їжу або звичка їсти перед включеним ноутбуком (монітором);
- вхід до мережі у процесі роботи, не пов'язаної з комп'ютером;
- скарги батьків на надмірне знаходження підлітка за ПК;
- втрата відчуття часу, проведеного в мережі;

- спілкування з друзями через Інтернет, не лише on-line, переважає над особистими зустрічами;
- постійні згадки про on-line зустріч, що відбулась, та передчуття наступної;
- ігнорування родинних і навчальних обов'язків, стану свого здоров'я, що спровокований постійним або дуже частим знаходженням у мережі;
- невміння контролювати час знаходження в мережі;
- пропуск навчальних занять;
- поява стомленості, дратівливості, пригнічений настрій при виході з мережі й непереборне бажання повернутися в неї;
- заперечення наявності залежності.

Показовим є також і те, що все більша частина Інтернет-залежних підлітків починає страждати дисоціацією, яку психологи розуміють як порушення взаємозв'язку психічних процесів. Інакше кажучи, узгоджений набір дій, думок, стосунків або емоцій стає відокремленим від іншої частини особистості людини й функціонує незалежно. Таке явище можна назвати провісником шизофренії. Різниця полягає в тому, що при шизофренії спостерігається загальне розщеплення свідомості людини й повна втрата контакту з реальністю. У нашому випадку – часткове розщеплення й часткова втрата.

При дисоціації певні психічні функції, що зазвичай інтегровані з іншими, діють у тій чи іншій мірі відособлено або автоматично та знаходяться поза сферою свідомого контролю й поза процесами пам'яті. Цей психофізіологічний процес, через посередництво якого потоки вхідної та вихідної інформації, а також інформація, що зберігається в пам'яті підлітка, активним чином відхиляються від інтеграції, тобто від побудови асоціативних зв'язків. Характеристиками дисоціативних станів виступають:

- типи мислення, при яких домінують архаїчні форми;
- порушення відчуття часу;
- почуття втрати контролю над поведінкою;

- зміни емоційної експресії;

- порушення сприйняття;

- зміни сенсу або значимості актуальних ситуацій чи ситуацій, що мали місце в минулому;

- висока сприйнятливість до сугестії (навіювання).

Аналіз наукової літератури та різноманітних підходів до вивчення феномену Інтернет-залежності, а також самостійні дослідження, допомогли виявити основні форми дисоціації, що можуть виникати в інтернет-залежних підлітків: абсорбція, неуважність, деперсоналізація, дисоціативні зміни ідентичності особистості, амнезія. Далі ми пропонуємо детальну характеристику основних форм дисоціацій, з урахуванням їх проявів в особистості підлітків.

Абсорбція – специфічний стан уваги та свідомості, що характеризується напруженістю, зусиллям, інтересом, здивуванням, відчуттями активності та зануренням у діяльність. Односпрямованість, високий ступінь та вузький обсяг уваги характеризують як стан концентрації, так й абсорбції. Різниця між ними пояснюється таким чином. Концентрація є свідомістю повсякденною; абсорбція ж – незвичайною. Концентрація – це робота; абсорбція – гра та розваги. Концентрація включає в себе інтенсивну розумову діяльність: когнітивне переосмислення, аналіз та роздуми. Абсорбція означає тимчасову зупинку будь-якої внутрішньо ініційованої діяльності. Концентрація – це взаємодія та зусилля; вона націлена на отримання практичних результатів. Абсорбція ж реактивна, навіювана, знімає напругу й розчиняє особистісне Я, гармонійно захоплює через якесь причарування. При концентрації очевидним є чіткий розподіл суб'єкту й об'єкту – почуття «мого», що протистоїть чомусь зовнішньому. Абсорбція ж – це єдиний контроль уваги, що призводить до тотального недиференційованого стану тотальної уваги; це переживання злиття із зовнішнім об'єктом.

Неуважність. Пряме відношення до дисоціації мають такі форми неуважності, як мрійливість або марення наяву, а також «відсутній погляд».

Прикладом такої неуважності може бути блукання думки при читанні, коли через якийсь час читач раптом усвідомлює, що перегорнув кілька сторінок і при цьому абсолютно ігнорував смисл тексту й не пам'ятає прочитаного. Дорожній транс (гіпноз) або тимчасовий провал є феноменами, близькими до стану «відсутнього погляду».

Деперсоналізація. Деперсоналізація характеризується своєрідним роздвоєнням: підліткам, які переживають цей стан, здається, що вони втратили відчуття реальності, свого тіла й зовнішнього світу; вони говорять про втрату своїх емоцій, про відсутність образів у процесі мислення, про повну пустоту психіки. Їм здається, що вони переживають зникнення свого Я, знеособлюються й перетворюються в безвільні автомати. Тим не менш, об'єктивне дослідження показує відносне збереження функцій органів почуттів, емоційних переживань і розумового процесу.

Дисоціативні зміни ідентичності. Дисоціація може призводити й до змін ідентичності, які, так само як і інші дисоціативні феномени, розташовані вздовж континууму «норма – патологія» і виражаються або в транзиторних станах, що швидко минають, або у важких формах психопатології, наприклад, у такому розладі, як дисоціонована особистісна ідентичність.

У цьому стані спостерігаються помітні зміни в переживанні фундаментальної єдності Я. Наприклад, під час розмови підліток помічає, що поводиться як автомат і слухає себе наче зі сторони. Якщо таке роздвоєння триває досить довго, звичайний плин думок порушується; але за короткий проміжок часу підліток переживає «роздвоєність» власної особистості без будь-яких втрат. Феномен роздвоєності виникає тоді, коли події психічного життя переживаються начебто двома окремими, абсолютно незалежними одна від одної особистостями, кожній з яких властиві свої переживання й асоціації у сфері почуттів.

У цьому випадку мова йдеться не про конфлікт мотивів, пристрастей і моральних установок і т.п. й не про випадки множинної особистості (роздвоєння особистості, що представляє собою «об'єктивну даність при

альтернуючому стані свідомості»).

Амнезії. Це явище представляє собою розлад пам'яті, що відноситься до певного обмеженого відрізку часу, про який нічого (або майже нічого) не вдається згадати. Окрім того, під «амнезією» розуміється менш жорстко прив'язані до певного часового інтервалу переживання. Виокремлюють такі випадки проявів амнезії:

1) розладу пам'яті немає, є лише стан глибокого розладу свідомості, абсолютно не здатної до апперцепції (здатності до усвідомлення цілісного змісту), і, відповідно, до запам'ятовування; жодний зміст не входить у пам'ять і, відповідно, нічого не пригадується;

2) апперцепція можлива на якийсь обмежений проміжок часу, але здатність до запам'ятовування серйозно порушена і, як наслідок, зміст інформації не фіксується та не утримується в пам'яті;

3) за умов аномального стану можливим є швидкоплинний, ледь помітний, спогад, але інформація, що відклалася в пам'яті, руйнується під впливом органічного процесу (найбільш виразно це проявляється при ретрофазних амнезіях, наприклад, після травми голови, коли все, що було пережито людиною протягом останніх годин або днів перед отриманням травми, є абсолютно недоступним);

4) розлад відтворення. Певний зміст у повному обсязі є присутнім у пам'яті, але здатність до його відтворення втрачено (успішне відтворення змісту є можливим лише під впливом гіпнозу). Індивіди не можуть пригадати деякі переживання (систематична амнезія), якісь конкретні періоди свого життя (локалізована амнезія), своє життя в цілому (загальна амнезія). Такі індивіди не справляють враження людей, які потерпають від амнезії. Врешті решт, амнезія може зникнути – або сама по собі (часто буває так, що вона періодично зникає та з'являється знову), або під впливом гіпнозу.

Матеріал, що піддався розщепленню (дисоціації), зберігає певний зв'язок із свідомим психічним життям: він впливає на усвідомлені дії й тим самим наближається до рівня свідомості.

Усе зазначене вище призводить до того, що підлітки підміняють своє реальне життя життям в Інтернеті. З 1200 опитаних підлітків, які проводили в Інтернеті від двох годин і більше, 27% займаються в Інтернеті сексом, закохуються, а іноді навіть доходить і до кіберсуїциду.

Звідси й виникає ціла низка особистісних і соціальних проблем, викликаних Інтернет-залежністю, але відкладених на декілька років.

Проблема перша. Можна сміливо заявити, що для Інтернет-залежних підлітків проблема їхніх майбутніх родинних стосунків, та й взагалі створення родини, стає актуальною. Можна навести численну кількість прикладів, коли руйнуються родини через велику кількість знайомих в мережі й постійне спілкування з ними одного з членів родини. Сьогодні психологи вже говорять про так званих «комп'ютерних удовиць», жінках, чоловіки яких перестали звертати на них увагу через комп'ютероманію, та про «комп'ютерних удівців», чоловіків, які мають аналогічну проблему.

Проблема друга. Патологічне спілкування в чатах замінює справжню родину та друзів віртуальними знайомствами та контактами. Нормальний діалог з людьми замінюється сурогатним спілкуванням у Мережі. Люди втягуються в переписку, без якої могли б спокійно обійтись. Дружини до світанку розсилають повідомлення електронною поштою, абсолютно ігноруючи чоловіка. Чоловіки безупинно «качають» музику, проводять ночі в компанії фантазій, ельфів і чаклунів. Такі люди без міри користуються сайтами для розваг. Вони навіть «коханням» займаються по Інтернету.

На сьогодні вже існують програми, що заміняють природне фізіологічне спілкування чоловіка та жінки на комп'ютеризований онанізм і статеві збочення. За їх допомогою дорослі та підлітки відчувають сексуальну насолоду в будь-який момент, з ким завгодно і як завгодно. Дійсно, комп'ютер реагує наче живий половий партнер, й уже не сприймається у зміненій свідомості людини як бездушний прилад.

Після того, як ця пагубна пристрасть сформувалась та закріпилась, створити міцну родину чи уникнути розлучення досить проблематично.

Психологи, які займаються родинними проблемами, говорять, що саме Інтернет усе частіше й частіше призводить до родинних криз. Інтрижки, зради, коханки та коханці – це все те, чому повною мірою сприяє мережа.

Проблема третя. За допомогою Інтернету є дуже спокусливим створювати будь-яку особистість, яку підліток може собі уявити.

Наприклад, «сіра миша», сором'язлива школярка, відмінниця, обійдена увагою своїх однокласників, здатна видати себе за розбещену, рокову жінку. А підліток, який має певні труднощі при спілкуванні з дівчатами, у віртуальному світі прекрасно справляється з роллю гультяя, завзятого плейбою або досвідченого чоловіка.

Але ж яке розчарування настає для нього чи неї, коли вони домовляються про зустріч і приходять на неї. Замість очікуваного сильного, впевненого у собі підлітка, який уміє все та практично все знає про життя, або яскравої, заможної дівчини вони зустрічаються з проблемними особистостями, надмірно наповненими комплексами, стереотипами сприйняття собі подібних, зарозумілими та впевненими в тому, що вони кращі за всіх, але їх ніхто не розуміє. Зустрівшись кілька разів з подібними особистостями та їхніми проблемами, а таких чимало в Інтернеті, підліток більше й не думає про особисту зустріч, а продовжує свою дорослу віртуальну гру далі.

Ці та інші проблеми інтимно-особистісного характеру часто призводять до агресивної чи суїцидальної поведінки інтернет-залежного підлітка. Батьки, порушуючи всі канони педагогіки та психології, починають використовувати для виховання підлітка крики, ремінь, важкі предмети, забороняють користуватись ПК. І це ще більше поглиблює проблему, тому що в цих випадках може допомогти тільки фахівець. І вже зовсім абсурдною є поведінка батьків, коли вони в ультимативній формі заявляють підлітку про те, що зведуть рахунки з життям, якщо він не покине Інтернет, або не перестане цілодобово «висіти» в мережі

Можна дійти висновку, що при сформованій комп'ютерній залежності,

особливо її третій стадії, розчулити підлітка чи вплинути на його поведінку майже неможливо.

Ще кілька років тому по країні прокотилась хвиля підліткових самогубств, викликаних, як з'ясувалося пізніше, спілкуванням в Інтернеті. Психологи назвали подібне явище кіберсуїцидом. Підлітки по мережі домовляються про самогубства й у визначений час та у визначеному місці відбувається суїцид одного або кількох прихильників віртуального світу.

З психологічної точки зору це відбувається тому, що у сучасних підлітків притуплений або відсутній інстинкт самозбереження. Підлітку здається, що після його смерті він побачить як будуть страждати родичі, як їм буде важко без нього, а потім, через якийсь час він зайде в дім і все стане в нього добре. До речі, подібне ставлення до власного життя стає майже нормою, воно формується й розвивається з віком, и проявляється в будь-яких ситуаціях. Наприклад, подивіться, що відбувається сьогодні на дорогах, коли автомобілем управляє людина 18 – 22 років. Обгін з правого боку, виїзд на зустрічну смугу, обгін на пішохідному переході, постійне перевищення швидкості руху, а в результату – каліцтва та смерті ні в чому не винних людей. Якщо молода людина залишається живою, або з нею починає розбиратись суд, тільки тоді вона починає замислюватись над своєю поведінкою, та й то не завжди й не надовго.

За цим же сценарієм діють і підлітки-самогубці, які прийшли до цього поступку через мережу. У мережі існує досить багато сайтів, на яких розповідають не тільки про те, як швидко здійснити суїцидальний акт, а й запропонують численну кількість сценаріїв подібного діяння. Привертають увагу подібні сайти тих підлітків, в яких неусталена психіка, проблемні стосунки з батьками або однолітками, а також тих, хто зазнає обструкцію чи насилля. Часто здійснюють суїцид ті підлітки, які стали жертвою сексуального насилля, особливо якщо це насилля скоїла близька людина – батько, дідусь чи вітчим. З точки зору підлітка про це нікому неможна розповісти. Соромно, та й постійні погрози заставляють мовчати, і при цьому

продовжується насильство. Саме тоді й з'являється, як світло в кінці тунелю, вихід – суїцид.

Зрозуміло, що ПК це дуже корисна річ, але за певних умов користування нею (детальніше про ці умови наприкінці цього розділу). А от користуватись цією корисною річчю підліток може лише під пильним контролем дорослих, які повинні враховувати особливості його психічного розвитку І тут абсолютно природно виникає питання: може батькам просто заборонити підліткам користуватись ПК?

Лев Касіль у своїй знаменитій повісті «Швамбрания, или три страны, которых нет на карте», розповів про систему навчання та виховання гімназистів у Росії до 1917 року. Жорсткий контроль за виконанням домашніх завдань, за процесом навчання та поведінки гімназистів як у гімназії, так і поза її стін, велика роз'яснювальна робота стосовно необхідності отримання освіти дозволяли випускнику класичної гімназії отримувати освіту на рівні сучасних інститутів й університетів. А вже потім вони йшли вчитись далі й отримували вищу освіту. Таким чином суспільство отримувало не тільки високоосвіченого фахівця, а й виховану в традиціях суспільства молоду людину. Своєрідна політика «батога та пряника» приносила свої плоди.

Говорячи про дисципліну, ми не закликаємо до «заборонної», або, як казав А.С. Макаренко, «гальмівної дисципліни». Дисципліна, що досягається шляхом заборонних норм – це найгірший вид морального виховання.

Проблема має розв'язуватись через спілкування підлітків зі своїми батьками, через роз'яснювальну роботу, через показ того, що є погано, а що добре в цьому світі, і що може допомогти підлітку орієнтуватись у ньому. Якщо ж батьки не вміють цього робити, то їм потрібно зайнятись самоосвітою чи проконсультуватись у фахівців і набратись терпіння. Будь-які відмовки про свою зайнятість та замученість працею принесуть лише негативний результат: буде втрачено контакт з підлітком.

1.3. Віртуальний наркотик: комп'ютерні ігри

В основі розвитку дитини лежить гра. Завдяки грі дитина пізнає світ, навчається поводитись у ньому, вчиться спілкуватись з однолітками й старшими, пізнає, що добре, а що погане, що корисно, а що шкідливо й небезпечно. Як правило, це рухливі, колективні ігри, в яких створювані ситуації дозволяють дитині набути певних навичок поведінки й спілкування. Так було доти, доки не з'явились комп'ютерні ігри. Самі по собі й при продуманому підході вони не несуть жодної небезпеки для дитини. Але захопленість ними попри все, повне занурення в них на довгий час призводить до того, що підліток перестає розуміти, що таке моральні норми, і що їх необхідно дотримуватись, щоб стати рівноправним і гідним членом суспільства. Наше суспільство поступово «приходить до тями» після важкого періоду накопичення первинного капіталу, усе частіше питання моралі починають головувати у людських стосунках. І в той же час, велика кількість підлітків, занурюючись у віртуальний світ комп'ютерних ігор, окрім набраних балів і досягнення віртуальних результатів, взагалі нічого не помічають. Для них нормою стає поведінка, коли абсолютно ігноруються будь-які поняття моралі.

Пояснюючи процес негативного впливу комп'ютерних ігор на свідомість підлітка, медичний психолог К.В. Зорін пише: «Природний «інстинкт гри», на якому паразитує пристрасть до комп'ютерних ігор, гіпертрофується. Одна з причин цього в тому, що віртуальне життя набагато динамічніше, напруженіше й, у деякому сенсі, цікавіше від реального життя. Там, на моніторі, він керує обставинами, а тут – обставини керують ним. Там він керує віртуальними людьми, а тут реальні люди (батьки, учителі) керують ним. Там він – бог, він – володар, який не залежить ні від кого, й усі залежать від нього, а тут він – дитина, яка залежить від дорослих. Можна сказати так – удаване відчуття незалежності породжує натуральну залежність.

Насправді, розстрілюючи на екрані супротивника, можна почуватись

абсолютно комфортно й безпечно. Жалість і співчуття не виникають. Навпаки, вони повністю подавляються відчуттям своєї значущості, своєї могутності, відчуттям себе суперменом! Хоча всі ці відчуття є удаваними, вони вражають, підвищують емоційний градус, а тому дуже міцно відбиваються у свідомості дитини. На жаль, більшість людей у своїх вчинках керується скоріш емоціями, ніж розумом. А значить, комп'ютерна гра, що дуже сильно впливає саме на емоційну сферу дитини, формує особистість практично безповоротно, тобто фактично перетворює дитину на зомбі, вбиваючи в її свідомість жорсткі стереотипи поведінки. Як результат – вона повністю втрачає правильні соціальні орієнтири. Відірвавшись від екрану монітора, дитина мимоволі переносить своє ставлення до «людей» з віртуальної реальності комп'ютерної гри у життєву реальність своєї родини або свого класу».

Важко не погодитись з подібними міркуваннями, коли звиклі до щоденних «картинок» убивства й смерті, бійок, жорстокості підлітки, починають з цинізмом і бездушністю ставитись до смерті чи страждань людей, які їх оточують. Тим більше, що викладені в Інтернеті сцени жорсткого побиття або приниження своїх однокласників, підлітки коментують з гумором і сміхом. Адже це не їх б'ють, це їх не стосується.

Геймери – люди, які використовують комп'ютер тільки заради ігор. Підліток, поглинений грою, не лише бачить свого героя, але й на якийсь час сам перетворюється на нього. Геймер сприймає усе, що відбувається на екрані монітора як реальність. Він живе в тому світі й, з часом, ігрові сцени насильства стають для нього не просто реальністю, у нього виробляється усталена звичка до сцен насильства, виду крові й убивств. Усе це впливає на психіку підлітка й провокує його на агресивну поведінку, або заставляє сприймати реальні сцени насильства як гру.

Якщо порівняти знаходження геймера перед монітором із роботою будь-якого фахівця на тренажері, то можна помітити одну суттєву особливість.

По-перше, ігри геймера самі є своєрідним тренажером: вони навчають підлітка, холоднокровно ставитись до жорстокості та насильства. А по-друге, ігри повністю вбивають емоційне сприйняття того, що відбувається навколо них. Інакше кажучи, геймера перестають хвилювати ті життєві процеси й явища, які зазвичай у нормальної людини викликають бурю емоцій. Наприклад, закоханість, смерть близької людини, переживання тощо.

У світі все частіше відбуваються події, які в нормальної людини викликають не лише подив, а й повне нерозуміння. Так, лише за останні кілька років у США, Китаї, Німеччині, Голландії та багатьох інших країнах школярі стріляли у своїх товаришів прямо під час уроків, різали своїх однокласників ножами, вистрибували з вікон, знущалися над своїми однокласниками, фіксуючи це на відео й викладаючи це в Інтернеті. Проведені експертизи виявили одну закономірність, що об'єднує всі ці вчинки, – 90% учасників цих подій були прихильниками жорстоких комп'ютерних ігор із садистським ухилом.

Проаналізувавши результати, отримані ученими різних країн і провівши власний аналіз, ми дійшли висновку, що ігри із застосуванням сцен насильства змінюють не лише мислення підлітка, але й його світосприйняття, поведінку та систему взаємостосунків із оточенням. Гіпертрофується така особистісна риса людини, як агресивність. Якщо агресія – це поведінка, спрямована на нанесення фізичної або психічної шкоди іншій людині, то агресивність – це усталена риса особистості, що проявляється в готовності до агресивної поведінки. Із часом, коли відбувається подальше формування та розвиток цієї усталеної риси особистості через жорсткі комп'ютерні ігри, агресивність може стати ознакою розвитку патопсихологічних змін особистості. Уже не психологи, а психіатри починають у цьому випадку говорити про збуджувану психопатію, параною, епілепсію та ін.

Відмінною рисою поведінки підлітка стає схильність до конфліктної поведінки, а конфліктні ситуації він усе частіше й частіше вирішує силовими методами.

Усвідомлення себе особистістю відбувається через ігри, у свідомості підлітка відбувається плутанина й він починає вдягати на себе маску свого улюбленого героя, при цьому приміряючи на себе й притаманні ігровому персонажу надприродні якості. Але, оскільки в реальності такі надприродні якості відсутні, то вступає в силу агресивність, що розвивається дуже швидко, як особистісна риса.

Психологи та фізіологи, досліджуючи цей феномен, довели, що вже через 15-20 хвилин спілкування з ПК у підлітка виникають неуважність, безпідставне хвилювання, змученість. Надниркова залоза викидає в кров додаткові гормони, серед яких і гормони стресу. При тривалому впливі гормонів, з великою вірогідністю, можливі скандали, істерики, припадки особливо в тих випадках, коли підліток програє, або його намагаються «відірвати» від ПК.

Але ж це просто ігри, коли супротивником підлітка є ПК. Кілька років тому з'явилися дуже популярні сьогодні серед підлітків віртуальні ролеві ігри. Їх своєрідність і заразливість можна пояснити тим, що у підлітка виникає ілюзія можливості стати насправді своїм персонажем, поводитись так, як цього хоче сам підліток, тим більше, що проти нього вже грає не ПК, а інша людина. Погодьтесь, що в цій ситуації підліток відчуває себе іншим, розумним, сильним і притаманний йому комплекс неповноцінності зникає. Не так уже й легко повернутись назад у реальний світ, де тебе знають слабким і закомплексованим, а все навколо є сірим і нецікавим. Хочеться повернутись назад, тим більше, що це так просто зробити. Виникає пристрасть до гри, залежність від гри, непереборне бажання грати й грати.

Психологи знають випадки, коли підлітки по кілька діб не виходили з гри, забували про їжу, взагалі не пили й, що вже зовсім незрозуміло, справляли природні потреби у відро, що стояло поруч, а то й під себе, аби не втратити жодної хвилини гри.

Таким чином, сучасні віртуальні ролеві ігри не просто формують у підлітка залежність від гри, вони практично повністю вимикають його з

життя суспільства, створюють особистість не придатну до життя в сучасному світі.

Якщо ретельніше розглянути те, до чого призводять комп'ютерні ігри, то можна виділити декілька дуже серйозних параметрів, що негативно впливають на формування особистості підлітка.

По-перше, ігри значно звужують можливості підлітка вирішувати життєві проблеми, що виникають перед ним. Це відбувається через те, що сюжет гри є нав'язаним, мислення підлітка звикає до завдань у схематичному та спрощеному вигляді, які він легко, граючись, вирішує в грі. Зустріч з реальними життєвими проблемами заганяє підлітка у глухий кут, він не може вийти за рамки сформованого у грі стереотипу мислення. Психологи в цьому випадку говорять про примітивне мислення, мислення десятилітньої дитини.

По-друге, формується установка поводитись лише (або значною мірою) згідно з власними інтересами. Абсолютно зрозуміло, що мова йдеться про таку негативну особистісну рису як егоїзм, що починає домінувати над особистістю підлітка.

По-третє, настає самоізоляція підлітка від однолітків і близьких йому людей. Втеча в себе, у свої ігри призводить до того, що повністю руйнується вміння спілкуватись, дружелюбність, підліток прирікає себе на одинокість.

По-четверте, з'являється хворобливий стан, що характеризується зниженням психічної активності, байдужістю, відсутністю інтересу до оточення, безвільністю. Дуже часто виникає стан повної безнадії через те, що дійсність руйнує ілюзію всемогутності й величезних можливостей, які мають місце під час гри.

По-п'яте, у чуттєво-емоційній сфері переважають негативні емоції, з'являється злість, дратівливість, особливо тоді, коли доводиться відриватись від гри. У результаті підліток починає ненавидіти всіх, хто заважає йому грати. Частіш за все такими людьми стають батьки.

По-шосте, формується ненормальна пристрасть до жорстокості, підліток починає отримувати задоволення від чужих страждань.

По-сьоме, відбувається підміна поняття проведення часу й роботи над собою на безплідну втрату часу.

Й останнє, значно слабшають захисні функції організму, виникають сутулість і надлишкова вага, з'являються різноманітні захворювання.

1.4. Азартні ігри

Скільки існує людство, стільки існують азартні ігри. Скільки існує, людство, стільки знаходиться людей готових, як їм здається, заради легкої наживи, грати в азартні ігри. Скільки існує людство, стільки з тими, хто програв, поступали жорстоко – лишали майна, волі, життя.

Для того, щоб краще розібратися в причинах ігроманії, необхідно провести невеличкий історичний екскурс в історію зародження та розвитку азартних ігор. Звісно, побудувати чітку хронологію навряд чи можливо, оскільки існує величезна кількість легенд, вигадок і версій. Дуже часто вони безглузді та заперечують одна одну. Саме тому ми зупинимось лише на деяких фактах.

Про азартні ігри нерідко згадується в різноманітних народних оповіданнях. Так, грецькі та римські міфи розповідають про бога азартної гри і бога вдачі. Міфи ірландців і шотландців говорять про ставки, що не були отримані переможцями. Багато драматичних історій про азартні ігри є в народній літературі Китаю, Японії, Філіппін, Індії та Північної Америки. Вони розповідають про те, як чоловіки використовували в якості ставок своїх дружин, сестер, дочок, навіть власні тіла чи частини свого тіла.

Археологи знаходять предмети, що застосовувались єгиптянами в азартних іграх ще за 3500 років до н. е. Це різноманітні фігурки, малюнки на камені та кераміці. Вони зображають людей і богів, коли ті кидають бабки (кістки або міжфалангові суглоби вівці чи собаки), а також під час користування спеціальними рахівницями (дошками для підрахунку результатів гри). Правила й порядок цих ігор маловідомі.

Арійські завойовники Індії ще у другому тисячолітті до Різдва Христова теж любили азартні ігри. Вони були популярні серед усіх каст, окрім набожних людей. У зібранні ведичних гімнів Ригведи є поема «Скарга гравця», де є така настанова: «Не грай в кості, а ори свою борозну!» Індійський епос Махабхарата детально описує цей вид гри.

Рідкісна колекція гральних костей зібрана в Британському музеї. Серед експонатів зустрічаються кістки, за допомогою яких випробовували долю сучасники Птоломея й Олександра Македонського. Те, що сьогодні ми називаємо грою в кості, тоді мало містичний смисл. Кидаючи екребій, дізнавалися, наскільки до людини прихильні вищі сили та яка воля богів.

Ставки на кінських перегонах здавна існували в різних країнах. У V столітті до н. е. в Греції вперше були сформульовані правила тоталізатора, а з IV століття почали грати в гру схожу на більярд. Римські імператори (особливо Август и Клавдій) часто грали в кості. Але простим громадянам Рима це дозволялося тільки у визначені сезони.

Тем не менш, за свідками американського антрополога А.Л. Кребера, австралійські аборигени, полінезійці, племена віддалених районів Індії, більшість народів Сибіру зовсім не витрачали час на азартні ігри. За версією ученого, від ігор на гроші чи іншу власність людей стримували релігійні заборони.

Дійсно, усі світові релігії (християнство, буддизм, іслам та інші) суворо засуджують азартні ігри. Саме тому християнські правителі Європи теж боролися з ними. Так, у 1232 році Фрідріх II видав едикт проти гри в кості, а Людовик IX у 1255 році поставив поза законом виготовлення гральних костей. Англійський король Генріх VIII оголосив ігорні дома поза законом через те, що вони відволікали юнаків від стрільби з лука та військової підготовки. Постанова Генріха проіснувала в Англії близько 400 років – до 60-х років XX століття.

Потрібно зауважити, що подібні заборони були спрямовані не стільки проти самих ігор, скільки на аморальні вчинки, які їх супроводжували.

Церква ніколи не схвалювала пияцтво й лайку, а держава намагалася викорінити неробство, марнотратство, шахрайство та злочинність – усе те, що супроводжувало азартні ігри. Але ігри в бабки та кості дозволялися. Самі по собі вони не вважалися злом. Єпископ Уїбольд Кембрійський (Уельський) у 960 році винайшов церковний варіант гри в кості. Його винахід мав виховну мету – перетворити забаву на добру справу.

Завдяки зусиллям Церкви карти не отримали поширення в Європі до 1350 року. В Енциклопедичному словнику Брокгауза та Єфрона висловлено припущення, що карти винайшли в Китаї у 1120 році. З європейських держав на пальму першості претендують Італія та Іспанія, де згадки про карти зустрічаються вже в документах другої половини XIV століття.

23 травня 1841 року в глухому закутку Європи містечку Бад-Хомбурзі відкрилося перше в світі казино з новою на той час диковиною – рулеткою. Її надзвичайна привабливість пояснювалась тим, що рулетка – це Вдача та Випадок у чистому вигляді, втілене «колесо Фортуни». Однак під тиском громадськості 31 грудня 1872 року ігорний бізнес було заборонено на всій території створеного Північногерманського союзу, у тому числі Бад-Хомбурзі.

До 1849 року працювало казино і в Баден-Бадені. Там програвався Ф.М. Достоєвський, який з такою майстерністю описав пристрасть азарту в романі «Игрок». Згодом за рішенням Франкфуртської національної асамблеї цей заклад тимчасово зачинили.

Найстаріше казино знаходиться в Монте-Карло. В одному з них розгортається трагічний сюжет новели Стефана Цвейга «Двадцять чотири години з життя жінки».

Але найазартніші гравці все ж не європейці, а мешканці Південно-Східної Азії. У Бірмі, Лаосі, Таїланді та ще в низці провінцій Китаю (до комуністичної революції) іноді третина прибутку середньої фермерської родини йшла на виплату боргів за азартні ігри. До першої світової війни більша частина річного доходу в казну Таїланду поступала від ігорних

закладів, які мали державну ліцензію.

Сьогодні ігорний бізнес процвітає у США. До речі, саме там у 1896 році винайшли перші ігрові автомати з грошовим виграшем («одноруких бандитів»). Мешканці 48 з 50 штатів (окрім Юти та Гавайї) можуть робити абсолютно законні ставки. Це стосується ігор у казино, участі в лотереях, укладання парі чи гри в бінго.

Останнім часом ігорні заклади на території Сполучених Штатів вигнані в особливі резервації. Найбільш відома з них – Лас-Вегас. За підрахунками спеціалістів сьогодні Лас-Вегас споживає електроенергії більше, ніж деякі держави. Казино-готелі стоять один біля одного й кожний намагається заманити потенційних клієнтів. «Двигуном прогресу», як і раніше, усе ще залишається колесо рулетки.

За даними Комісії, яка вивчає вплив індустрії азартних ігор на благополуччя населення, тенденція до росту в цій галузі спостерігається з 1975 року. Тоді до ігорного бізнесу було залучено 68% американців, у 1999 році – 86%, сьогодні ця цифра вже перейшла за 90%. Близько половини усіх патологічних гравців стають хронічними алкоголіками, відчувають постійну депресію та вирішують проблеми з боргами, скоюючи злочини.

Кожний п'ятий ігроман продав квартиру чи машину, а кожний четвертий робив спробу самогубства. Звичайно ця спроба вдавалася людям не старше 40 років. Рівень суїциду серед патологічних гравців збільшився в 20 (!) разів. Постійна участь в азартних іграх вносить розлад і в сімейне життя. З цієї причини руйнується величезна кількість браків, а 11% дружин ігроманів накладають на себе руки. Понад 25% дітей у таких родинах страждають від психічних розладів. Висновок фахівців однозначний – легалізація азартних ігор у Сполучених Штатах ставить під загрозу благополуччя родини й суспільства. У 1997 році було зареєстроване перше Інтернет-казино. Тепер будь-яка людина анонімно й сидячи вдома може укласти парі чи зробити ставку. Приблизно 60% свого прибутку віртуальні ігорні дома отримують за рахунок гравців, які живуть у США. Слід

зазначити, що в Америці азартні ігри в Мережі заборонені. Більше того, у жовтні 2006 року Президент Джордж Буш підписав білль про заборону банкам і кредитним компаніям перераховувати платежі американців за послуги онлайн-казино.

Справа в тому, що такі казино часто використовуються для відмивання грошей. За інформацією дослідницької служби Конгресу обсяг американського ринку мережевих азартних ігор оцінюється приблизно в 6,5 мільярдів доларів, що становить майже половину світового ігорного ринку. Після заборони було припинено діяльність великих британських компаній, що приймали ставки на азартні ігри в американському сегменті Інтернету.

Таким чином, усі цивілізовані країни обмежують ігорний бізнес і прагнуть захистити інтереси приватних осіб, суспільство й державу. Азартні ігри не повинні:

а) вестись публічно;

б) залучати широке коло людей;

в) позначатись на матеріальному стані населення.

Наше минуле має свою досить жорстку й трагічну історію азартних ігор. Цей вид діяльності прийшов до нас із сусідніх країн разом із торговими караванами. У православній Русі духовенство та влада доручали воєводам пильно спостерігати за людьми, які брали участь в азартних іграх. З воєводських наказів XVII століття відомо, що тих, хто грав у карти били батогом, а карти відбирали і спалювали.

Соборне Уложення (звід законів), прийняте при царі Олексії Михайловичі в 1649 році, за гру в карти наказувало бити гравців батогом, а також відрубувати їм руки й пальці на повчання іншим. Петро I заборонив своїм підлеглим грати в карти й кості на гроші. Картярів заставляли платити штрафи й податі на користь державі. В одному з указів Петро I дозволив грати в карти на флоті та в армії, але програвати дозволялося не більше одного рубля. У 1733 році імператриця Анна Іоанівна підписала розпорядження: «Щоб ніхто, збираючись у партикулярних і вільних домах,

як на гроші, так і на пожитки, двори й села, і на людей в жодну гру не грав». «Заповзятих картярів» саджали у в'язниці або били батогами. Цар Петро III замінив таке покарання грошовим штрафом.

За царювання Єлизавети Петрівни вперше почали розрізняти заборонені (азартні) і дозволені (комерційні) ігри. У списку заборонених значились тоталізатор на перегонах, орлянка, очко, рулетка, лотерея, а в списку дозволених – деякі карточні ігри (преферанс, бридж, віст тощо). «Дозволяється грати в ігри в знатних дворянських домах; тільки не на великі, а лише на малі суми грошей, не для виграшу, а єдине для проводження часу». Тоді ж у Росії з'явились майстерні з виробництва гральних карт.

При Катерині II азартні ігри та заклади, подібні на сучасні ігорні заклади, отримали широке розповсюдження. Столи для рулетки й карт стояли в багатьох вельможних домах і залах царських палаців. Наближені до престолу люди грали постійно й на величезні суми. У1765 році запровадили податок на карти на користь виховних будинків (сиріт тощо). А в 1782 році в Росії знову заборонили ігорні дома.

Слід зазначити, що держава не однаково ставилась до ігор заради «забави або відпочинку в колі своєї родини чи з друзями», де «вини немає», і до ігор в якості єдиного «промислу», при якому «відбувається прибуток заборонений». В останньому випадку «позов і борг по грі має знищуватись».

Імператори Олександр I і Микола I вимагали від підданих, щоб вони боролись із «пагубною пристрастю до забороненої гри». Відповідними Указами Петербурзькому (1801 року) і Московському (1806 року) генерал-губернаторам наказувалось «мати неослабне спостереження, щоб не було азартних ігор, винних відправляти до суду і про імена їхні доповідати самому Імператору». При Миколі II, як і за часів Єлизавети Петрівни, ігри знов почали поділяти на дозволені (комерційні) і заборонені (азартні). При цьому шулерство (накрапляння, пересмикування, підміна карт тощо) каралося як шахрайство.

Після Революції 1917 року ігорні дома та казино знищувались як

«пережитки буржуазного ладу». За карточні й інші азартні ігри на гроші передбачалося карне переслідування. Юристи пояснювали, що самі по собі азартні ігри законом не забороняються, але вони часто штовхають людей на злочини – від шахрайства до шантажу.

Тим не менш гральні карти абсолютно легально продавались у газетних кіосках. У 80-ті роки на радянських круїзних кораблях з'явились справжні «слот-машини» – різновид «одноруких бандитів». Грали на них, правда, не монетами, а спеціальними мідними жетончиками із символікою Морфлоту СРСР. Наприкінці 70-х років у Прибалтиці налагодили випуск досить невинної, на перший погляд, іграшки під назвою «карусель-лото». Вона представляла собою справжнісіньку рулетку тільки меншого розміру. Також відкрито існували різноманітні лотереї, спортлото та кінські перегони з тоталізатором. Про них регулярно сповіщали по радіо та телебаченню.

Перше казино знову відкрилось у Москві в 1989 році. Потім розпочався бум ігорних закладів й ігрових автоматів. Ігроманія стала справжньою хворобою мешканців колишніх країн СНД, у тому числі й України. Вони годинами простоювали перед ненажерними автоматами, заряджаючи в них десятки тисяч карбованців чи гривень. У людей почали виникати психологічні та юридичні проблеми, пов'язані з боргами, порушенням виробничої дисципліни, крадіжками грошей на роботі, у родині тощо. Вік гравців, як правило, від 15 до 40 років. Ігромани деградують як члени суспільства.

За інформацією головного психіатра Росздраву Володимира Волошина, лише в Москві залежністю від «одноруких бандитів» і казино потерпають близько 300 тисяч чоловік. І новий росіянин, і бомж, і студент, і пенсіонерка – усі прошарки суспільства вражені вірусом азарту: бажанням заробити легкі гроші. Чим далі від столиці ігорного бізнесу, тим згуртованішою є армія гравців. З тих пір, як на околицях країни з'явились ігрові автомати, селяни й городяни майже безперервно побрязкують жетонами. Про неймовірні виграші складають легенди, і тому люди дружньо кинулись у бій із убогістю.

Але ж ігрові автомати ніколи й нікому не програють – такий закон бізнесу. Окупність вкладень у цей бізнес можна порівняти хіба що з доходами від наркобізнесу.

Окрім того, ігрові зали притягають різноманітні кримінальні елементи. Зазвичай міні-салон з двома автоматами або цілий ігровий комплекс – це потенційні «приюти» для злочинців. Жертвами грабіжників стають і гравці, і сторонні люди. Таким чином, ігорний бізнес і залежність від нього являють собою соціальну й моральну загрозу суспільству. Ось чому в 2006 році як у Росії, так і в Україні були внесені у відповідні законодавчі органи на розгляд законопроекти про ігорний бізнес. Законопроекти встановлювали загальні та спеціальні (у залежності від виду ігорного закладу) вимоги до казино, тоталізаторів і букмекерських контор, а також визначили порядок ліцензування їхньої діяльності.

Ці закони передбачають створення спеціальних зон, де будуть локалізовані казино та зали ігрових автоматів. Дрібні ігрові компанії ліквідуються. Букмекерські контори й тоталізатори можуть залишатися поза ігорними зонами, але вимоги до них значно зростають.

Зокрема, неможна розташовувати ігорні заклади в житлових будинках, діючих дитячих і навчальних закладах, приміщеннях медичних і культових організацій. Особи, які не досягли вісімнадцяти років, не допускаються до участі в азартних іграх. Відвідувачам ігорних закладів забороняється проносити в казино та зали ігрових автоматів отруйні та вибухонебезпечні речовини, а також холодну, газову й вогнепальну зброю незалежно від наявності дозволу на неї. Будь-яка інша діяльність у сфері ігорного бізнесу, окрім організації казино, тоталізаторів, букмекерських контор й утримання залів ігрових автоматів, забороняється. Це стосується, наприклад, азартних ігор в Інтернеті й по мобільному телефону.

Але й раніше, і зараз у людей, які із захопленням грають в азартні ігри, існувала залежність, яку сучасні психологи називають ігроманією, хоча існують й інші назви, наприклад, лудоманія або патологічний гемблінг.

Азартні ігри – це бізнес, на якому його організатори заробляють величезні гроші. Необхідно підкреслити, що у виграші тільки його організатори, тому що решта, втягнута в цей бізнес, є потерпілими, які втратили свої гроші. Останнім часом стала доступною інформація, що, одверто кажучи, просто шокує. У деяких країнах Америки число гравців у різні азартні ігри доходить до 90%. У нашій країні цей показник значно менший, хоча й він достатньо високий. Наслідки від захоплення азартними іграми досить сумні: близько половини всіх гравців відчувають постійну депресію, через те, що знаходяться в боргах, задля покриття яких вони здатні на будь-які злочини й навіть на вбивство. Продаж квартир, машин і продаж у сексуальне рабство власних дітей у них не викликає жодних докорів сумління, це є для них, практично, нормою.

Схованку від проблем, що виникають більшість з гравців бачать в алкоголі та наркотиках. Досить часто гравці, заплутавшись у боргах, йдуть на самогубство, навіть не переймаючись тим, що їхні борги доведеться повертати родичам.

Якщо ж говорити про сімейне життя, то сім'ї розпадаються, дружини так само стоять на межі між життям і суїцидом, а діти починають страждати від психічних розладів.

Усе більш модними сьогодні стають інтернет-казино. Будь-яка людина, навіть не виходячи з дому, може побитись об заклад або зробити ставку на будь-що.

Для підлітка є доступними інтернет-казино, карти, лотереї та «однорукі бандити», хоча знайти їх легально сьогодні не так вже й просто. Звісно, за усім цим намагаються стежити відповідні органи, але коли лише підлітки приносять величезний прибуток, що перевершує будь-які штрафи та відкупні, то багато на що просто заплющуються очі. І справа навіть не лише в тому, що підлітки намагаються заробити «легкі» гроші – у них формується залежність від азартних ігор. Хоча з цього приводу існує дві теорії, і кожна з них має право на існування. У монографії ми наводимо обидві для того, щоб

об'єктивно розглянути цю проблему.

Теорія перша. При пошкоджені (мутації) генів, які відповідають за передачу нервових імпульсів, формується патологічна азартність. Суть такого твердження генетиків полягає в тому, що нервова система людини здатна регулювати активність генетичного апарату. Мозок людини постійно враховує поточні потреби організму й середовище, в якому людина знаходиться. Якщо збуджуваність нервової системи низька, то частина генів знаходиться в пасивному стані, тому деякі генетично запрограмовані види поведінки не проявляються. При зростанні нервової збуджуваності відбувається активізація цих генів. Саме ж зростання нервової збуджуваності відбувається через потужний стрес. Увесь ланцюжок зміни генної активності зумовлюється впливом гормонів стресу й може бути спадкоємним. Звідси, схильність до ігроманії значною мірою визначається спадкоємністю.

За даними психологів, до цієї ж категорії потрапляють підлітки, які страждають від дефіциту уваги з боку батьків або ті, які відзначаються гіперактивністю. У таких підлітків різноманітні захоплення можуть обернутись патологією захоплень, завдяки чому задатки азартного гравця можна помітити вже в дитинстві.

Теорія друга грунтується на тому, що все зводиться до неправильного виховання, причина якого в недостатньому опікуванні або, навпаки, у надмірній вимогливості, жорсткому ставленні до дітей чи у вседозволеності. Сюди ж слід віднести зацикленість деяких батьків на матеріальному достатку. З одного боку, коли батьки зайняті тільки здобуванням матеріальних благ і грошей і в них не залишається часу для нормального спілкування з підлітком, вони просто «відкуповуються» від нього черговою пачкою грошей. А коли в підлітка в руках з'являється значна сума вільних і не зароблених грошей, не цінуючи їх вартості, він з головою кидається в усі важкі гріхи, у том числі й у гру. З іншого боку, постійна фіксація батьками уваги на фінансових негараздах, культивує в підлітка почуття заздрості до заможних людей, особливо тоді, коли в класі є підліток із заможної родини.

У підлітка на підсвідомому рівні починає формуватись думка про те, що життєві труднощі виникають, і взагалі існують, лише тоді, коли мало грошей. Засоби масової інформації підігрівають це почуття розповідями про багатіїв, про їхні можливості, про уникнення ними карної відповідальності за допомогою грошей тощо. «Гроші вирішують усе» – стає головним гаслом для підлітка й він починає формувати в себе установку на те, що гроші слід здобувати будь-яким шляхом. Отримати освіту й наполегливою працею досягти чого-небудь років до тридцяти – це довго та важко. Найпростіший шлях – легко отримати гроші в ігровому бізнесі. Адже всі розповідають про те, як хтось десь там виграв цілу купу грошей. Спробувавши грати й вигравши кілька раз якийсь дріб'язок, підліток починає відчувати азарт, а програвши, свято вірить у те, що наступного разу йому пощастить і він обов'язково виграє. Саме на цьому етапі в підлітка й виникає розлад імпульсної поведінки, що відноситься до класу розладів, які характеризуються неспроможністю людини протистояти імпульсу чи спокусі здійснити яку-небудь дію, що, в кінцевому рахунку, є шкідливим для нього самого. Саме до таких дій, поряд з піроманією, клептоманією, ексклюзивними розладами відноситься й патологічна азартна гра. Підліток починає відчувати все зростаюче почуття напруження до гри, і приємне почуття задоволення після неї. До речі, почуття провини може виникати, а може й не виникати після таких дій. Ось чому всі розмови на кшталт «як тобі не соромно» абсолютно не впливають на підлітка.

У підлітка, який має ігрову залежність, у корі головного мозку з'являється центр сильного нервового збудження, при цьому відбувається пригнічення інших центрів нервової системи. Хворобливе збудження постійно підживлюють нові сеанси гри й нові порції допінгу, що викликається новими порціями адреналіну. Людина стає залежною від цього стану й підвищеного адреналіну. Через ризик підліток переживає відчуття сильного духовного підйому, що, як правило, супроводжується оптимізмом і глибоким почуттям благополуччя та підвищеної активності. У нашому,

патологічному, випадку з'являється почуття величі й невразливості у випадку виграшу, у випадку ж програшу – тривожність і депресія. Але в будь-якому випадку у кров вприскується адреналін і з кожною його порцією потреба в новій дозі зростає.

Азартна гра схожа з наркотичною й алкогольною залежністю. Учені провели дослідження та з'ясували, що у випадку ігрової залежності починає працювати фізіологія людини. З'ясувалося, що при сильному азарті зростає не тільки пульс людини, але й відбувається викид у кров кортизолу. Це гормон надниркової залози, який впливає на процеси обміну речовин в організмі. У свою чергу, його викид напряму залежить від дії дофаміну, речовини, що виробляється в організмі й викликає почуття ейфорії. А дофамін задіяний у формуванні алкогольної та наркотичної залежності.

Під час гри значно зростає частота пульсу, приблизно на половину від норми, а рівень кортизолу – у два рази. Саме тому до людей, які хворіють на алкогольну чи наркотичну залежність, можна сміливо прилічувати ігроманів. А завдяки тому, що сьогодні можна грати в різноманітні азартні ігри через Інтернет, то до залежних можна сміливо відносити й людей, які мають комп'ютерну залежність.

Що ж призводить до того, що у підлітка з'являється ігрова залежність?

Перше. Зміна психічного стану людини, що викликається різними психоактивними речовинами або певною діяльністю: алкоголем, наркотиками, нікотином, сексом, їжею, виграшем, програшем.

Друге. При виникненні стану психічного й фізіологічного дискомфорту, що викликається грою, цей стан також знімається за допомогою психоактивних речовин.

Третє. Зростання конфліктності, агресивності, нестриманості. Прояви специфічної регресивної поведінки, характерної для дітей молодшого віку, що спостерігаються у старшому віці. Схильність до депресій і ризикованої поведінки. Різноманітні психопатії та поява акцентуацій характеру. Страх одинокості й страшенне бажання її уникнути. Виникає стан психіки, коли

руйнуються всі сподівання людини.

Четверте. Замість звичного й індивідуального для кожної людини, виникає залежний стиль життя.

П'яте. Неадекватна самооцінка, неправдиві уявлення, що ґрунтуються на постійній вірі у великий виграш, відчуття задоволення від гри.

У монографії вже говорилось про міжнародний класифікатор хвороб. У ньому є й ознаки залежності від азартних ігор. У випадку, якщо хоча б чотири ознаки з дев'яти мають місце, значить ми маємо справу зі сформованою залежністю. Ось ці ознаки.

1. Часта участь у грі й здобування грошей для цього найрізноманітнішими способами
2. Часта участь у грі на великі суми протягом більшого періоду часу, ніж підліток збирався раніше.
3. Потреба збільшувати розмір або частоту ставок, щоб досягти бажаного, але часто не усвідомлюваного збудження.
4. Неспокій чи дратівливість, якщо гра не відбувається.
5. Повторна втрата грошей у грі й позичання «до завтра», щоб відіграти втрату («полювання за виграшем»).
6. Неодноразові невдалі спроби зменшити час гри або зупинити її зовсім.
7. Нав'язливе бажання грати, коли необхідно виконувати свої соціальні чи професійні обов'язки.
8. Відмова заради гри від якихось важливих соціальних, професійних або розважальних заходів.
9. Продовження гри, незважаючи на неспроможність заплатити все зростаючі борги й інші проблеми, що виникають через гру.

З розвитком комп'ютерних технологій і техніки в цілому, розвиваються й можливості ігрової індустрії. Але найголовніше полягає в тому, що все це видавлює з гри підлітка дух творчості, спілкування й обміну емоціями, призводить до відлюдкуватості, індивідуалізму, руйнує моральні принципи й

переконання. Змінюється навіть сам стан азарту, а єдиним «другом» і надією стає ігральний автомат чи все те, у що грає підліток на гроші.

Якщо намалювати психологічний портрет (психологічний профіль) ігромана, то ми побачимо слабовільного й дуже вразливого підлітка, який не може самостійно приймати рішення та не бажає брати на себе відповідальність. У спілкуванні з однолітками й, особливо з батьками та старшими, у нього брехня стоїть на першому місці. Підліток постійно говорить неправду, не договорює, всюди й у всьому в нього напівправда. До того ж у мистецтві брехні він досягає такої досконалості, що батьки, прекрасно розуміючи, що їх обманюють, тільки зусиллям волі долають обманний потік інформації. До речі, уміння красиво й правдоподібно брехати притаманне всім залежним людям будь-якого віку.

Підліток періодично впадає у стан, що є характерним для трансу та проявляється у відмежованості від оточення. Він може ходити по квартирі чи будинку, не чути, що йому говорять і при цьому бути повністю заглибленим у себе. Зникаючи з дому, частіш за все вечорами, підліток повертається додому без грошей, задумливий і знову починає просити гроші, або займається їхнім добуванням.

Батьки й родичі, особливо бабусі та дідусі, продовжують постачати підлітка грошима, хоча й починають розуміти, або вже розуміють, на що вони витрачаються їх онуком. Психологи називають такий стан речей співзалежністю. Близькі до ігромана люди прекрасно розуміють, що вони роблять, говорять про захоплення гравця, висловлюють йому своє невдоволення, але продовжують давати йому гроші. Співзалежність також потрібно лікувати, але на це практично ніхто не звертає уваги.

Раніше зазначалось, що ігроманія схожа на наркотичну залежність. Принципово ланцюжок формування ігрової залежності дуже схожий на залежність від наркотиків. Усе починається дуже просто: «Потрібні гроші? Підемо, пограємо». Виграли – добре. Хоч небагато, але ж виграли. Програли? Нічого страшного, наступного разу обов'язково пощастить. Дуже скоро

усвідомлене бажання виграти зникає й залишається тільки одне бажання – грати. У людини змінюється сприйняття часу, підліток може годинами грати в азартні ігри й не пам'ятає про те, що ще він робив під час гри.

Цілком природно, що починаються й вегетативні розлади: збільшується пітливість, особливо під час сну, болі в області серця й головний біль, хоча жодні медичні дослідження не показують якихось кардинальних змін і захворювань, зниження апетиту, змінюється колір обличчя, виникає астенія. Підліток має постійно виснажений зовнішній вигляд, проявляє низький рівень енергії, схильність до втомлюваності й загальної відсутності ентузіазму, інтересу до життя.

Замкненість у собі відбувається ще й через те, що підліток постійно замислюється над тим як знайти гроші (спосіб абсолютно не має значення), як уникнути нотацій близького оточення, як зробити так, щоб замість школи зайнятись грою.

У підлітка формуються синдроми, які психологи називають синдромом виграшу, синдромом програшу й синдромом ігрового трансу і які починають керувати всім його життям. Нижче ми наводимо характеристику цих синдромів.

Синдром виграшу характеризується станом ейфорії, що проявляється в безтурботності, зверхності над іншими людьми. Підліток починає будувати грандіозні плани, мріяти про те, що так буде завжди. Але саме синдром виграшу підсилює пристрасть до гри через сподівання повторити успіх. Підліток сам собі дає слово, що буде дуже обережний і не допустить втрати контролю над своїми діями під час гри.

Синдром програшу. Характеризується пригніченим настроєм, спустошеністю, часом самоосудом і самокритикою. Підліток дає собі слово більше не грати, але його знову й знову нестримно тягне до гри. У результаті він стає нестримним, агресивним, дратівлизим. Дуже часто поводиться зухвало грубо з близьким оточенням.

Синдром ігрового трансу. Проявляється в неконтрольованому азарті,

неможливістю, незважаючи на результат гри, припинити її.

Якщо всі ці синдроми наявні у підлітка, то цілком імовірна не лише суїцидальна поведінка, але й сам суїцид.

Розділ 2

Актуальні проблеми психології трансформації класичних і нових форм наркотизму в підлітків

2.1. Тютюнова залежність. Психологічна клініка нікотинізму в підлітків

Жодна адекватна людина, знаходячись у здоровому глузді, не стане свідомо вдихати солі важких металів: кадмію, свинцю, ртуті, нікелю, стронцію і хрому, пари дьогтю, аміаку, оцтової кислоти, синильної кислоти, ціанистого нікотину, формальдегіду й іншої отрути, що знаходиться в тютюновому димі, та ще й платити за цю екзекуцію гроші.

Однак з раннього дитинства батьки, які палять, ближнє оточення, телебачення та яскрава реклама тютюнових компаній програмують нас на вживання тютюну.

Тютюнова програма – інформаційний блок, записаний у мозку людини, як на комп'ютерному диску, містить у собі набір ситуацій, на які в конкретної людини вироблено умовний рефлекс тютюнового самоотруєння.

Спокусники – люди, предмети, рекламні споруди, здатні запускати програму самоотруєння в тютюново запрограмованої людини.

Тютюнокуріння не тільки розповсюджене в усьому світі, але й не має тенденції до зниження. Споживання тютюнових виробів у світі щорічно збільшується на 8%. Якщо в розвинених країнах Європи й Америки кількість курців приблизно однакова й становить до 30% від загальної кількості населення, то в країнах, що розвиваються палить майже 50% населення й тенденція щорічного приросту становить 2-3%. У 2010 році зрівнялося споживання тютюну в розвинених і менш розвинених країнах світу. Кількість споживання сигарет в середньому на одного курця становить 1550 штук на

рік. І це при тому, що робляться значні зусилля по боротьбі з курінням, а в розвинених країнах світу поступово знижується вживання тютюну.

У декотрих країнах відсоток чоловіків, які палять дуже високий. За нашими даними в Росії, Латвії, Південній Кореї, Туреччині та Китаї цей показник перевищує 60%.

Частка жінок, які палять рідко перевищує 30%. А в таких країнах, як Китай, Парагвай, Албанія вона не перевищує й 10%. Навіть у мусульманських країнах відсоток жінок, які курять, становить приблизно 7-8%, у той час як чоловіків курить не менше 40%.

В Україні, особливо серед працездатного населення, відсоток тих, хто курить є одним з найвищих в індустріально розвинених країнах світу, він становить майже 45%. За даними Держкомстату в 2011 році в Україні нараховувалось 8,6 мільйонів курців – тобто курить мало не кожний п'ятий українець. Серед жінок 20-40 років палить до 30%, а серед підлітків – 40%. І якщо рівень тютюнокуріння серед чоловіків в останні 15-20 років залишається стабільним, то серед жінок і підлітків явно намітилась тенденція до його зростання. Статистика свідчить, що за останні роки різко зросла кількість дам із сигаретою: сьогодні курять понад 1,21 мільйони жінок працездатного віку, а у 2005 році їх було всього 700 тисяч. Такий стан речей можна пояснити маркетинговою політикою тютюнових компаній: оцінивши той факт, що чоловічий контингент практично охоплений увесь, вони переключились на прекрасну стать – з'явилось багато видів дамських сигарет, активно рекламується образ успішної бізнес-леді з сигаретою.

Проведене нами опитування (опитано понад 600 підлітків) дозволило зробити висновок про те, що вони почали курити не заради тих фізичних властивостей, що мають сигарети. Більшість приваблював імідж курця, потреба в соціальному визнанні й витонченій привабливості, особливій індивідуальності.

І це все при тому, що за оцінками ВООЗ, щорічно тютюн убиває у світі близько 3 мільйонів чоловік. Так само за оцінками ВООЗ, якщо теперішня

тенденція вживання тютюну буде продовжуватись, то в 2025 році від тютюну помре 10 мільйонів чоловік.

У наукових і популярних публікаціях називаються різні причини тютюнової пандемії серед підлітків: «мода», «повсякденні побутові труднощі перехідного періоду», «масові фрустраційні стани», «соціально зумовлені депресії», «активна реклама тютюнових виробів», «величезна кількість сортів сигарет», «зацікавленість виробників тютюну й пошук ринку збуту», «вигоди тютюнового бізнесу», «величезний імпорт», «тютюнове свавілля» тощо.

На жаль, в Україні, починаючи з 1991 року, практично призупинено антитютюнову просвітницьку роботу. Це своєрідний спад, після «застійних «переможних» атак на пияцтво та куріння» (можна згадати «Зони тверезості», «Сочі – місто, де не курять», «Безалкогольні весілля»). Діти й підлітки останнього десятиліття у переважній більшості випадків не володіють елементарною інформацією про шкідливість куріння. Навпаки, у результаті прямої та опосередкованої реклами у свідомості молодих людей куріння сигарет ототожнюється з мужністю, відвагою, силою духу, «ковбойством», «крутизною», нерідко сприймається як обов'язковий атрибут успіху й приналежності до елітарного прошарку, як засіб, що допомагає вільному спілкуванню. Згубну роль відіграла реклама «нешкідливих», «слабких», «безнікотинових», «жіночих» сигарет, а також придумані концепції «аристократизму тих, хто курить сигарети», «жіночої емансипації». Та ж інформкампанія проти куріння, яка сьогодні реалізується, (заборона реклами сигарет, обмеження місць, де можна курити, постійне підвищення вартості сигарет через акцизи, нові штрафи (51 – 170 гривень) за куріння в невстановлених місцях та продаж сигарет неповнолітнім) практично не приносить результатів. Як приклад, можна на будь-якій вулиці будь-якого міста України поспостерігати за потоком людей, щоб переконатись – закон не працює. А чи чув хто-небудь про людей, яких оштрафували за куріння на зупинці міського транспорту чи в під'їзді житлового будинку? Серйозну загрозу являє й той факт, що тютюнокуріння усе частіше супроводжується

курінням марихуани (коноплі, гашишу).

Наркологічні захворювання в 10-му перегляді МКХ (розділ F10-F19) позначені як «Психічні та поведінкові розлади, що викликані психоактивними речовинами». Основна систематика будується на класифікації речовин, вживанням яких викликані ті чи інші розлади здоров'я: алкоголь, опіоїди, канабіоїди, седативні чи снодійні, кокаїн, інші стимулятори (включаючи кофеїн), галюциногени, тютюн, летючі розчинники, а також інші психоактивні речовини. Поділ на наркоманію та токсикоманію будується не на медичних, а на юридичних критеріях: до наркоманії відноситься тільки залежність від речовин, уживання яких переслідується законом, список таких речовин у різних країнах різниться.

Барбітурова наркоманія, наприклад, з клінічної точки зору набагато важче захворювання, ніж тютюнозалежність. Але, з точки зору соціальної небезпеки, то тютюнокуріння за рахунок масового поширення переважає барбітурову наркоманію. Безумовно, мова йдеться не про криміногенну складову, чим небезпечна барбітурова наркоманія, як і всі різновиди наркоманії взагалі, а про масове погіршення стану здоров'я.

Тютюнокуріння вважається типовим ризиковим фактором: воно приносить короткотермінове розслаблення, але під час довготермінового впливу є шкідливим для серця, системи кровообігу, викликає такі захворювання як інфаркт міокарду й атеросклероз. Воно набагато збільшує ризик різноманітних онкологічних захворювань, зокрема гортані й легень, може викликати виразку дванадцятипалої кишки й хронічний бронхіт. Найстрашніше в цих важких захворюваннях є те, що вони, як правило, розвиваються протягом значного періоду часу й лише поступово стає зрозумілим їх істинний масштаб.

Тютюн викликає пристрасть не меншу, ніж героїн, який вважається найсильнішим наркотиком.

Тютюнокуріння особливо шкідливим є для недостатньо зміцнілого організму підлітка.

Подразнення тютюновим димом слизових оболонок порожнини рота, носа, гортані, трахеї та бронхів розвиває хронічне запалення дихальних шляхів, що призводить до враження голосових зв'язок, вражає бронхи та трахею, розвивається хронічний бронхіт, який у підлітків-курців спостерігається в 7 разів частіше, ніж у тих, хто не курить. Типова прикмета курця – кашель із виділенням слизу темного кольору. У цьому випадку не допомагають жодні ліки. Єдині можливі ліки – покинути куріння. Кашель викликає емфізему (розширення) легень, а це задишка, важке дихання.

Робота головного мозку й уся нервова діяльність зумовлені процесами збудження й гальмування. Постійне та правильне збалансування цих процесів зумовлює вищу нервову діяльність людини. При курінні запис біострумів головного мозку фіксує зниження біоелектричної активності. Курець спочатку дійсно відчуває тимчасове збудження, але воно швидко змінюється гальмуванням. Мозок, що звик до тютюнових доз, починає вимагати чергову дозу, посилає сигнали неспокою, дратівливості й підліток знову тягнеться за черговою сигаретою. Як тільки він кине куріння, проходить тиждень-два, і мозок забуває про подачки нікотину, відновлюється його нормальна робота.

Неврози в підлітків-курців розвиваються значно частіше, ніж у тих, хто не курить. Дуже частими є такі явища, як головний біль, швидка стомлюваність, запаморочення, підвищена дратівливість, безсоння, тремтіння пальців й інші фактори.

Курець тішиться ілюзією, що куріння заспокоює. Виявлено, що нікотин є фактором, який значно підсилює дратівливість через 10-15 хвилин після куріння. У результаті в підлітка знову виникає бажання чергової сигарети.

Головне завдання еритроцитів (червоних кров'яних тілець) – перенесення кисню від легень по всьому тілу. Тютюновий дим, що потрапляє в легені з повітрям разом з окисом вуглецю утворює в крові карбоксигемоглобін, який значно зменшує потрапляння до крові кисню, а нікотин викликає спазм судин.

Нікотин значно збільшує частоту скорочень серця. У період куріння частота пульсу збільшується на 10-18 ударів на хвилину. Коли курець не курить, у нього все одно частота пульсу на 7-8 ударів вища, ніж у того, хто не курить. За добу серце робить на 10-12 тисяч ударів більше.

Зношуваність серця зростає з кожним днем, а це призводить до розвитку ішемічної хвороби, стенокардії та інфаркту міокарда. Серцеві хвороби в курців з'являються в 12 раз частіше, ніж у тих, хто не курить. Саме тому, мабуть, ми часто чуємо про те, що під час уроків фізкультури в школах з підлітками трапляються серцеві напади. Окрім того, сьогодні намітилась усталена тенденція на омолодження серцево-судинних захворювань. Це відбувається тому, що курці з п'яти-семилітнім стажем куріння сигарет усе частіше й частіше зустрічаються вже в 14-15 років.

Температура тютюнового диму в роті курця 50-60°С, різниця температур, синильна кислота й інші компоненти тютюнового диму руйнують зуби, слина, що підліток ковтає разом із нікотином та отруйними речовинами заносить інфекцію у шлунок. Увесь цей букет призводить до виразкової хвороби шлунка й дванадцятипалої кишки.

Особливо необхідно зазначити проблеми з печінкою, що є головним нейтралізатором отрути, яка потрапляє до організму й яка вже здійснили руйнівну дію в гортані, легенях, шлунку, серці. Численні компоненти тютюнового диму отруюють клітини печінки й її робота значно знижує ефективність очищення від отрути, що призводить до отруєння всього організму.

Очі курця, який курить тривалий час часто сльозоточать, червоніють, повіки розпухають, нікотин впливає на зоровий нерв і м'язи очей, під час звуження судин змінюється сітківка очей, падає гострота зору. Усім хворим на глаукому заборонено курити, тому що паління підвищує очний тиск. Шкідливо впливає куріння й на органи слуху та нюх, смакові якості курця.

Про враження статевої системи людини написано вже багато, але все ж таки необхідно підкреслити, що порушення всіх органів відчуттів і систем

людського тіла, які були описані вище, впливають на статеві функції людини.

До 50 років 25% чоловіків рідко або вже й зовсім не досягають стану задовільної ерекції (про цей факт дуже рідко говорять вголос тому невідомо – скільки через це руйнується сімей).

Нікотин й чадний газ погіршують кровопостачання статевих органів та їхню гормональну активність, через що значно знижується якість сперми (зокрема її рухомість і щільність), а також секреція андрогенів (чоловічих гормонів). У 2 рази частіше спостерігаються патологічні зміни сперматозоїдів, що призводить до народження потомства з вадами розвитку.

Учені вважають, що під впливом тютюнового диму відбуваються розриви в молекулі ДНК. Вступаючи в реакцію з важкими металами (свинцем та ін.), які у значній кількості знаходяться в тютюновому димі, ДНК змінює свою структуру. У статевих клітинах з'являється серйозна загроза для майбутнього потомства – дефектні гени. Потрапляючи до нащадків, вони можуть викликати різноманітні нервово-психічні розлади та можуть спотворювати зовнішність майбутніх дітей. Так, у потомків курців аномалій зі здоров'ям буває в 5 разів більше, ніж у дітей від батьків, які не курять.

Куріння – одна з причин того, що дівчаток в останнє десятиліття народжується більше, ніж хлопчиків. Сигарета, що викурюється до й після ночі кохання, значно зменшує шанс зачати сина. Це пов'язано з тим, що тютюновий дим знижує життєздатність сперматозоїдів, які несуть чоловічу Y-хромосому.

Учені також проаналізували дію куріння на клітини сперми. На їхню думку, сперматозоїди з Y-хромосомами, які відповідають за народження хлопчиків, більш чутливі до змін в організмі, що викликаються курінням. Клітинки сперми з X-хромосомами не такі чутливі.

Від куріння страждає й жіноча статева система. Для нормального розвитку дівчаткам-підліткам необхідно мати певний запас жиру. А нікотин, на додаток до того, що отруює весь організм, ще й виснажує його, знижує

вагу. За спостереженнями фахівців, це призводить до затримки статевого визрівання й схильності до нетрадиційної сексуальної орієнтації.

Нікотин порушує також і менструальний цикл. Іноді він збільшується, іноді супроводжується інтенсивними болями, скорочується й навіть різко припиняється. Серед дівчат-курців часто зустрічається вторинна аменорея (відсутність менструацій) або їхня нерегулярність. Жінки, які курять, частіше мають незвичні піхвові виділення й кровотечі. Набагато важчим для них є й передменструальний період. У жінок, заповзятих курців, він ускладнюється сильними алергійними реакціями, мігренню, кашлем.

Поліциклічні ароматичні вуглеці, що містяться в тютюновому димі, запускають процес загибелі яйцеклітин. Ці речовини в'яжуться з рецептором (особливою молекулою на поверхні яйцеклітини) й активізують ген, який убиває клітину. У курців виробляється менше овоцитів (незрілих яйцеклітин). Рівень вагітності в них становить менше половини від рівня тих, хто не курить, а ті, які змогли завагітніти, мають підвищений ризик недоношування плода. Справа в тому, що куріння ускладнює овуляцію (вихід яйцеклітини, придатної до запліднення) та імплантацію (приживлення) ембріону до матки.

Тютюн, так само як і ціла низка інших психоактивних речовин, викликає переривання вагітності. Звідси – викидень (спонтанні аборти), завчасне відходження навколоплідної рідини й відшарування плаценти, завчасні пологи, мертвонароджуваність. За даними учених куріння менше однієї пачки сигарет на день збільшує ризик смерті плода на 20%, більше однієї пачки – на 35%. Кількість сигарет на день без шкоди для потомства встановити не вдалося.

Куріння на 36% збільшує вірогідність того, що плацента буде розташована на виході з матки. Це дуже небажано. Оскільки нижній сегмент матки змінює форму з початком пологів, то прикріплена до нього плацента може відшаруватись і призвести до катастрофічної кровотечі. Рівень

смертності дітей під час пологів у мам, які курять, у середньому на третину вищий.

Медики виявили й ще один факт: нікотин нейтралізує дію гормонів, які входять до складу протизаплідних препаратів. Більшість жінок, які завагітніли на фоні прийому таких ліків, курили. Оскільки вагітність була небажаною й незапланованою, вони зробили аборт. А небажана вагітність й аборт в юному віці – практично повна гарантія неможливості мати дітей, що призводить до серйозних проблемам у сімейному житті. Окрім того, у жінок, які курять, користування протизаплідними засобами різко збільшує ризик серцево-судинних чи інших ускладнень.

І нарешті, існує зв'язок між систематичним курінням і раннім клімаксом. Куріння молодих жінок можна порівняти з видаленням одного яєчника й на 1-3 роки наближає настання менопаузи (закінчення менструацій), а це означає скорочення тривалості дітородного віку. Це може бути зумовлено токсичним впливом диму й зниженням кількості естрогенів. Висловлювання: «Не кури, а то швидко постарієш» є абсолютно правомірним.

Якщо вагітна жінка не курить сама, але знаходиться в прокуреному приміщенні, то через повітря, яке вона вдихає, вона все одно завдає шкоди плоду. Чутливість ембріону до нікотину є настільки великою, що він реагує навіть на фіктивне паління батьків, тобто на ще неприкурені (!) сигарети. Це чисто психологічна реакція. З точки зору біохімії її досі не змогли пояснити.

Коли ж курить сама жінка, її дитина, образно кажучи, наглухо закупорена в наповненій нікотином матці. Через гостре кисневе голодування й отруєння продуктами розпаду нікотину вона «кашляє», «давиться», борсається, як в'язень газової камери. Через 8-12 хвилин після того, як майбутня мама викурила сигарету, серцебиття ембріона збільшується до 150 ударів на хвилину. Разом із поживними речовинами мама передає дитині тютюнову отруту (нікотин і бензидин), до того ж у досить високих концентраціях. Спочатку вони потрапляють у кров немовляти, потім

накопичуються в його головному мозку, печінці та серці. Поступово розвивається тютюнове отруєння всього організму.

На жаль, токсичні речовини тютюнового диму проходять крізь плаценту (дитяче місце). Тому плід отримує нікотин з крові мами, а також через шкіру й шлунково-кишковий тракт із амніотичної рідини (навколоплідних вод). Що відбувається в результаті?

Тютюновий дим звужує судини й обмежує доступ поживних речовин (зокрема амінокислот) до плоду через плаценту. Цим, у деякій мірі, пояснюється затримка внутрішньоутробного росту й зменшення маси тіла дитини. Близько третини новонароджених з маленькою вагою – у мам, які курили.

Організм жінки, яка курить, компенсує свою гормональну недостатність за рахунок ендокринної системи плода, як би «обкрадаючи» його. Закономірно, що в дитини загальмовується формування кісток і страждає синтез білків. Гормональний дисбаланс є спадковим.

Вплив тютюнового диму на дитину до її народження призводить до затримки росту легенів і розвитку респіраторних захворювань, що супроводжуються задишкою. Це впливає на дихальну систему людини протягом усього її життя (особливо в дошкільному віці). Високий ризик завчасних пологів і недоношування також створюють небезпеку того, що легені в дітей, батьки яких курять, будуть ослаблені.

Усі ці факти свідчать про пасивне куріння плода, про тютюновий синдром плода (за аналогією з алкогольним синдромом).

У хлопчиків, які народились від мам, що курять, яєчка менші за розмірами й нижчий рівень гормону, пов'язаного з виробленням сперми. Після досягнення підліткового віку концентрація сперматозоїдів у їхній сім'яній рідині є нижчою у порівнянні з однолітками, народженими від мам, які не курили. Якщо вагітна курила більше 10 сигарет на день, то щільність сперми її сина буде меншою приблизно на 48%. Очевидно, компоненти тютюнового диму негативно впливають на ті клітини плода, які відповідають

за вироблення сперми в дорослому віці. Звідси виникає низка проблем, пов'язаних із зачаттям онуків.

Діти від мам, які курять, на 30% більше ризикують вже до 16 років захворіти на сахарний діабет або набрати надмірну вагу, у них на 34% частіше народжуються діти із клишоногістю. А якщо ця звичка йде вкупі ще із зовсім нормальною спадковістю, то ризик клишоногості зростає в 20 разів!

На цьому «шокуючі» наслідки не закінчуються. Було виявлено зв'язок між курінням на ранньому етапі вагітності й народженням дитини з розщелиною піднебіння. Справа в тому, що формування піднебіння відбувається на 6-8 тижні після зачаття. Шкідлива пристрасть мами в цей період може проявитися в дитини у вигляді «вовчої пащі» або «заячої губи». Дійсно, 42% мам, від яких народились діти з дефектами обличчя, курили. У мам, які не курили, такі відхилення у розвитку дітей спостерігаються у 2 рази рідше.

Дослідження лікарів також показали, що в дітей, чиї мами курили під час вагітності, на 40% є вищим ризик розвитку аутизму. При цій психічній хворобі людина не має повноцінного контакту з оточенням, замикається в собі, у власних відчуттях та переживаннях. Учені вважають, що нікотин погіршує постачання головного мозку зародка киснем і вражає особливі структури, які відповідають за психомоторні функції.

Поведінка дітей перших років життя є більш проблематичною, мами яких курили від зачаття до пологів. Так, негативізм у двохлітніх малят у 4 рази є вищим у порівнянні з дітьми тих, хто, або покинув курити під час вагітності, або не починав зовсім. «Обкурювання» плода сприяє тому, що народжена дитина буде проявляти тривогу, депресію, підвищену імпульсивність, бунтарство, схильність до ризику й немотивованої агресії (наприклад, бити чи кусати інших дітей).

Для дитини, в якої мама курить з раннього дитинства, характерні неуважність, імпульсивність і підвищена активність. Рівень її розумового розвитку звичайно є нижче середнього. Нерідко відмічається й так званий

синдром «невгамовного Філа». Такі малюки, як правило, агресивні й легко обманюють близьких людей.

У дітей, які піддавалися внутрішньоутробному впливові тютюну, знижується інтелектуальний потенціал, порушується розвиток мови й слухової зони мозку, здатність регулювати емоції, фокусувати й утримувати увагу. У новонароджених це проявляється, зокрема, у зниженій реакції на звуки. У віці від 1 року до 11 років такі діти гірше виконують вправи, пов'язані зі слухом (мовні завдання, пам'ять на слова тощо). Відстаючи у фізичному та розумовому розвитку (читання, письмо, мова), діти погано справляються зі шкільною програмою.

Коли вдома курять один або обидва батьки, у дитини набагато частіше виникають простудні захворювання, бронхіти, пневмонії, гастрити, коліти, виразки шлунка й 12-палої кишки. Батьки й мами, які курять, «нагороджують» своїх чад схильністю до інфекцій органів дихання, алергії, атеросклерозу, епілептичним приступам і карієсу.

Більше того, шкода від куріння передається навіть через покоління!

Дослідження учених дозволили з'ясувати, що в дітей, мами яких курять, ризик розвитку астми зростає в 1,5 рази у порівнянні з дітьми, які не вдихали тютюновий дим. Якщо ж і бабусі теж курили під час вагітності, то ризик захворювань в онука/онучки буде вищим уже в 2,6 рази. Уявімо собі ще одну ситуацію: мати дитини не курить, але бабуся, коли була вагітною нею, курила. Тоді ризик розвитку астми в онука/онучки в 2 рази є вищим, ніж у дітей з родини, де не курять.

Точний механізм передачі схильності до хвороби через покоління ще й досі невідомий. Ймовірно, що відбувається пошкодження імунної системи дівчинки до народження, яке потім унаслідується її майбутнім сином/донькою.

Досі точно невідомо чому відбувається синдром раптової дитячої смерті, коли помирає здоровий малюк на першому році життя.

Але достовірно відомі деякі складові ризику, що призводять до цього

синдрому. До них відносяться: положення дитини під час сну на животі у надмірно теплій кімнаті, на пухкій постелі, а також підвищений тонус блукаючого нерва, післяпологова депресія в матері й усе той же тютюновий дим.

На думку багатьох спеціалістів куріння є найбільш небезпечним і, разом із тим, найбільш упереджуваним з усіх чинників. Воно збільшує ризик раптової смерті у середньому в 7 (!) разів, а наступний за значимістю чинник (післяпологова депресія) – у 3 рази.

Багато малюків, що загинули, народились у неблагополучних сім'ях. Більше половини таких нещасних дітей – хлопчики. Найбільша кількість смертей відбувається у віці до 13 тижнів. Причому 27% смертей можна було б уникнути, якби жінки не курили після народження дитини.

До речі, після пологів, мати-курець дуже часто достроково перериває годувати грудьми. Між тим діти, вигодувані молоком матері, значно рідше стикаються із багатьма проблемами й захворюваннями, ніж «пляшкові» діти. Саме тому право дитини на здоров'я не в останню чергу визначається її правом на материнське молоко. А тютюновий дим знижує якість і кількість цього безцінного продукту.

І все ж таки, чому підлітки курять?

Відповідаючи на це питання, автори можуть сказати просто: «Та тому, що про шкоду куріння їм ніхто не розповідає». Ми провели опитування підлітків кількох шкіл міста Харкова, ставлячи їм такі питання: «Що ви знаєте про шкідливість паління?», «Коли вам останнім часом про це розповідали?», «Хто розповідав?» і «Які ви зробили з цього висновки?» Отримані дані нас, одверто кажучи, збентежили: 95% опитаних підлітків заявили, що про шкідливість куріння вони знають, але в останній раз їм розповідали про це дуже давно й робила це «училка», яка сама курить, або класний керівник, нотації якого вже так приїлись, що не сприймаються. Далі підлітки просили показати хоча б одного учня, який втратив здоров'я через куріння.

Можна з повною впевненістю сказати, що сьогодні антинікотинова пропаганда у суспільстві практично відсутня, якщо ж вона є, то в маленькій кількості й ефективність її близька до нуля. У переважної кількості підлітків не сформована установка на здоровий спосіб життя.

Проаналізувавши отриману інформацію, ми також дійшли висновку, що до одного із значимих чинників формування нікотинової залежності в підлітків слід віднести реалії нашого суспільства. Перш за все, фундаментом нікотинової залежності майбутнього курця часто є його власна мама. Її куріння під час вагітності десяти сигарет на день у п'ять разів збільшує вірогідність того, що дитина почне курити раніше десятилітнього віку. Вірогідність ненормованої поведінки у тринадцять років стає дуже високою.

Чому в монографії увага акцентується на жінках-курцях більшою мірою, ніж на чоловіках? Як показали дослідження, материнське куріння набагато суттєвіше впливає на процес формування нікотинової залежності в її дітей, ніж батьківське. Куріння батька – це поганий приклад. Куріння матері – стимул до нікотинової залежності. Чому?

Внутрішньоутробне вживання будь-якої речовини, що викликає залежність, просто так не минає. У ще не народженого малюка виникає залежність від препарату, який вживає мама. Наркотики вміють налаштовувати роботу ЦНС (Центральної нервової системи) і змінюють рівні речовин, за допомогою яких нервові клітини взаємодіють між собою. Усе це впливає на світосприйняття людини, особливо на те, як вона реагує на стресові ситуації. Інакше кажучи, стрес набагато більше впливає на курця, ніж на того, хто не курить.

Нікотин не є виключенням. Він так само змінює зв'язок між нервовими клітинами й дитина мами-курця більше піддається стресу й починає шукати вихід із нього за допомогою сигарети.

Молодих дівчат, які активно курять, ми сьогодні зустрічаємо на кожному кроці, їх дуже багато. Жіночий організм в п'ять разів швидше звикає до алкоголю, тобто жінка в п'ять разів швидше спивається ніж

мужчина. Так само й звичка курити формується у жінки теж у п'ять разів швидше, ніж у мужчини.

Це перша причина того, що підлітки починають дуже рано курити. Другою причиною є те, що легені підлітка також звикають до диму. При розпаді нікотину в легенях людини з'являється його побічний продукт – котинін. Якщо рівень котиніну в крові дитини достатньо високий, то це вже є показником нікотинової залежності. Легені звикли до цієї речовини й будуть «потребувати» її в дитини.

Дуже шкідливим є для дитини й пасивне куріння. У тих дітей, у присутності яких курять їхні батьки, рівень котиніну в 50 разів є вищим, ніж у тих, батьки яких не курять. Якщо батьки курять на вулиці, але приносять запах цигарок додому, то рівень котиніну в їхніх дітей «усього» в 7 разів більший, ніж у дітей, батьки яких не курять.

Висновок є очевидним: наявність котиніну в крові дитини сприяє подальшому формуванню в неї нікотинової залежності.

Існує й третя, соціальна причина куріння підлітка. Це наслідування батьків і родичів, особливо тоді, коли вони для підлітків є авторитетами, друзям і кумирам. Ну, як не закурити сигарету в компанії друзів, адже тоді ти можеш стати для них чужим і залишишся без їхньої підтримки й дружби. Сюди ж можна віднести старий як світ конфлікт батьків і дітей. Дух юнацького максималізму й бунтарства, боротьба з батьками за незалежність, відсутність уміння вибудовувати стосунки теж приводять до сигарети.

2.2. Психологічні особливості підліткової наркоманії та токсикоманії

Здавна вважалося, що підлітковий період відзначається конфліктністю поведінки. Підтвердженням тому є висловлювання відомих філософів. Сократ писав: «Наша молодь любить розкіш, вона погано вихована, вона насміхається над начальством і не поважає старших. Наші теперішні діти

стали тиранами, вони не встають, коли до кімнати входить літня людина, сперечаються зі своїми батьками. Просто кажучи, вони дуже погані». Один з мешканців Вавилона залишив такий запис: «Ця молодь розбещена до глибини душі. Молоді люди підступні й недбайливі. Ніколи вони не будуть походити на молодь минулих часів. Молоде покоління сьогодення не зможе зберегти нашу культуру».

Осуд неконформної поведінки підлітків є настільки загальноприйнятим, що психологи вирішили його проаналізувати. Розмови про погану поведінку молодого покоління вони описують як своєрідну «гру» під характерною назвою «Хіба це не жахливо?». Деякі з психологів дають цій «грі» дуже негативну оцінку: «Це фарисейська, каральна або навіть порочна батьківська розвага». Разом із тим, усі вище наведені висловлювання відображають не тільки особливості ставлення дорослих до підлітків, але й специфіку підліткового періоду. Головним смислом цього періоду є пошук власного «Я». У психології прийнято вважати, що центральною проблемою підліткового періоду є становлення самосвідомості, переоцінка соціальних функцій підлітка. А підлітковий вік розглядається як перехідний період розвитку особистості, який за своїм значенням можна порівняти з періодом раннього дитинства. Але найнеприємніше полягає в тому, що особливості поведінки в підлітковий період забуваються, принаймні, частково, коли людина дорослішає.

Можна навести таку концепцію підліткового періоду: мета розвитку – знайти самого себе або втратити своє «Я», «розчинившись у натовпі»; область соціальних стосунків охоплює групи однолітків; домінуючі переживання – від почуття ідентичності до повного відчуження, невизнання.

Заперечення, яке взагалі властиве підліткам, може залишитись основою подальшої поведінки, у них з'являються альтернативні цінності, що протистоять традиційним цінностям суспільства. Вживання наркотичних речовин завжди буває симптомом такого неблагополуччя. Ми практично не зустрічали випадків, коли вживання наркотиків було головним та єдиним

фактором, що викликав соціальну дезадаптацію підлітка. Хоча в деяких учених дуже велика спокуса прямо пов'язати наркотизацію з кризою підліткового віку: підліток наче намагається пережити цей болючий період «під наркозом». Однак такий погляд на проблему є помилковим. Неможна пов'язувати наркотизацію з нормальним становленням особистості молодої людини.

Сімейне неблагополуччя (дезадаптація) є одним з важливих чинників, що сприяє розвиткові підліткового наркотизму й наркоманії. Перш за все, потрібно зупинитись на сімейних конфліктах, що носять хронічний характер і сприяють патохарактерологічному розвиткові підлітка. Такі конфлікти знаходяться в тісному зв'язку з різними типами неправильного виховання.

Для сім'ї, в якій батьки зловживають спиртними напоями, характерним є виховання по типу гіпопротекції та виховання в умовах жорстких стосунків. У такій сім'ї з малих літ дитина залишена сама на себе, перебування дома обтяжливе для неї: вона стає свідком або жертвою асоціальної, іноді агресивної поведінки батьків. Дитина потрапляє під вплив вулиці, вона проводить час в компаніях таких самих знедолених дітей. Ці компанії групуються за територіальним принципом (дворові, вуличні). Звичайно лідерство належить підлітку старшого віку, який відрізняється емоційною збудженістю та фізичною силою. Цей підліток і стає для дитини джерелом інформації про наркотики, а потім – джерелом постачання наркотиків. Якщо дитина виховується в умовах гіпопротекції, то в неї формується специфічний світогляд, який може бути виражений такою тріадою: перше – завжди розраховуй на самого себе; друге – усі інші твої вороги; третє – якщо хочеш чогось досягти, то повинен їх обманути.

Приклад батьків, які ведуть асоціальний спосіб життя, відіграє величезну роль у залученні дитини й підлітка до вживання спиртних напоїв, а потім і наркотичних речовин. Цьому сприяє типова дитяча поведінкова реакція – реакція імітації. Дитина схильна повторювати за батьками незалежно від соціальної спрямованості їхньої поведінки (рідко

спостерігається реакція негативної імітації). Усвідомивши негативні сторони життя батьків, дитина намагається уникати тих форм поведінки, які хоча б віддалено можуть нагадувати їй поведінку батьків.

Важливу роль відіграє емоційний контакт підлітка з батьками. Якщо підліток виховується в обстановці емоційного відчуження, то це сприяє формуванню в нього відчуття власної провини, негативне ставлення до навколишнього світу. Емоційне відчуження може бути явним і прихованим. Але приховане емоційне відчуження не може залишатись непоміченим підлітком.

Те ж саме стосується й так званої прихованої бездоглядності: вона прихована від оточення, але не від підлітка. У цих випадках підліток гостро відчуває свою неповноцінність, намагається якимось чином компенсувати її. Описані в літературі реакції компенсації та надкомпенсації представляють собою складні форми поведінки й діяльності, визначають життєву позицію підлітка. Реакція компенсації спрямована на досягнення успіху там, де підліток почувається впевнено. Реакція надкомпенсації – це спроба досягти успіху там, де підліток відчуває найбільший супротив. Уживання наркотиків неможна вважати проявом реакції компенсації, хоча інколи підлітки за допомогою наркотиків знімають емоційну напругу.

На другому полюсі знаходяться ті типи неправильного виховання, в основі яких лежить підвищена увага до підлітка й підвищений контроль за ним. Можна описати різні види такого виховання.

Домінуюча гіперпротекція – дріб'язковий контроль за поведінкою підлітка, блокування будь-яких проявів самостійності, недовіра до друзів підлітка, страх перед «поганим впливом». Тісно пов'язане з домінуючою гіперпротекцією виховання з підвищеною моральною відповідальністю. Неадекватно великі сподівання батьків на підлітка, постійне нагадування йому про те, що для нього робиться й чого від нього чекають, дуже болюче відбивається на характері підлітка. Своєрідне гасло цього типу виховання: «Не ми, так наші діти». Часто батьки намагаються дати підлітку саме те, чого

вони самі були позбавлені в дитинстві, не піклуючись про те, чи це потрібно підлітку. Наприклад, мама, в якої були здібності до музики, була позбавлена можливості вчитись. І навіть, якщо в підлітка немає ні здібностей, ні бажання навчатись музиці, мама, все одно, настирливо намагається дати їй музичну освіту.

Ще одним, найменш прийнятним, є виховання підлітка за типом «кумира родини» (гіперпротекція потурання). Метою батьків стає задоволення всіх бажань підлітка, намагання позбавити його від будь-яких, навіть незначних труднощів. Батьки переконані в тому, що їхні діти наділені особливими здібностями й талантами. Дитинство підлітка проходить в атмосфері загального захоплення його талантами, що культивує егоцентричне бажання завжди бути в центрі уваги оточення, ловити на собі повні зацікавлення до своєї персони погляди, чути розмови про себе улюбленого й усе бажане отримувати з легкістю, без особливої витрати сил. Світогляд підлітка, вихованого в обстановці гіперпротекції, може бути сформульовано такою тріадою: ніколи не роби нічого самостійно; усі зобов'язані піклуватись про тебе; якщо в тебе щось не виходить, то винні в цьому інші, а не ти.

Виховання за типом гіперпротекції також може призвести до соціальної дезадаптації, а іноді до залучення підлітків до вживання наркотичних речовин. Але в поле зору наркологів ці підлітки, як правило, не потрапляють, оскільки батьки усіма силами намагаються приховати факти вживання наркотиків, уникнути постановки підлітка на облік. Батьки не бажають помічати ознаки наркотичного сп'яніння, а коли факти вживання стають явними, батьки намагаються пояснити їх тонким душевним складом підлітка, стимулюванням його творчих здібностей. Найчастіше така неадекватна позиція характерна мамі підлітка. Автори неодноразово спостерігали молодих людей, які страждають від наркотичної залежності та які значний період часу, за допомогою батьків, приховували згубну пристрасть від оточення. Незважаючи на ранній початок наркотизації вони

були поставлені на облік лише після 20 років. Як правило, на лікуванні наполягали дружини хворих, супротив волі батьків. Таким чином, провідну роль у розвитку наркоманії відіграє виховання за типом гіпопротекції, особливо в тих випадках, коли в підлітка вже проявляються ті або інші патологічні особливості характеру.

Незважаючи на те, що сьогодні вже визнана провідна роль мікросоціальних чинників у розвитку наркоманії, неможна недооцінювати конституціональні риси, які, як буде показано нижче, відіграють важливу роль у появі наркоманії.

Перш ніж зупинитись на ролі різноманітних особливостей характеру в клініці підліткової наркоманії ми стисло нагадуємо основні поняття.

Акцентуацією характеру називають варіанти нормального характеру; такі риси визначають психічний склад особистості, зумовлюють специфіку соціального пристосування. Акцентуації характеру спостерігаються або протягом усього життя людини, або досить тривалий період життя. Підлітковий вік є найбільш демонстративним з точки зору проявів або подальшого розвитку акцентуйованих рис. Акцентуації характеру, як правило, не призводять до порушення соціальної адаптації. За ступенем прояву розрізняють явні та приховані акцентуації характеру. Явні акцентуації характеру є крайніми варіантами норми. При дії специфічних психогенних чинників можуть виникати порушення адаптації, але ці порушення є короткотривалими й повністю компенсуються. Прихована акцентуація – варіант норми. За звичайних умов акцентуйовані риси не проявляються. Під впливом специфічних психогенних чинників вони можуть проявитись без порушень адаптації.

Психопатії – виражені характерологічні порушення, відмінними особливостями яких є тотальність, відносна стабільність і соціальна дезадаптація. Саме останній критерій є вирішальним для диференціації акцентуації та психопатій. Психопатії також поділяються за ступенем:

помірна, виражена й важка. Критеріями розмежування цих форм є прояв психопатичних рис, частота й тривалість декомпенсацій, їхня глибина.

Як для акцентуації, так і для психопатій характерні такі особливості протікання.

Компенсація – декомпенсація. Чергування періоду відносного благополуччя, задовільного соціального пристосування та періоду демонстративних проявів психопатичних рис, виражених порушень адаптації.

Психопатичний розвиток. Цей термін застосовують у тих випадках, коли під впливом тривало діючих специфічних психогенних чинників акцентуйовані риси стають більш виразними та призводять до порушень соціальної адаптації.

Трансформація психопатії (акцентуації) – зміна провідних акцентуйованих або психопатичних рис характеру. Трансформація більш характерна для акцентуації характеру, психопатії відрізняються більшою стабільністю.

Психопатизація особистості – термін, що застосовується у випадках, коли деформація характеру настає після якогось хворобливого процесу, у тому числі алкоголізму чи наркоманії.

Як правило, типологія психопатій і акцентуацій збігається.

Далі будуть показані акцентуйовані особистості підлітків і вплив акцентуації на виникнення наркоманії в них.

Гіпертимний тип. Для підлітків із цією акцентуацією притаманний підвищений рівень активності, самооцінки, фон настрою також є підвищеним. Такі підлітки рухливі, рішучі, товариські. У групах підлітків у них проявляються лідерські тенденції. Під час спілкування з дорослими їм не вистачає почуття дистанції, що призводить до конфліктів. Особливо важким для цих підлітків є пристосування до занять, що потребують постійності, значних зусиль. Вони погано переносять незмінність обстановки, монотонність роботи, ізоляцію від підлітків. Ці якості роблять гіпертимних

підлітків «незручними» у шкільних колективах, вчителі вбачають у них головних винуватців у порушенні дисципліни в класі навіть тоді, коли підлітки не мають жодного відношення до скоєного проступку. Гіпертимні підлітки, у свою чергу, схильні до демонстративних жартів на уроках, таким чином, вони привертають до себе увагу оточення, заробляють своєрідний «авторитет» у класі. При бажанні педагог може легко знайти контакт із гіпертимним підлітком, але на практиці між учителем і гіпертимним учнем установлюються конфронтаційні стосунки. Якщо гіпертимний підліток потрапляє в асоціальну компанію, він легко в ній адаптується, не замислюючись, приймає пропозицію скоштувати яку-небудь наркотичну речовину. Транквілізатори та снодійні речовини, як правило, відкидаються гіпертимними підлітками, оскільки стан розслабленості й сонливості не подобається їм. Частіш за все вони віддають перевагу курінню гашишу, іноді вживають невеликі дози ефедрину. Занедбані випадки наркоманії та токсикоманії в гіпертимних підлітків є надзвичайно рідкими.

Циклоїдний тип. Для цього типу характерним є чергування гіпертимності та субдепресивних фаз. Зміна настрою відбувається незалежно від зовнішніх обставин. До підліткового віку переважає гіпертимність. З появою субдепресивних фаз поведінка підлітка суттєво змінюється, він стає закритим, подавленим, дуже важко міняє звичну обстановку, часто покидає звиклу компанію підлітків. При настанні субдепресивної фази підліток, який має досвід уживання психостимуляторів, може вдатись до них з метою повернення звичного стану. Інші психоактивні речовини підліток, який знаходиться у стані субдепресії, не вживає.

Лабільний тип. Цей тип акцентуації характеру також проявляється переважно через зміну настрою; однак відсутня чітка фазність, зміна настрою зумовлюється екзогенними причинами. Звертає на себе увагу невідповідність причин для веселощів чи журби у прояві емоційної реакції. Іноді поведінка підлітка може видаватись легковажною, капризною. При підвищені фону настрою ніколи не буває справжніх проявів гіпертимії – високої активності,

лідерських тенденцій. У групі підлітків вони, як правило, опікувані. У підлітків із лабільним типом акцентуації характеру часто відбуваються психогенні невротичні реакції. Серед підлітків-наркоманів лабільні підлітки зустрічаються рідко. Зловживання наркотиками не носить у них компенсаторного характеру, а зумовлено типовими мікросоціальними чинниками.

Астеноневротичний тип. Підлітки з цим типом акцентуації характеру з дитинства проявляють себе як «невропати»: у них відзначаються порушення сну, недиференційовані страхи, розлади апетиту, енурез. Втомлюваність, схильність до іпохондрії проявляється в підлітковому віці. Підлітки фіксують найменші розлади здоров'я, охоче лікуються, обстежуються. Підліткові порушення поведінки (делінквентність, рання алкоголізація) цьому типу акцентуації не притаманні. Те ж саме стосується й уживання наркотичних речовин. Пропозиція однолітка покуштувати наркотик викликає в такого підлітка панічну реакцію. У групі делінквентних підлітків вони не затримуються, іноді посідають у ній найнижчі сходинки «ієрархії».

Сенситивний тип. Підвищена чутливість, лякливість, схильність до усамітнення – це основні риси цієї акцентуації характеру. Замкненість сенситивних підлітків – слідство їхньої підвищеної вразливості, страху перед можливими конфліктами. Вони дуже прив'язані до батьків, охоче граються з молодшими дітьми. Делінквентні прояви, схильність до ранньої алкоголізації та наркотизації цим підліткам не притаманні.

Психастенічний тип. Риси цього типу акцентуації проявляються досить рано, з 7-10 літнього віку, і в подальшому не зазнають суттєвих змін. Нерішучість, схильність до сумнівів, побоювань, нав'язливості – головні риси психастеніка. Можливі конфлікти та неприємності хвилюють психастеніка значно більше, ніж ті, що реально відбуваються. Підлітки-психастеніки схильні до вигадування прикмет, ритуалів, нісенітність яких звичайно розуміють. «Обмежувальна поведінка» – типова форма реагування підлітка на реальну або потенційно конфліктну ситуацію: підліток не робить

жодних спроб досягти мети, іноді активно ухиляється від вирішення своїх проблем. Делінквентність, рання алкоголізація та наркотизація не притаманні цим підліткам. Навіть під час спроб компенсувати чи «надкомпенсувати» свої характерологічні вади психастенік не вдається до асоціальних форм поведінки. Очевидно, поведінка підлітка із психастенічною акцентуацією характеру є своєрідним імунітетом проти сумнівних контактів.

Шизоїдний тип. Цей тип акцентуації проявляється теж дуже рано. Діти з шизоїдним типом акцентуації характеру тягнуться до компанії дорослих, їм притаманна недитяча стриманість емоцій, що навіть наближається до холодності. Важка контактність з однолітками, нездатність до співчуття, крайня внутрішня суперечливість думок, емоцій, нестандартність захоплень – риси, що характеризують підлітка з таким типом характеру. У групі однолітків ці підлітки тримаються осторонь; одинокість, як правило, обтяжує їх, але пристосуватись до інших підлітків їм вкрай важко. Однак підлітки з шизоїдним типом акцентуації характеру «шукають один одного», іноді утворюють досить вигадливі групи за інтересами. Чимало підлітків із шизоїдними рисами характеру серед захоплених східною філософією й релігією, зокрема серед кришнаїтів. Ці групи є групами ризику в плані залучення до вживання наркотичних речовин, переважно гашишу, опіатів і похідних ефедрину. Важливим мотивом уживання як наркотику, так і спиртних напоїв у підлітка з такою акцентуацією характеру є спрощення контактів з однолітками, покращення емоційного стану. Не беручи участі в грубо асоціальній діяльності делінквентної групи, вони можуть бути мовчазними спостерігачами, бути присутніми на оргіях, пограбуваннях і побиттях. Другий мотив для вживання наркотиків – потенціонування творчих можливостей, філософські устремління, «пошук внутрішньої сутності» тощо. Під впливом вживання гашишу шизоїдні риси характеру підлітка підсилюються.

Епілептоїдний тип. Це найбільш розповсюджений тип характерологічного загострення, неблагополучний у плані залучення до

вживання наркотичних речовин. Такі підлітки проявляють ригідність, упертість, садистські схильності, вони катують тварин, б'ють дітей. Епилептоїдні риси групуються навколо двох полюсів, з одного боку, вибуховість, жорстокість, значна сила інстинктивних нахилів; з іншого – педантизм, акуратність, в'язкість і ригідність. Такі підлітки консервативні, вони важко приймають будь-які зміни. Схильні до лідерства, реалізуючи його через залякування або застосування фізичної сили. Епілептоїдні підлітки часто скаржаться на приступи нез'ясовно похмурого настрою. Вживають міцні алкогольні напої в досить великих дозах, звичайно п'ють «до відключки». Відсутній захисний рефлекс на передозування. Практично вже з перших моментів алкоголізації проявляються симптоми, що є характерними для алкоголізму. До наркотиків удаються досить часто, диференціюють їх. Від гашишу, психостимуляторів звичайно відмовляються. Нерідкі випадки, коли підліток одразу починає наркотизацію з приймання опіатів, барбітуратів, транквілізаторів. Саме препарати цієї групи вони й уживають у подальшому. Патологічний потяг до наркотику, як і решта потягів, відзначається значною силою. Дезадаптація епілептоїдних підлітків, пов'язана з їхньою збуджуваністю й агресивністю, також сприяє їхньому залученню до вживання наркотичних речовин.

Істероїдний тип. На перший план виступають егоцентризм, прагнення бути в центрі уваги, демонстративність поведінки, що проявляється в емоційній нестійкості. Таким підліткам притаманний певний артистизм, вони дуже контактні, легко заводять знайомства, але рідко знаходять собі друзів. Легко переймають стиль стосунків мікросоціального оточення, мімікрують. У групах підлітків рідко посідають лідерські позиції, оскільки не здатні на довготривалу цілеспрямовану діяльність. Важливими рисами істероїдного характеру є висока навіюваність, брехливість, схильність до фантазування. Брехливість підлітка з істероїдними рисами характеру особлива, він часто сам вірить у те, що говорить. Це надає фантазіям підлітка деяку емоційну достовірність. Якщо він входить у делінквентну групу, то легко переймає усі

прояви субкультури делінквентних підлітків, стає «більшим роялістом, ніж сам король». Дуже важливо, що підлітку з акцентуацією характеру істероїдного типу практично байдуже хвалять його чи засуджують, він бажає лише одного, щоб про нього говорили. Може перебільшувати наркотизм, щоб показати себе своїм хлопцем у групі наркоманів. Такі підлітки часто роблять собі татуювання з кримінальною символікою, при цьому вони можуть не мати судимості й навіть не стояти на обліку в інспекції у справах неповнолітніх.

Нестійкий тип. Мова йдеться, перш за все, про нестійкість волі. Звичайно перші ознаки загострення рис характеру по нестійкому типу проявляються в дитячому віці. Звертає на себе увагу висока рухливість, непосидючість дітей. На відміну від гіпертимних дітей вони легко підкоряються, але в основному – іншим дітям, а не дорослим. Відсутність здатності до цілеспрямованої діяльності найбільш яскраво проявляється з початком шкільних занять. Діти не бажають учитись, шукають можливості для того, щоб уникнути навіть мінімальних навантажень. Підліткам з нестійким типом акцентуації характеру є притаманним гедонізм – нестримний потяг до задоволень і насолод. Якщо в ранньому віці це тільки отримання порції солодощів, відвідування кінотеатрів, то з настанням статевої зрілості в підлітків з'являються вже інші розваги. Справжньої емоційної прихильності до родичів і близьких людей нестійкі підлітки не відчувають, не притаманна для них і платонічна юнацька закоханість. Нестійкі підлітки рано знайомляться із спокусами вулиці, у тому числі й з алкогольними напоями та наркотичними речовинами. Жодних сумнівів чи нерішучості під час початку алкоголізації та наркотизації не відчувають. У бесіді відверто говорять, що бачать сенс життя в отриманні задоволень. На цьому відвертість підлітків закінчується. Анамнез життя, характер вживання наркотиків й алкогольних напоїв вони уявляють викривлено. При цьому підлітки з нестійким типом акцентуації зовсім не турбуються про те, що їхня брехня може бути легко викрита, не дуже переживають, коли це

відбувається. Разом із тим їм не притаманна багата фантазія підлітків з істероїдними рисами характеру. Серед підлітків-наркоманів акцентуація характеру нестійкого типу зустрічається часто. Звичайно в них проявляються й інші форми делінквентної поведінки. Наприклад, у перші дні знайомства справляють приємне враження, намагаються вислужитись, але дуже скоро проявляють свої характерологічні риси. При менш вираженій акцентуації підліток, у випадку поїздки з батьками на відпочинок, поводиться рівно, але варто йому, потрапити у звичне оточення – усе повертається «на круги своя».

Конформний тип. Цей тип акцентуації характеру відзначає підвищена залежність від свого оточення, некритичне ставлення до прийнятих серед своїх форм поведінки. Прообразом конформних акцентуантів є, так звані, тоталітарні особистості. Їм притаманна впевненість у тому, що їхня доля не залежить від них (психологія «гвинтика», екстернальність). Належність до тієї чи іншої групи – джерело самоповаги й самоствердження підлітка. Конформним підліткам притаманний крайній консерватизм, вони останніми приймають нову моду й останніми ж відмовляються від неї. Адаптація до нових умов є дещо пригальмованою, але врешті-решт буває повною й навіть надмірною. Здавалося б, ніщо не може завадити конформним підліткам усвідомити себе «невід'ємною частиною» серед наркоманів, однак вони не вдаються до приймання наркотиків, різко засуджують наркоманів, вимагають застосування до них жорстких заходів.

Апатичний тип. Цей тип акцентуації не описується в літературі, але, за нашими спостереженнями, зустрічається досить часто. Він відповідає типу людей, яких ми часто називаємо «флегматик» -- безвольна, апатична людина. Безвольність притаманна й для нестійких підлітків, але інколи вона поєднується з достатньою активністю, хоча й нецілеспрямованою та хаотичною. Нестійкий підліток надмірно рухливий, апатичний, загальмований, малоконтактний, «тяжкорухий». Уже зовнішній вигляд апатичних підлітків є достатньо характерним: вони, як правило, схильні до повноти, мають конституціональні особливості (округлі форми, уповільнені

рухи тощо). Ці підлітки надмірно доброзичливі, чуйні, але, через своє безволля, не здатні нікому допомогти. У молодших класах апатичні діти часто стають предметом насміхань однокласників, що переносять стоїчно. Апатичні підлітки відзначаються сенситивністю, яка особливо підсилюється після завершення статевого визрівання. Вони достатньо гостро переживають перше кохання, про яке, як правило, обраниця навіть і не здогадується. Звичайно мають кількох близьких друзів, до яких дуже прив'язані. Здавалося б, апатичні підлітки не повинні входити до делінквентної групи, у них відносно невисокий ризик залучення до вживання наркотичних речовин. Але з цього правила існують виключення. «Дошкульним місцем» апатичного підлітка є його намагання мати близького друга, нав'язливість, пасивність.

Підлітковий період стосовно поведінкових реакцій має свою специфіку. У монографії наводяться лише стислі відомості про ці реакції, які бувають тісно пов'язані із наркозалежністю.

Реакція емансипації. Мова йдеться про звільнення підлітка з-під опікування батьками, учителями, вихователями у широкому сенсі слова – про звільнення від соціального контролю. У кожному конкретному випадку реакція емансипації має свою специфіку. Її сила визначається тими умовами, в яких виховується підліток. При вихованні за типом гіперпротекції реакція емансипації виражена достатньо сильно, при вихованні за типом гіпопротекції – непомітна; а за типом і вираженістю характерологічних відхилень у шизоїдів й епілептоїдів реакція емансипації виражена чітко, у сенситивних підлітків і психастеніків – нечітко. Ступінь вираженості та конкретні прояви реакції емансипації варіюються від появи таких рис, як упертість, підкреслювання своєї думки, до брутальності й навіть агресивності по відношенню до старших людей, повної зневаги їхніх вимог. Зрозуміло, що вихід з-під контролю старших може сприяти прилученню підлітка до делінквентного середовища й тим самим – до вживання психоактивних речовин.

Реакція «хобі». Усі підлітки чим-небудь захоплені. Різноманіття цих захоплень вражає. У більшості випадків підліток байдужіє до предмету «дитячого» захоплення, але іноді воно визначає подальший розвиток інтересів підлітка, вибір професії.

Підлітки, які вживають психоактивні речовини, вкрай рідко чим-небудь захоплюються. Такі підлітки губляться, коли їх питають про захоплення, схильності. Відсутність чи крайня несерйозність захоплень є важливим чинником у формуванні наркоманії або токсикоманії.

Реакція групування з однолітками. Ця реакція є однією з найголовніших серед тих, що визначають поведінку підлітка. Посісти певне місце серед однолітків, спілкуватись саме з ними – одна з цілей психічного розвитку підлітка.

Суспільство активно впливає на процес групування, об'єднуючи підлітків у формальні групи (класи, кружки, клуби). Однак практика показує, що формальна група, яка знаходиться під постійним контролем і спостереженням дорослих, мало приваблює підлітків. Структурно можна виділити два основних типи груп: жорстко регламентована підліткова група й вільна підліткова група. Для регламентованої групи характерними є одностатевий постійний склад, чіткий лідер, фіксовані ролі в групі. Такі групи легко вступають у конфронтацію з іншими групами аналогічної структури («стіною – одні проти одних»); усередині групи також можливі часті ексцеси, пов'язані з боротьбою за лідерство й порушенням «неписаних законів». Вільні підліткові групи, на протилежність регламентованим, не мають ні постійного складу, ні чіткого лідера. У різні дні роль лідера можуть виконувати різні підлітки. Вільні групи менш агресивні, усередині таких груп набагато менше виникають ексцеси, пов'язані з насильством.

Таким чином, проаналізувавши чинники, що найбільше впливають на підліткове вживання наркотиків, необхідно розглянути, які саме наркотичні речовини сьогодні вживають підлітки і як це можна визначити навіть нефахівцю.

На сьогодні у структурі різних видів наркоманії переважає залежність, перш за все, від кустарно виготовлених наркотичних засобів рослинного та штучного походження (екстракти макової соломки, конопля та інші). Починаючи з середини 90-х років виразно стала проявлятись ситуація, коли серед підлітків різко зросла залежність від героїну, кокаїну, амфітамінів, метилендиоксиметамфітаміну («екстазі») галюциногенів, органічних летючих розчинників й інших психоактивних речовин, що поступово призводить до зменшення питомої ваги кустарно модифікованих дериватів опію та коноплі у структурі загального наркотизму. Таким чином, можна зазначити, що реально відбувається конкурентне витіснення кустарних опіатів їхнім синтетичним аналогом – героїном.

Однією з найбільш серйозних наркологічних проблем залишається неприйнятність і стійкість підлітків-наркоманів до реабілітаційних впливів. Нерідко традиційні підходи та спроби відновлення соціального статусу підлітків, десоціалізованих через уживання наркотиків, виявляються безуспішними. Саме криміногенність і десоціалізація – одна з основних характерних особливостей «нового наркотизму». До наркотиків усе більше прилучаються діти й підлітки не лише з груп ризику, але й із соціально благополучних родин. Зникає різниця в кількісних і якісних показниках між чоловічою та жіночою наркопатологією. Зростання летальних випадків через наркотизацію, значна піддатливість підлітків, які вживають наркотики ін'єкційними формами, ВІЛ-інфікування актуалізували соціальні аспекти даної проблеми й піднесли її до рангу «реальної геноцидної загрози» для молодого покоління.

У більшості сучасних підлітків, відсутня настороженість й усвідомлення фатальної катастрофічності наслідків уживання наркотиків як саморуйнівної форми поведінки, свідченням чого є висока частота цікавості до інгаляції та нюхання героїну, уживання кокаїну, лікарських засобів, що мають седативний та ейфорійний ефект (трамалгін, трамал, трамадол, транквілізатори, барбітурати, галюциногени). Не меншу безпеку несуть

наркотичні субстанції, що їх отримують шляхом кустарної модифікації загальнодоступних офіційних препаратів («Ефект», «Колдакт» «Трайфед», «Актифід», «Флюколд», «Флюколдекс») і які містять наркотичні інгредієнти.

Підсумовуючи сказане, можна виділити основні структурні та клінічні особливості трансформації класичних і нових видів наркоманії, явне «омолодження» (з юнацької вона знизилась до підліткової), очевидне зростання дитячої наркоманії, блискавичне формування психічної та фізичної залежності, надзвичайно шкідливе протікання наркопатології, резистентність до терапевтичних заходів, комбіноване вживання одразу декількох психоактивних речовин, важкі постінтоксикаційні наслідки наркотизації, десоціалізація та криміногенність. Уживання наркотиків розповсюдилось абсолютно на всі соціальні прошарки суспільства, залучаються діти як заможних, так і бідних родин.

Окрім того, наркоманія сприяє різкому скороченню тривалості життя через ранню смертність. В умовах масивної та безперервної (хронічної) наркотичної інтоксикації дуже рідко хворі доживають до 30-40 річного вікового періоду. Літні наркозалежні, як правило, – це якийсь фантастичний виняток. У середньому наркоманія скорочує тривалість життя на 20-25 років і є однією з головних причин так званої надмірної смертності в державі (смерті, якої можна було б уникнути). Смертність у молодому віці при наркоманії настає в основному від передозування наркотику, сепсису, суїцидів, смертельних «наркорозбірок», травм і аварій у період наркотичного сп'яніння, важких психосоматичних ускладнень, особливо в тих, хто вживає кустарно виготовлені наркотичні суміші (наприклад, з макової соломки або ефедрон – наркотична речовина домашнього виробництва з ефедрину), «винт» (з первітину), наркостимулюючі суміші (з препаратів «Ефект», «Колдакт»). У зв'язку із цим, відносно низькі показники накопичення контингентів хворих наркоманів аж ніяк не свідчать про відсутність національної наркотрагедії.

Ситуація ускладнюється ще й тим, що наркопатологія, як правило,

вражає молодь у період, коли ще ідеаторні компоненти самозбереження повністю не сформувались, а саморуйнівна поведінка, зумовлена наркотичною ейфорізуючою стимуляцією сфери задоволень (суб'єктивний ефект швидкої та легкої насолоди, сприятливого зсуву у фізичному чи психічному самопочутті), дуже швидко й необоротно набуває форму генералізованої, нестримної, некерованої, хворобливої пристрасті (залежності), що витісняє на задній план усі матеріально-побутові у духовні життєві цінності, мотивації, а також усі можливі природні фізіологічні та психологічні джерела задоволення від нешкідливих захоплень.

Небезпека наркоманії, її особлива згубність у соціальному плані полягає ще й у тому, що представляє собою популяційне захворювання, тобто коли хвороба однієї людини неминуче тягне за собою каскад реальних і потенційних проблем для ближнього оточення, мікросередовища. Образно кажучи, до наркотиків, а потім і до наркоманії рідко приходять поодинці. Це практично завжди група, яка спільними зусиллями здобуває наркотики, спільно наркотизується й до цієї групи залучаються все нові й нові діти, підлітки, яких нерідко «саджають на голку». Нерідким феноменом серед хворої молоді стало створення цивільного чи офіційно зареєстрованого сімейного союзу на основі взаємного патологічного потягу й пристрасті до наркотиків («наркосім'я»). Звичайно, родословна таких сімей проблематична, оскільки спадкові форми наркоманії («наркодіти») призводять до деградації та переривання роду. Сама по собі наркоманія йде пліч-о-пліч з високою криміногенністю. Установлено, що кожний споживач наркотиків щорічно в середньому скоює до 300 діянь, які переслідуються законом. У груповому ж варіанті наркотизації, й, тим паче, серед молоді криміногенність є ще більшою.

Далі розглянемо яким чином проявляється ефект прийняття того чи іншого наркотику в підлітка.

Опіати. У структурі фармакологічних ефектів виділяють анальгетичні, протишокові, снодійні й ейфорійні опіати, які швидко викликають розвиток

хворобливої пристрасті. Характерною дією опіатів є пригнічення дихання. Порідшання й збільшення глибини дихальних рухів із пониженням легеневої вентиляції настає при введенні невеликих доз опіатів, великі дози викликають появу патологічних форм дихання із подальшим його припиненням. Реалізація центральних ефектів опіатів залежить від виду наркотику, що приймається (кустарно модифікований екстракт опію, героїн, морфін тощо), дози, толерантність сполучуваних форм уживання психоактивних речовин, соматичного та психічного стану підлітка.

У підлітків, які недавно почали вживати опіати, гостре отруєння частіш за все зустрічається при передозуванні ін'єкційного препарату. Як відомо, у них дуже швидко починає знижуватись інтенсивність хімічно викликаних приємних, яскравих і комфортних відчуттів, що виникають у результаті ін'єкційного введення опіатів – (на сленгу наркоманів – «приход», «кайф»). При вживанні героїну підлітки відмічають можливе зникнення «блаженного кайфу» від попередньої дози вже через 2-4 тижні регулярної наркотизації. Для досягнення первинного стану психічного комфорту «у погоні за кайфом» підлітки починають збільшувати дозу наркотику, що вводиться й до певного часу їм це вдається. Але через 3-4 тижні такої наркотизації первинна ейфорійна дія опіатів може повністю зникнути. З метою пошуку попередніх відчуттів і на фоні зростаючих абстинентних розладів підлітки починають несамовито нарощувати дозу наркотику.

Саме в цей період найчастіше виникають стани, відомі як «передозування» – гостре отруєння опіатами при перевищенні разової або добової дози, що відповідає індивідуальній толерантності до наркотику на даний момент. Дуже часто стан передозування виникає в підлітків, які прийняли збільшену дозу наркотику виключно з метою самокупування наркотичного абстинентного синдрому (за жаргонною термінологією наркоманів – «розкумарювання»).

Відомо, що ризик передозування значно зростає при сполученому вживанні опіатів з лікарськими препаратами психофармакологічного ряду,

іншими психоактивними речовинами, у тому числі алкоголем, антигістамінними препаратами.

Реальним фактором ризику неминучого передозування є рецидив наркотизації із вживанням підлітком попередньої великої дози після перерви, зумовленої лікуванням у нарколога.

Слід зазначити, що при кустарному приготуванні наркотиків відбувається неминуче потрапляння в кінцевий продукт фракцій із вмістом з'єднань ацетону й оцтового ангідриду, механічних домішок (часток жиру, сажі, вати, макової соломки, залишків суспензії, інших видів осаду). Макова соломка, при недотриманні технології висушування та збереження, набуває додаткових токсичних властивостей і, як наслідок, бактеріальних процесів, що потенціюються у процесі обробки. Похідна речовина для приготування наркотику може містити збільшену концентрацію алкалоїдів, наприклад, папаверину, що вносить додаткові компоненти в клініку отруєння. Кустарна процедура приготування наркотичної суміші з використанням розчинників на основі ацетону, бензолу та хлорованих вуглеводнів призводить до того, що в наркотичний розчин потрапляють високотоксичні бензол і хлористий метилен.

При гострому отруєнні практично миттєво в момент ін'єкційного введення розвивається приголомшення, яке швидко переходить у кому. Паралельно із запамороченням наростають симптоми дихальної недостатності, викликані пригніченням дихального центру. Зіниці швидко розширяються, виникає спочатку гіпертонус м'язів, потім судоми, додається дихальна аритмія, гостро розвивається серцево-судинна недостатність. Спостерігається розбіжна косоокість, з'являється гостра затримка сечі. За відсутності своєчасних інтенсивних терапевтичних заходів настає летальний кінець на фоні зростаючих явищ пригнічення дихальної та серцевої діяльності.

Потрібно окремо зазначити, що провісником важких форм гострої інтоксикації опіатами слід вважати підвищену сонливість, млявість, слабість,

атонії, гіподинамії. Такий стан також потребує надання термінової медичної допомоги, оскільки в кожному конкретному випадку існує висока вірогідність трансформації у загрозливі для життя стани й летальний кінець.

Клінічне розмежування гострого отруєння опіатами на легку, середню та важку форму залежить, перш за все, від концентрації опіатів у крові. Хоча це є достатньо умовним показником з огляду на швидкоплинність клініки та галопуюче погіршення стану підлітка.

При легких формах отруєння у підлітка спостерігається стан оглушення, що характеризується повною чи частковою втратою орієнтації, жодні питання ним не сприймаються або сприймаються дуже важко, відповіді недоладні, мова більше нагадує бурмотання, рухи уповільнені або практично відсутні, підліток намагається прийняти лежаче положення, обличчя амімічне, бліде. Артеріальний тиск низький, пульс збільшений, недостатнього наповнення та напруження, дихання частішає, стає поверхневим. Проявляється пониження або відсутність кон'юнктивальних, больових рефлексів, реакція на світло слабка, зіниці звужені, сухожильні рефлекси знижені.

При середніх формах отруєння опіатами підліток знаходиться у непритомному стані, однак у відповідь на сильні подразники реагує короткотривалими моторними, хаотичними рухами рук, посіпуваннями мімічної мускулатури, гримасами обличчя. Дихання поверхневе й прискорене.

При важкій формі отруєння опіатами спостерігається непритомний стан. Дихання ослаблене, поверхневе, наростає падіння артеріального тиску, серцева діяльність порушена, аритмічна. Відмічаються явища пригнічення дихальної функції, дихання стає переривчастим, слабким, шкіра набуває ціанотичного відтінку. При зростанні описаних вище симптомів стан підлітка переходить у фазу, коли свідомість повністю відсутня, видно плаваючі очні яблука, тиск визначається дуже важко, пульс низький, ниткоподібний.

Якщо підліток знаходиться у непритомному стані, то необхідно враховувати ряд специфічно важливих симптомів гострого отруєння опіатами. Такими є: при зовнішньому огляді – наявність слідів ін'єкцій в області ліктьового згину, деструктивно-органічні судинні враження в області пахових вен (характерна «шишка»), сліди ін'єкцій у підпаховій області, в області шиї та інших зонах тіла (шия, кисті рук, стопи ніг, стегна, статевий орган), септичні осередки, абсцеси на руках, ногах, грудях, по ходу венозного судинного дерева, татуювання із зображенням шприца, плода маку, виснажений вигляд, запах ацетону або іншого розчинника, який можна почути від підлітка.

Героїн. В останні роки відбулись достатньо суттєві зміни у структурі, клініці й перебігу опійної наркоманії. Якщо ще кілька років тому серед тих, хто вживав ін'єкційні наркотичні засоби домінували препарати опію, виготовлені з екстракту кустарно модифікованої макової соломки, то, починаючи з середини 90-х років, усе більшої питомої ваги почав набувати такий сильнодіючий наркотик з групи опіатів, як героїн. Масштабність наркотизації героїном і значна кількість підлітків, які звертаються за медичною допомогою з приводу героїнової залежності, говорить про надзвичайну актуальність заходів з профілактики зловживання, лікування та реабілітації таких пацієнтів.

Звертає увагу й значне омолодження контингенту хворих на героїнову залежність, зростає частота кримінальної та девіантної поведінки, висока смертність серед цих пацієнтів. Героїнова наркотизація фактично миттєво знищує задатки позитивної соціальної орієнтації, «псує» інстинкт самозбереження підлітка, який перестає інтелектуально розвиватись, втрачає здатність до творчої діяльності та життєві позиції, яких досяг, втягується в протиправне існування, стає «баластом суспільства», фактично вступає з ним у безперервне протиборство. На фоні вживання героїну дуже швидко формується різко виражена психопатизація особистості з подальшою деградацією та морально-етичним зниженням, ауто- й гетероагресивними

тенденціями. Подібні порушення пов'язані не тільки з психофізіологічними механізмами героїнової залежності, але й значною мірою зумовлені важкою токсичною дією самого героїну, який викликає органічні враження центральної нервової системи та пригнічує повноцінну діяльність життєво важливих органів. Стрімко зростає число ВІЛ-інфікованих підлітків хворих на героїнову залежність. Згідно з прогнозуванням ситуації на перспективу даний вид наркоманії найближчими роками значно актуалізується в усіх країнах СНД.

Що ж таке героїн? Героїн відноситься до групи психоактивних речовин, що видобувають із снодійного (опійного) маку або синтетичних препаратів із морфіноподібною дією. Серед синтезованих похідних морфіну особливо виділяється саме героїн, що характеризується надсильною наркогенністю (група напівсинтетичних і синтетичних опіатів).

Героїн відноситься до речовин (Список № 1), заборонених до виробництва й використання в медичній практиці через те, що він має найвищу наркогенність, тобто здатний викликати швидку, практично миттєву, залежність організму. Саме через це, на відміну від інших наркотичних речовин, для героїну не встановлено критерій «малої кількості», знаходження якої в затриманої особи не підпадає під каральні дії Кримінального кодексу. «Великою кількістю» є кількість від 1,0 до 10,0 грам героїну, а «особливо великою» – більше 10,0 грамів.

Можна вважати закономірним, що всі опіати, від створення до заборони, пройшли етапи використання в народній і практичній медицині як лікарські засоби. У кожного з цих етапів був початковий період легального використання (наприклад, опій із стародавніх часів відомий людству як речовина, що усуває біль, викликає сонливість і приємні відчуття). Але, з огляду на наявність ейфорійного й адиктивного потенціалу мало розповсюдження й немедичне їхнє вживання. Так, виділений з опію у 1803 році морфін продовжує залишатись до сьогодні одним з ефективних і основних офіційних наркотичних анальгетичних засобів при важкому

синдромі болю.

Героїн було синтезовано у 1874 році і деякий час у ряді країн його також використовували в медичній практиці як засіб інтенсивної терапії. Однак слідом за масштабним розповсюдженням немедичного використання опію, морфіну та героїну, коли важкі медико-біологічні та соціальні наслідки стали абсолютно очевидними, почалося законодавче переслідування нелегального виготовлення, розповсюдження та немедичного використання опіатів. Історія з героїном закінчилась повною забороною його офіційного використання в клініці й експерименті в більшості цивілізованих країн, починаючи з 1924 року. Інші ж опіати (морфін, кодеїн тощо) свій фармакопейний статус, значимість і місце в арсеналі дозволених наркотичних лікарських засобів зберегли й досі. Однак, їхнє використання в усіх країнах, як відомо, здійснюється під суворим контролем і при відповідних медичних показниках.

Потрібно зазначити, що актам контролю над опіатами в ряді регіонів певне протистояння створюють стійкі традиції життєво-культурного укладу етнічних общин, у відповідності з якими не засуджується вживання деяких опіатів (наприклад, під час весілля, для зняття відчуття втоми при виснажливій фізичній праці або з лікувальною метою при кашлі, безсонні, діареї, депресії). Так, до числа таких наркотиків відноситься кокнар, вживання якого розповсюджено серед літніх людей по всій Азії. Подібні традиції ініціюються широко розповсюдженою громадською думкою про те, що використання традиційних опійних наркотиків (опій-сирець) і традиційних способів їх уживання (опіофагія, опіокуріння) несуть у собі меншу медичну й соціальну небезпеку. Кокнар представляє собою розчин для приймання, який отримують із подрібнених до порошкоподібного стану головки та верхньої частини стебла опійного маку, заварених окропом. Безумовно, такі традиції є прямим фактором ризику розповсюдження опійної наркоманії.

Героїн відноситься до числа найбільш небезпечних наркотичних речовин. Він відомий як найбільш сильнодіючий наркотик з групи опіатів. Виробляється з морфіну або будь-якої іншої сировини, що містить морфін (морфін-сирець, екстракційний опій, екстракт макової соломки), через реакцію ацетилування з утворенням активно діючого компонента – діацетилморфін. Агрегатним станом героїну є тонкий порошок, гранули з гірким смаком від білого («чистий героїн») до темно-коричневого («брудний героїн») кольору, що пов'язано з особливостями технології приготування, а також наявністю фальсифікуючих добавок. Склад залежить від якості сировини для ацетилування, вмісту морфіну, особливостей зберігання.

Поява проблеми героїнової наркоманії припадає на 70 роки позаминулого століття, коли вперше було синтезовано діацетилморфін (героїн) й широкого розповсюдження отримав шприц для ін'єкцій, що зробило можливим парентеральне введення препарату. На території Росії перші випадки героїнової наркоманії стали реєструватись на початку 90-х років того ж століття, з середини 90-х років це явище почало набувати більш масштабного характеру.

Героїн відрізняється сильним ейфорійним ефектом і здатністю викликати дуже сильну та швидку психічну (психологічну) і фізичну залежність. Гострі та хронічні наркогенні ефекти даного наркотику, поведінка людини та психічні наслідки мають свій однотипний нозологічний знаменник, у той же час вони різняться за своїми органолептичними характеристиками залежно від ринкової форми (виду) наркотичної речовини: «героїн південно-західний», «середньо-східний героїн», «героїн Південно-Східної Азії», «чорна героїнова смола», «спідбол»та інші.

Кожний з цих видів героїну, у свою чергу, поділяється на типи, що різняться різним відсотковим співвідношенням (від 20 % до 90 %) й інших компонентів, а також способом уживання: а) пероральний – приймання всередину через рот; б) інтраназальний – вдихання та втягування через ніс; в) куріння; г) ін'єкції (внутрішньовенні, підшкірні, внутрішньом'язові). Частіш

за все героїн використовують у вигляді розчину для підшкірних і внутрішньовенних ін'єкцій, а порошкову форму курять і вдихають або втягують носом. На долю внутрішньовенного введення припадає близько 80 % від загальної кількості випадків уживання героїну, тоді як інтраназальний спосіб його введення реєструється приблизно в 15 %. Для куріння наркозалежні підлітки використовують «спідбол» – суміш кокаїну, основи (креку) і героїну.

Звичайно, таке різноманіття форм, видів, типів, способів уживання героїну, з урахуванням великої кількості інших факторів (доза, тривалість наркотизації, стать, вік, психічний, психологічний, соматичний, фінансовий стан наркозалежного підлітка тощо), виключають однотипну синдромальну клінічну картину героїнової наркоманії. Одні лише технічні прийоми та способи перорального, інтраназального, інгаляційного, інтравазального, підшкірного, внутрішньом'язового введення героїну складають свого роду «технологічну індустрію героїнової наркотизації», інформація про яку, на жаль, уже давно існує а Інтернеті. Разом із тим, героїнова залежність за яскравістю клінічних ознак, злоякісністю й трагічністю медико-біологічних і соціально-психологічних наслідків, відповідністю усім закономірностям галопуючого формування патологічної пристрасті розглядається сучасною науковою наркологією в якості «базової», «класичної», «хрестоматійної» наркоманії.

Лікарями-наркологами доведені різні реакції органів і систем на введення героїну як представника групи опіатів: 1) центральна нервова система – анальгезія, ейфорія, пригнічення кашлевого центру, пригнічення нервового збудження; 2) дихальна система – пригнічення дихання, уповільнення його ритму; 3) шлунково-кишковий тракт – зменшення перистальтики, секреції жовчі, панкреатичної та кишкової секреції, кольки, запори; 4) м'язова система – розслаблення, зменшення фізичної активності.

У підлітків з героїновою залежністю діапазон разових доз героїну варіюється в широких межах, що зумовлено багатьма факторами, серед яких

найголовнішим є толерантність, як одна з головних ознак наркотичної залежності, а також час (стадія) захворювання. Героїн у дозі 5-10 мг у початківців викликає стан ейфорії, сп'яніння, «кайфу», одурманювання. Згодом доза героїну збільшується до 10-40 мг., «вуличною» дозою (для «бувалих наркоманів») вважається від 100 мг. й до 2 г. і навіть більше на день при найвищій толерантності. Летальні випадки можуть реєструватись при введені героїну в дозі від 60 до 200 мг.

Поняття «толерантність» у наркології означає формування адаптації, стійкості до ефектів наркотику, що характеризується зниженою реакцією на введення попередньої дози наркотику. Для досягнення попередніх ефектів необхідне вимушене збільшення доз. Потім і ця нова доза стає недостатньою, потребується її подальше збільшення і т. д.

Окрім толерантності, до основних синдромів героїнової наркоманії відносяться психічна та фізична залежність. Якщо при прийомі опію фізична залежність може сформуватись за 10-20 днів, то при героїновій наркоманії це може статись за 2-3 дні щоденного вживання героїну.

Психічна залежність представляє собою нав'язливе бажання безперервно або періодично приймати наркогенні препарати з тим, щоб відчути певні, уже відомі відчуття або зняти явище психічного дискомфорту. Феномен психічної залежності багато в чому зумовлений нав'язливими спогадами, уявленнями, мареннями про раніш пережиті миттєвості «кайфу», «приходу», «ейфорії», що й зумовлює характерну поведінку («поведінку пошуку» – постійний пошук препаратів і приводів для наркотизації). Психічна залежність існує при всіх формах наркоманії та токсикоманії й є найсильнішим фактором, що сприяє систематичній, хронічній інтоксикації. Однак, при героїновій наркоманії період для лікарської клінічної ідентифікації психічної залежності вкрай малий, через те що дуже швидко формується фізична залежність.

Якщо встановилась схема (ритм, система) пошуку й введення героїну, це вже фізична залежність («підсів на схему»), при якій має місце стан

патологічної перебудови усієї функціональної діяльності організму – відповідь на хронічне вживання наркотику. Виникають інтенсивні фізичні й психічні порушення кожного разу, коли прийом наркотику припиняється або його дія нейтралізується специфічними антагоністами (синдром відміни, синдром позбавлення, стан депривації, абстинентний синдром). При героїновій наркоманії через 6-18 годин після останнього введення наркотику з'являється наркотичний голод, клініка якого включає компульсивні форми потягу, пригнічений настрій, дратівливість, млявість, тривожність, неадекватне освітленню розширення зіниць, сльозливі очі, чихання, нежить, слиновиділення, озноб, пітливість, «гусяча шкіра», позіхання, потім – напруження м'язів спини, рук і ніг. Зростає почуття тривоги, фізична слабкість, з'являється тахікардія, аритмія, частішає дихання, піднімається температура тіла, виникає нудота, блювання, пронос, тремор, до яких через 24 години додається біль у м'язах спини, ламаючий біль м'язів рук і ніг, зведення жувальних м'язів. Далі (через 48-72 години) з'являється нестерпний біль у животі, попереку, суглобах, в області серця, зведення литок, свербіж, печія, зубний біль. У цьому стані хворі неспокійні, непосидючі, нав'язливі, метушаться, видають непередбачувані істеричні реакції, схильні до агресії та суїциду. Нерідко героїновий больовий синдром по мірі зростання абстинентного синдрому охоплює все нові області, достигаючи феномену паналгії. Апетит повністю відсутній. Нерідко з метою призначення сильнодіючих фармакологічних препаратів підлітки симулюють гостру соматичну патологію з больовим синдромом (напади ниркових кольок, жовчнокам'яні хвороби, напади болю в області серця та ін.).

Подолати цей фізичний стан без лікування хворі не в змозі. Характерним є стійке й тривале безсоння. У стані абстинентних розладів хворий підліток потребує медичного догляду, це пов'язане із тим, що в пошуках наркотику він може скоїти будь-який, у тому числі й кримінальний вчинок. Після купування синдрому зупинки наркотизації настає тривалий и

стійкий депресивний стан, що потребує спеціального терапевтичного, психокорекційного, а потім і реабілітаційного втручання.

Тривалість життя «на героїні», за усередненими даними, не перевищує 5-7 річного періоду неперервної наркотизації. Найбільш частою причиною смерті героїнозалежних підлітків є гонитва за «кайфом» на надвисокій дозі наркотику. До симптомів гострого отруєння при передозуванні відносяться звужені до точкового розміру зіниці, спазм шлунково-кишкового й жовчного шляхів, зниження температури тіла, волога та липка шкіра, пригнічене дихання, ниткоподібний пульс, втрата свідомості, кома. При підшкірному чи пероральному введенні наддози героїну смерть від паралічу дихання настає через 2-4 години, а при внутрішньовенному – миттєво. Можливість смертельного кінця значно зростає при комбінованому прийомі героїну з алкоголем або антидепресантами.

Узагальнюючи накопичені за останні роки дані про контингент підлітків хворих на героїнову залежність можна констатувати як подібність до хворих на інші форми адикції, так і суттєві розбіжності. У принципі, фактори ризику, особливості особистості підлітка з девіантністю й делінквентністю, з тенденціями саморуйнівної поведінки, узагальнюючі обставини залучення до наркотиків є однотипними. Рідко спостерігаються випадки початкового вживання саме героїну. Як правило, його попередниками є інші психоактивні засоби – канабіноїди (конопля), «Трамадол», психостимулятори (ефедрон, первітин), екстракт макової соломки, хімічно модифіковані препарати «Ефект», «Колдакт», а героїн з'являється потім, коли толерантність уже висока. Разом із тим, серед підлітків є й такі, які «дебютували» з героїну. Героїн – задоволення дуже дороге, тому, якщо серед наркоманів і зустрічаються особи підлітково-юнацького віку, то це діти із заможних сімей, які мають вільний доступ до батьківських грошей і коштовностей.

Найбільш характерними властивостями «героїнової особистості» є брехливість, відсутність мотивації й установки на лікування, схильність до

об'єднання у групу осіб з девіантно-делінквентною поведінкою, виражена схильність до протестних форм поведінки. Інакше кажучи, це риси характерні для опійної наркоманії взагалі та вторинної наркотичної психопатизації.

Вважається, що важливою ознакою героїнового сп'яніння є відсутність виражених порушень координації рухів й артикуляції. Настрій підвищений, благодушний, мова прискорена, виразна, мислення прискорене. Підлітки охоче розмовляють, жваві неадекватно ситуації. Героїнова інтоксикація в корні не схожа на алкогольне сп'яніння. Диференціальна й експертна діагностика сп'яніння включає якісне та кількісне визначення концентрації героїну в рідких середовищах організму й тканинах (кров, сеча, слина, слізна рідина, піт, волосся, пунктати підшкірного жиру, нігті).

Важливою діагностичною допомогою при визначені героїнової наркоманії є зовнішній вигляд підлітків. Вони виглядають старшими за свій вік. Волосся втрачає свій фізіологічний блиск, стає тьмяним. Шкіра суха, з великою кількістю морщин не за віком. Показником героїнової наркоманії є специфічна блідість шкіри обличчя й інших частин тіла. При значній давнині наркоманії до шкіряної блідості додається її жовтуватий відтінок. Вражається зубна емаль, зуби ламаються й випадають без болю, нігті ламкі, ламаються шарами. Хворі підлітки різко виснажені, дефіцит маси тіла становить від 7 до 15 кілограмів, ступінь дефіциту є прямо пропорційним стажу наркотизації. В області ліктьових згинів, передпліч, на кистях, нижній третині пліч, ногах, шиї, у паховій частині – сліди ін'єкцій різної давнини. Характерні пігментні плями, «доріжки» по ходу поверхневих вен, які деформовані або ущільнені. Частина вен, як правило, тромбована, запалена, шкіра над венами коричневого кольору.

Зустрічаються також казуїстичні випадки способів введення наркотику: в під'язикові судини, судини статевого органу чи статевих губ, судини склер, потиличної частини, утворення хронічного свища в паховій області з метою безпомилкового шприцевого доступу до стегнових судин, введення

наркотику в п'яткову кістку. Нерідко голковий пошук судини-мішені перетворюється для наркомана у багатогодинну політравматичну процедуру, що, природно, не виключає внесення у судинне русло інфекції та повітря. Саме тому хроніосептичні стани, численні абсцеси, флегмони, рубцеві зміни після їхнього хірургічного розтину, порушення периферійної гемодинаміки у формі хронічного набряку рук і ніг, вірусні гепатити у підлітків з героїновою залежністю – лише частина численних медичних проблем.

Допоміжну діагностику для батьків має мова підлітка, зокрема, використання у повсякденній мові жаргонних слів, сленгу, без яких мова наркомана неможлива. Сленг у спілкуванні героїнових наркоманів являє собою експресивно забарвлену, стислу й оперативну мову, що складається з набору нових мовних і лексичних одиниць, неологізмів, які є символами перебільшеної емоційно-духовної близькості споживачів психоактивних речовин. За своїм змістом сленг – це сурогатна словотворчість, побудована за допомогою мовних запозичень, простих аналогій, близьких асоціацій, що грунтуються на власних і групових відчуттях і переживаннях.

Вивчення особливостей специфіки мови героїнових наркоманів, розкриття її окремих психологічних, соціологічних і лінгвістичних функцій дозволяє лікарю дати аналітичну оцінку клінічних аспектів захворювання. Мовна продукція підлітка досить часто служить суттєвою характеристикою ступеня залежності, свідчить про стан сфери критики й морально-етичної деградації, яка настає у підлітка через токсичну дію наркотичних речовин. У цілому сленг являє собою індивідуально-групову форму спілкування, особистісного самовираження, мікросоціальної поведінки в рамках спільноти споживачів наркотичних речовин.

Аналіз сленгу дає лікарю-наркологу можливість скласти максимально повний «соціально-психологічний портрет» пацієнта, визначити давність його наркотизації, вивчити середовищні аспекти захворювання, оцінити прогноз перебігу залежності. Сленг наркомана є важливим атрибутом знакової приналежності до середовища активних споживачів наркотиків,

представляє для нього значиму особистісну та комунікативну цінність у ближньому мікросоціальному оточенні. Значення жаргонної термінології полягає в її стислості, простоті, лаконічності, намаганні придати своїй мові незрозуміле для оточення значення, продемонструвати свого роду наркоманійний естетизм. Разом із тим, слід зазначити лексичний примітивізм сленгу, його вульгарне звучання, що збіднює мову й робить її убогою, що свідчить про зростання наркотичної деградації.

Сленгом передаються назви наркотичних засобів, різноманітні маніпуляції, що виконуються наркоманами, позначаються дози наркотику, форми його виготовлення, варіанти технології та кінцеві результати, способи введення, відчуття, що переживають після введення наркотику. У кожному регіоні переважають свої сленгові вирази та жаргонні мовні обороти споживачів наркотичних речовин, часто свій сленг може бути присутнім навіть у різних групах наркоманів, які живуть в одному місті або селищі. Але специфіка побудови мови наркомана така, що його мова та прихований смисл буде зрозумілим будь-якому, вперше побаченому, наркоманові з тієї самої етнічної групи. Більше того, жести, особливі рухи голови, очей, пальців рук, особлива артикуляція, міміка, акценти при алегоричній мові, навіть зустріч у коридорі, коротка телефонна бесіда дозволять двом споживачам наркотиків практично миттєво домовитись багато про що, особливо коли це стосується технології добування та споживання наркотику. У цьому, мабуть, немає нічого дивного, оскільки роки життя з порушенням закону, за неписаними правилами наркозалежності в умовах самоізоляції від сім'ї та суспільства створили для наркоманів свою, зрозумілу лише їм субкультуру поведінки, модель наркожиття.

Найбільш відомі такі сленгові обороти, які широко використовують при спілкуванні підлітки з різними видами наркотичної залежності: «гарік», «герич» – героїн; «солома» – висушені головки маку; «ширка», «ширево» – ін'єкційний опій; «чорнушка» – свіжозібраний, молодий опій; «варення» – висококонцентрований опій; «рухатись», «вмазатись» – вживати опій;

«винт», «первітин», «джеф» – кустарний психостимулятор; «децел» – 0,1 мл. ін'єкційного опію; «чек» – мінімальна доза героїну; «стакан» – міра купленого сухого опію; «чібик» – 40 г. опію; «ширяловка» – ін'єкції наркотиків двом-трьом особам; «розкумаритись» – введення наркотику з метою самокупування явищ наркотичної абстиненції: «мітла» – ватний тампон, придатний для фільтрації ін'єкційного наркотику; «колесо» – таблетковий препарат, що використовується для потенціонування дії базового наркотику; «штакет» – цигаркова гільза, приготовлена для заправки тютюну з наркотиком; «марфа» – морфій; «медицина» – офіційні наркотичні анальгетики; «баян», «бабочка», «інсулинка» – різні види шприців для ін'єкції наркотиків; «жало», «заноза», «колючка» – голка шприцу; «ужалитись» – ввести собі у вену наркотик; «центр», «синявки», «капілярки», «обратки», «підмишка», «пах» – локалізаційні зони для ін'єкційного введення наркотику; «розпечатати пах» – вперше використати пахові вени для наркотизації; «попалений» – стан неможливості колотися в периферійні вени; «хата», «малина» – притон наркоманів; «келія» – кімната, де курять героїн, опій; «кругляк» – людина, яка вживає будь-які наркотичні речовини; «приход» – короткочасний стан психічного комфорту; «бодряк» – стан після введення психостимуляторів; «облом» – залишитися без наркотику; «кумар», «ломка», «відхідняк» – стан наркотичного голодування; «відкинутись», «зависнути» – заснути після введення наркотику; «передозування» – втратити свідомість після введення великої дози наркотику; «заковтнути язика» – токсична зупинка дихання; «ремонтуватись по п'ятому номеру» – лікуватись в наркологічному відділенні; «збити дозу» – самостійно зменшити добове дозування уживаного наркотику; «сісти на голку» – стати наркоманом; «випадковий», «ювіляр» – той, хто вперше скоштував наркотик із цікавості; «кінчений» – старий наркоман; «фані» – гулянка з уживанням наркотиків; «щука шиберна», «барига» – спекулянт наркотиками; «екскурсія», «рух» – пошук наркотику; «галімий», «розвід», «вода» – поганий наркотик; «явище» – благополучне прибуття постачальника

наркотиків; «бульбулятор» – прилад із пластикової пляшки для підсиленої інгаляції диму наркотику тощо. Перерахування всього арсеналу сленгових виразів наркоманів не є завданням монографії, існуючі словники дозволяють більш детально ознайомитись зі світом мовних оборотів підлітків, хворих на наркоманію. Ми навели лише жаргон, пов'язаний із героїновою наркоманією.

Необхідно підкреслити, що вивчення спеціалістами сленгових зворотів дає уяву про ієрархію взаємостосунків у групі наркоманів, частоту того чи іншого виду наркоманії, способах уживання різних наркотиків, способах кустарного виготовлення, ролі ліків і формування залежності, ролі грошей у житті наркозалежного, криміногенної наркоатмосфери, психології ставлення наркоманів до продавців наркотиків та їхніх фальсифікацій тощо.

Автори монографії ще раз хотіли б підкреслити, що ознайомлення з жаргоном вони рекомендують лікарям клінічних спеціальностей, педагогам, батькам з метою своєчасного виявлення можливого прилучення підлітка до психоактивних речовин.

Практика показує, що широке користування сленгом наркозалежних підлітків часто є ознакою, яка повинна насторожити батьків, заставити їх пильніше придивитись до підлітка. Відбувається глибока трансформація соціального статусу підлітка, міцне входження в образ залежного. У цілому, сленгова продукція наркомана дозволяє фахівцю більш точно й повно дати кваліфіковану оцінку стану хворого, виявити характер динаміки хвороби, визначити рівень негативної особистісної трансформації, що є важливим для побудови адекватної терапевтичної тактики.

Хотілося б ще раз нагадати: вплив наркотиків на нейрохімічні процеси в мозку є основою для розвитку синдрому залежності. Інакше кажучи, це захворювання, яке без лікаря не лікується.

Досить швидко у підлітків, які мають героїнову залежність, формується характерний «наркоманійний портрет» особистості. Поза залежністю від соціального походження, розвитку, виховання, освіти тощо переважна більшість підлітків стає все більш схожими один на одного. Вони однаково

брутальні, у поведінці відверто зухвалі, майже не приховують свою наркотизацію, з метою добування грошей вдаються до примітивних форм обману родичів, знайомих, близьких, не бояться соціальних санкцій. У цей період усі наркомани занурюються у тривалий і гострий конфлікт із родиною та суспільством, при вирішенні власних проблем проявляють неймовірну кмітливість, чинять абсолютно непристойні й цинічні поступки, не відчувають жодних докорів сумління. Жорстокість, розв'язність, утрата почуття власної гідності, повна відірваність від звичного образу життя та кола спілкування, стають характерними рисами поведінки таких підлітків. Вони підтримують зв'язки лише з наркоманами, усі їхні інтереси спрямовані лише на пошук наркотику. У подальшому абсолютно чітко в більшості підлітків проявляються характерні зміни особистості за психопатоподібним типом з морально-етичним зниженням й інтелектуально-мністичними розладами. При цьому індивідуальні особистісні характеристики все більше нівелюються, поведінка підлітків в основному визначається психопатоподібними розладами.

Трамадол. За останнє десятиліття психіатрія та наркологія поповнились новим і ще недостатньо вивченим клініко-психопатологічним феноменом, зумовленим немедичним уживанням офіційного лікарського препарату групи опіоїдних анальгетиків. Йдеться про психічні й поведінкові розлади, в основі яких лежить лікарська інтоксикація препаратом «Трамадол», якому притаманний досить виражений наркотичний потенціал. Актуальність проблеми зумовлена швидко зростаючою масштабністю й наслідками даної форми наркотизму, про що свідчить не лише повсякденна клінічна практика, наукові публікації, але й відомі із засобів масової інформації мітингові протести та вимоги суспільства відмежувати молодь від вільного обігу й немедичної доступності даного конкретного препарату.

Препарат «Трамадол» («Трамал», «Трамалгін») з'явився на вітчизняному фармацевтичному ринку понад 10 років тому. Згідно інструкції

фірм-виробників, трамадол є синтетичним опіоїдом з вираженою анальгезуючою дією.

Основними показаннями для приймання трамадолу є больовий синдром середньої та сильної інтенсивності різної етіології, післяопераційні стани, травматичні враження, онкологічна патологія, болючі діагностичні або лікувальні маніпуляції.

Як показала практика низки клінічних дисциплін (терапія, хірургія, травматологія, неврологія, онкологія) з метою купування гострого чи хронічного больового синдрому трамадол призначають до 400 мг на добу (із розрахунку 4-8 мг/кг маси тіла).

Є чіткі рекомендації про те, що його слід призначати обережно й тільки під доглядом лікаря хворим із порушеннями функцій нирок і печінки, при черепно-мозковій травмі, підвищеному внутрішньочерепному тиску, хворим на епілепсію, особам з лікарняною залежністю від опіоїдів, при больовому синдромі неясної генези, порушеннях функцій дихання. Під час лікування трамадолом стан пацієнтів із судомами центральної генези слід ретельно контролювати.

При терапевтичних дозуваннях і дотриманні рекомендацій стосовно тривалості курсової терапії звикання й лікарняна залежність (за даними інструкції) «розвивається вкрай рідко». Трамадол рекомендують приймати «не довше, ніж це терапевтично необхідно», оскільки після тривалого застосування препарату неможна повністю виключити можливість розвитку синдрому залежності.

Перші випадки трамадолової залежності серед підлітків стали констатуватись у середині 90-х років минулого століття, а галопуюче зростання зловживання даного препарату почалося з 2000 року. Сьогодні практично кожний сьомий-восьмий з десяти опіоманів, які поступають на лікування в наркологічні клініки, повідомляє, що трамадол був препаратом, на якому «апробувався» ейфорійний, седативний, релаксуючий, психоделічний («кайфовий») ефект. При цьому, значна частина підлітків, які

регулярно приймають цей препарат і є патологічно залежними від нього, у подальшому перейшла на ін'єкційне вживання кустарно виготовлених опіатів.

У «новачків» досвід прилучення починався з перорального прийому 2-6 капсул трамадолу. Зі слів підлітків мотивація першого вживання визначалась «цікавістю», «наслідуванням», «негативним впливом групи», «пошуком нових відчуттів», «бажанням спробувати все», «відчути свободу», «схильність до ризику». Через 40-60 хвилин після прийому трамадолу виникає стан «піднесеного настрою», «чарівної стимуляції», «реального задоволення», «стан щастя», «приємна розслабленість», що в подальшому змінюється сонливістю, лінощами, умиротворенням. Клініка гострої інтоксикації в багатьох підлітків супроводжується звуженням зіниць, виникненням гіперемії й набряком обличчя, явищами короткотривалого приємного свербежу шкіри за вушними раковинами, шиї, тулубу, «приємною важкістю в руках і ногах». З'являються фантазії схожі на марення, мрійливість, відчуття сили й могутності. Клініка гострої інтоксикації при перших пробах трамадолу може тривати (стійко зберігатися) до 4-8 годин. Нерідко перші проби трамадолу супроводжуються токсичними реакціями з явищами нудоти, блювання, сильного головного болю, станом загальнофізичного дискомфорту. Але в більшості підлітків перша спроба була досить приємною, привабливою, вона запам'яталась, будоражила. У них з'являється нав'язливе бажання повторного прийняття трамадолу з метою досягнення комфортних психоделічних ефектів. Уже при перших пробах самоконтроль є проблематичним і малоймовірним. У результаті щоденного приймання трамадолу протягом 3-4 тижнів формується індивідуальний ритм і характерна для опійної залежності клініка: а) пошукова поведінка; б) синдром зміненої реактивності (у результаті систематичного приймання, спостерігається згасання вегетативного компоненту гострої інтоксикації, зростання толерантності в 3-5 раз); в) зниження інтенсивності ейфорійних і бажаних седативних ефектів; г) скорочення часу його дії; д) поява

початкових пресомнійних та інсомнійних розладів; е) специфічна дисоціація апетиту; ж) синдром психічної залежності (нав'язливий потяг, устремління до досягнення психічного комфорту в стані інтоксикації); з) з'являються ознаки фізичної залежності.

Уже через 2-3 місяці формуються ознаки фізичної залежності з характерною трансформацією форми сп'яніння та появою синдрому залежності.

Трамадол-залежні підлітки ретельно приховують від близьких свою пристрасть і признаються у зловживанні лише за певних (вимушених) обставин.

Наприклад, втрачаючи доступ до трамадолу, підліток вперше пізнає наслідки втрати, а вже потім відчуває «ломку». У нього з'являється характерне відчуття ознобу, жару, напади пітливості та слабості, відчуття незручності у м'язах спини, шиї, рук, ніг (зводить, тягне, крутить, ламає). Також з'являються ознаки психічної напруженості, рухливого неспокою.

Поведінка підлітків під час розвитку синдрому відміни характеризується дратівливістю, нетерплячістю, метушливістю, норовистістю в родині, брехливістю, виверткістю, вони погано переносять очікування, непосидючі, у них проявляються моторні ознаки внутрішнього напруження, підвищеної втомлюваності, емоційної лабільності.

Усе викладене, у поєднанні з немотивованими діями, відставанням у навчанні, втечами з дому, насторожувало батьків і заставляло їх з'ясовувати причини таких негативів.

Виходячи із зазначеного, можна скласти психопатологічний і патофізіологічний портрет трамадол-залежних підлітків (від моменту дебюту до віддаленої стадії залежності).

Протікання та прогноз трамадолової залежності, будучи за своєю сутністю та спрямованістю ідентичними таким самим формам опійної наркоманії, тим не менше відрізняються більш важкою психопатологією,

соматикою, неврологічною симптоматикою, зростанням соціальної та сімейної дезадаптації та десоціалізації.

А ось що може статись з підлітками після прийому трамадолу протягом кількох років. В осіб з багаторічним і масивним використанням трамадолу в якості наркотику розвивалось загальне виснаження із системним пригніченням функціонування життєво важливих органів. Були зниженими антропометричні параметри (зріст, маса тіла, периметр грудної клітини). Більшість наркоманів виглядали на 15-20 років старшими за свій вік, мала місце патологічна блідість, сухий блиск очей, розширення зіниць моторно-мімічні стигми больового синдрому, синдрому постійної втомлюваності й інші візуальні ознаки хронічної інтоксикації.

Часто виникають афективні розлади з вираженою пригніченістю настрою, почуттям вини, туги, патологічного смутку, похмурості, фрустраційна безвихідь, елементи паранояльності та параноїдності, генералізованої тривоги, дисфорійний афект, психогенний комплекс (почуття відчаю, безнадії, переконання в невиліковності). Порушення сну, особливо повне безсоння, а також наростання депресивної симптоматики, а також латентних чи очевидних суїцидальних тенденцій, також є нерідким супутником трамадолової залежності.

Таким чином, споживання трамадолу з немедичною метою досить швидко формує психічну та фізичну залежність з характерними розладами психіки та поведінки, масивними сомато-неврологічними й соціальними наслідками. У патологічний процес залучаються всі органи й системи з розвитком як функціональних, так й органічних вражень. Трамадолова залежність може протягом свого розвитку зберігати як нозологічну самостійність, так і бути віддаленим етапом (початковим, проміжним або завершальним) опійної наркоманії.

Інгаляційна токсикоманія.

Проблема дитячої та підліткової токсикоманії останнім часом стає все більш актуальною, особливо у великих промислових регіонах. Особливу

тривогу викликає розповсюдження з усе більш наростаючими темпами вживання в якості препаратів психоактивної дії інгалянтів – засобів побутової хімії.

Доступність цих засобів та їхній сильно виражений токсичний вплив на психоемоційну сферу створюють передумови для формування залежності та зловживання ними у підлітковому середовищі. Як відомо, даний вид токсикоманії не лише провокує важкі соціальні, мікросередовищні та медико-біологічні наслідки, але також служить проміжним етапом до наступної наркотичної залежності.

Ось що відбувається з підлітком, який інгаляційно вживає в якості одурманюючого засобу летючі речовини, що містяться в клеї «Момент». До складу цього клею, разом із хлорпренами та смолами, входять органічні розчинники (бензин, толуол, метилен), які й є агентами, що здійснюють токсикоманійний ефект. Пари летючих вуглеводнів після вдихання швидко потрапляють у кров'яне русло, а звідти до органів з найбільш активним кровопостачанням – мозок, серце, печінка, нирки.

Переважна більшість підлітків уперше знайомляться з дією інгалянтів у групі однолітків. Мотивами прилучення стає цікавість (на першому місці за частотою), наслідування старшим, потяг до самоствердження, тиск з боку старшого за віком лідера групи. Інгаляція, як правило, відбувається у групі.

У підлітків, які нюхають клей, відзначається слабкість пізнавальних здібностей, вони часто відстають у навчанні або залишають школу. Досить часто в них виявляються ознаки раннього органічного враження головного мозку, енурез, психологічний інфантилізм.

Початкова доза інгалянту становить 15-20 мл. (один тюбик клею «Момент» ділиться на 5-6 чоловік), а час інгаляції становить від 5 до 20 хвилин.

Картина токсичного «сп'яніння» досить різноманітна. Психоделійна дія парів клею починається через 5-7 хвилин неперервного вдихання. При першому вживанні у підлітків відмічається запаморочення, нудота,

блювання, головний біль. У подальшому, якщо підліток продовжує інгаляцію клею, ці неприємні відчуття зникають, з'являється стан ейфорії, приємної релаксації, немотивована веселість і сміх. По мірі збільшення часу вдихання з'являються ілюзії та елементарні галюцинації (спалахи блискавок, гуркіт, розкати грому). Виникають галюцинаторні образи, які рухаються, видають прості звуки. Часто в такі періоди перед очима в темному полі зору з'являються сценічні галюцинаторні видіння, що схожі на знайомі мультфільми в чорно-білому або кольоровому зображенні. Підлітки розповідають, що під час інгаляцій «дивились мультики», «марення», «перегони», «роботів». Деякі відмічали, що могли планувати видіння наперед, керувати ними, прогнозувати: «про що думав, те й бачив», «якщо захочу, можу мандрувати різними країнами».

Характер галюцинацій часто залежить від тієї обстановки, в якій проводились інгаляції парів клею. У підлітків проявлялись дереалізаційні порушення у вигляді змінювання форми, величини, просторового положення оточуючих предметів. Зовні підлітки в період гострої інтоксикації були відсторонені від оточення, іноді брали активну участь у видіннях, ставали їх безпосередніми учасниками: «танцювали на дискотеці», «тікали від переслідувачів», «відбивались від бандитів» тощо. Відмічаються й інші порушення сприйняття: піднімання та опускання стін, здається, що кудись засмоктує. Порушується сприйняття перебігу часу – півгодини можуть видаватись як п'ять хвилин.

Для підтримування галюцінаторних образів необхідно продовжувати інгаляцію летючими речовинами клею «Момент». У підлітків у період інгаляційного впливу парів клею критична оцінка того, що відбувається зберігається, але в ряді випадків вона є частковою. Це стосується тих епізодів, коли клініка одурманеного стану включає виражені тривожні розлади, при яких рішення зупинити процедуру інгаляції приймати дуже важко.

При виході із сп'яніння всі підлітки добре пам'ятають свої видіння. Але всі вони скаржаться на головний біль, запаморочення, нудоту, рідко блювоту, хиткість ходи, кволість, апатію, утруднене дихання, дере в горлі. Ці симптоми можуть бути короткотривалими й проявлятись протягом кількох годин.

Через місяць-півтора регулярного вдихання клею «Момент», формується групова психічна залежність – бажання постійно знаходитись у своїй компанії й уживати інгалянт. Толерантність досягає 50 мл. (1/2 тюбика) клею, «один тюбик на двох», час вдихання збільшується до 40-50 хвилин. При утримуванні від вдихання підлітки стають дратівливими, відчувають психічний дискомфорт. Й лише тут батьки починають помічати, що в їхніх дітей погіршилась пам'ять, вони стали агресивними, брехливими, успішність у школі значно знизилась, почастішали прогули занять. Підлітки проводять весь час у колі друзів, дехто тікає з дому на кілька днів.

При систематичному вживанні клею «Момент» протягом шести місяців формується індивідуальна психічна залежність. Толерантність «по вживанню клею» досягає 1,5-2 тюбика на день. Час інгаляцій збільшується до двох годин Кількість інгаляцій доходить до 4-5 раз на добу. У підлітків відмічається компульсивний потяг до інгалянту, у деяких з'являються елементи фізичної залежності: м'язовий та головний біль, дисфорія, анорексія, сльозотеча, нежить, гіпергідроз, дисфорія, дисомнія, але все це знімається повторною інгаляцією. На цьому етапі підлітки, як правило, вже не приховують від близьких свою залежність, нюхають клей удома, у школі. Педагогічний вплив не діє, зростає девіантність, підлітки стають озлобленими, йдуть з дому, не ходять до школи. З'являються елементи відхилень у поведінці, які у своїх крайніх проявах можуть привести підлітка на лаву підсудних (делінквентна поведінка).

У підлітків, які систематично вживають інгалянти протягом двох років, на перший план виступають зміни особистості: обмеження інтересів, ослаблення пам'яті, зниження критики й інтелекту, морально-вольових

якостей. Підлітки постійно знаходяться серед асоціальних осіб, беруть участь у хуліганських діях, крадіжках, мають приводи в міліцію, стоять там на обліку. Багато хто з них має умовну судимість. До цього часу вони вже не обмежуються вживанням клею «Момент», а спробували й інші психоактивні речовини, у тому числі й наркотичні, такі як гашиш, ефедрин, опій, «Екстезі» «Ефект». При цьому багато хто відзначає, що перейшли б на вживання наркотику, але не мають достатніх коштів на його купівлю.

Таким чином, засоби побутової хімії є найдоступнішими токсикоманійними засобами для дітей і підлітків, які викликають швидке формування інгаляційної токсикоманії. Органічний психосиндром, що при цьому розвивається, зумовлений високою токсичністю інгалянтів, а це призводить до розвитку патологічних процесів у різних органах і системах організму з переважним враженням церебральних структур.

Інші психоактивні речовини.

Спостереження останніх десятиліть свідчать про появу ще однієї, вкрай небезпечної тенденції в наркології: можливість дуже швидкого й масштабного розповсюдження патологічної залежності від так званих «реконструктивних психоактивних речовин». Ці речовини можна отримати в домашніх умовах шляхом простої кустарної модифікації дешевих і загальнодоступних офіційних препаратів, що містять малі дози наркотиків і які за своїм наркогенним потенціалом не поступаються відомим наркотикам.

Таким чином відбувається дуже активне розповсюдження «асортименту» психоактивних речовин, які використовуються з метою наркотизації. Як правило, такі нові кустарно-наркотичні технології призводять до галопуючого розвитку синдрому залежності, а також важких соматичних, неврологічних і психопатологічних наслідків. Можливість кустарно-хімічної модифікації відомого фармакологічного препарату та отримання наркотичної речовини можна проілюструвати на прикладі ефедрину гідрохлориду (ефедрон). Останнім часом фахівці все частіше

зустрічаються із випадками зловживання та важкої залежності від нових опіоїдних анальгетиків (трамал, трамалгін, трамадол та ін.).

Повсякденна клінічна практика сучасної вітчизняної наркології свідчить про те, що аналогічна з ефедрином (ефедроном) ситуація сьогодні повторюється. Мова йдеться про надзвичайно агресивну й токсичну комбіновану психоактивну субстанцію, що отримують при кустарній модифікації лікарських індійських препаратів «Ефект» або «Колдакт».

Ці препарати ефективно усувають симптоми простуди («заспокоюють, усувають чихання, ринорею, закладення носа, позбавляють від відчуття важкої голови»). Одноразове приймання капсули «Ефекту» («Колдакту») забезпечує фармакологічну дію протягом дванадцяти годин. З побічних дій указані підвищення артеріального тиску, серцебиття, головний біль, сонливість. Не рекомендується сполучати антипростудне лікування з уживанням алкоголю. Установлено, що «Колдакт» (зокрема хлорфенамін, що входить до його складу) підсилює гнітючий вплив барбітуратів на центральну нервову систему, транквілізаторів, седативних препаратів.

Враховуючи, що до переліку показань для застосування «Ефекту» («Колдакту») включені захворювання, які мають масове розповсюдження (грип, алергійний риніт та ін.), а також у зв'язку з постійною й інтенсивною їх рекламою, яка гарантує швидке, майже миттєве позбавлення від простуди, попит на ці препарати за останні роки різко виріс. Наркологія ж зіштовхнулася з новою формою залежності: психічними, поведінськими та сомато-неврологічними розладами пов'язаними з внутрішньовенним введенням психоактивної субстанції, яку отримують при кустарній хімічній обробці препаратів «Ефект» («Колдакт»).

У підлітків з'являються порушення координації рухів, раптові падіння, нечітка вимова, тремор рук, голови, мимовільні скорочення м'язів обличчя, судоми. Звертає на себе увагу особлива уповільненість моторних реакцій і дій, відсутність плавності в рухах, сідання «з розмаху», нездатність

контролювати ходу, нестійкість при рухах корпусу й поворотах, гипоміміка обличчя, тихий і гугнявий голос.

Враховуючи, що при виготовленні психоактивної рідини використовуються солі хімічно агресивних речовин, розлади, що виникають відзначаються особливою складністю, а нерідко й незворотністю. Відомі випадки, коли від однієї ін'єкції в підлітка розвивалась психічна залежність, стрімко росла толерантність, непереборність потягу, особлива важкість неврологічних змін і психічної патології, яка настає у вкрай стислий термін ін'єкційної наркотизації. Практично в усіх підлітків розвивались паркінсоноподібні інвалідизуючі розлади та явища токсичної енцефалопатії різного ступеня проявів. Звертання підлітків і «новачків» до зазначеної психоактивної речовини пов'язано з абсолютно помилковою побутовою думкою про його нешкідливість, відсутність наркотичного початку та явищ фізичної залежності.

Серед факторів, що сприяють ін'єкційному введенню психоактивної субстанції, отриманої з офіційних препаратів, найбільшу значимість мають: наявність попередньої залежності від інших наркотичних речовин (конопля, опій та ін.), нерідко перехід на використання «Ефекту» («Колдакту») має сезонну прив'язку (зимовий, весняний період, коли закінчуються особисті запаси маку, коноплі та виникає необхідність пошуку альтернативного наркотику); легка доступність й відносна дешевизна «Ефекту» (Колдакту»); можливість легальної (некримінальної) купівлі препарату; простота кустарної технології нелегальної модифікації препаратів; широка офіційна реклама препаратів, переконаність в їхній безпечності; яскравий психоделічний ефект від внутрішньовенного введення; легка доступність до фармакологічної інформації (у тому числі й через систему «Інтернет») і цілеспрямована пошукова поведінка підлітків, окрім того, елементами пошукової наркоповедінки є епізодичні спроби й експериментування стосовно можливості отримати одурманений стан шляхом прийому нефармакологічних доз даних препаратів у капсулованій формі.

Аналіз психічних і поведінкових розладів через уживання саморобного психостимулятора показав, що картина гострої інтоксикації та особливостей сформованого синдрому залежності відрізняється різноманіттям психопатологічної та соматоневрологічної симптоматики. Наявність окремих симптомів в одного хворого ще не означає обов'язкову їхню наявність в іншого.

При гострій інтоксикації, превалюють симптоми потужного приливу тепла й жару до верхньої частини тулуба й голови з почервонінням шкіряних покровів обличчя, шиї, розширенням зіниць, прискоренням серцевої діяльності, відчуття сухості в роті. Багато хто з підлітків, коли описували перші враження від прийняття кустарного психостимулятора підкреслювали феномен різкого «кайфового поштовху», «удару», «приходу» «наче вибухова хвиля в голові», «у тілі», після чого вуха немов «закладало». Гостра інтоксикація характеризувалась появою «осяяння», на фоні стану «блаженства» виникала неймовірна легкість тіла й відчуття польоту «над землею». Підлітки з особливим трепетом, боячись порушити «внутрішню гармонію й тишу» сприймали різноманітні приємні відчуття, що надходять з поверхні «кожної клітинки шкіри, м'язів, суглобів, внутрішніх органів», мальовничо описували рух по тілу «хвиль тепла, приємного ознобу». Увага концентрується на чуттєвих образах, оточення сприймається або в нереальних яскравих фарбах, або «скрізь блаженну пелену». Підліток немов занурюється «у свій особистий рай», його охоплюють емоційно значимі психоделічні особистісні переживання, які стають яскравими, насиченими, з відбиттям і фіксацією найменших деталей, що набувають особливу чіткість і контрастність.

Клініка гострого наркотичного сп'яніння включає різку стимуляцію фізичної та сексуальної активності, покращення настрою та психічної бадьорості. Цей стан бадьорості є найбільш привабливим для новачків і є поштовхом для чергової наркотизації. Однак фізична та психічна активність і «діяльність» є непродуктивними, виникає некероване бажання спілкуватись з

надмірною метушнею та балакучістю. Під час сп'яніння підлітки переконані в безмежності своїх здібностей, сил, талантів, стан неймовірної ясності та чіткості мислення приводить їх у захват. Псевдо приплив сил сприяє підсиленню статевого потягу й сексуального збудження. Протягом наступних 3-4 годин відбувається швидке виснаження із зниженням рухливої активності, появою млявості, безсилля, пригніченості, депресії з поганими передчуттями тривожності, страхами, виникає стан вираженої дратівливості, злості. Підліток не знаходить собі місця, що ускладнюється загальною розбитістю, зростаючою млявістю, слабкістю («відхідняк» – на сленгу підлітків).

З метою купування даного стану потрібне введення чергової дози препарату, що неминуче призводить до вироблення індивідуального системного ритму наркотизації. Протягом доби відбувається серія ін'єкцій препарату, що йде одна за одною. Підлітки описують цей стан як «нескінченна гонка» або «марафон», які можуть займати кілька днів поспіль (своєрідний «нарко-запій»). Такий період закінчується тривалим важким сном.

У підлітків психічна залежність виникає досить швидко, після 5-6 внутрішньовенних ін'єкцій або через 2-3 тижні епізодичного приймання цієї наркотичної речовини. Необхідно звертати особливу увагу на те, що становлення психічної залежності відбувається на етапі, коли толерантність до наркотику залишається на початковому рівні й дози ще не зросли. Незабаром при спробах відмови від уживання кустарно синтезованого психостимулятора розвиваються явища астенії, надмірної сонливості, загальної загальмованості, зростає втомлюваність, що призводить до відновлення ін'єкційної наркотизації.

Таким чином, поява в наркообіговому арсеналі кустарного ін'єкційного психостимулюючого коктейлю, який легко синтезується на основі готових лікарських форм «Ефект» і «Колдакт» і який має особливу генералізовану токсичність з переважаючим враженням неврологічної сфери, перетворює

такий вид наркоманії в особливо небезпечний з огляду на найтяжчі медичні й соціальні наслідки. Важкість і специфіка неврологічних ускладнень у залежних підлітків пояснюється приєднанням до наркологічної інтоксикації психостимуляторами додаткового фактора – марганцевого отруєння в поєднанні з іншими токсичними препаратами, що утворюються в результаті неконтрольованої хімічної реакції.

Нові види лікарської залежності.

В останні роки спектр лікарських засобів, що вживаються наркозалежними підлітками з немедичною метою, постійно поповнюється. Цей процес інтеграції в наркогенний обіг вільно доступних в офіційній фармації препаратів має досить незвичайний вигляд і відбувається в таких основних напрямках: шляхом кустарної реконструкції широко застосовуваних препаратів загального терапевтичного призначення («Теофедрин», «Ефект», «Трайфед», «Сунареф», «Солутан», «Бронхолітин» та інші); цілеспрямований пошук (Інтернет, фармацевтичні довідники, аптека) нових препаратів, що мають ймовірний наркогенний та аддиктивний потенціал (у недалекому минулому це – «Но-пен», «Трамадол», «Стадол», «Гідазепам», «Кетанов», «Кетамін», «Спазмовералгін», «Сонат» та інші); створення цільових комбінацій з декількох лікарських засобів (анальгетики+седативи+барбітурати+гіпнотики), здатних надавати наркотичну дію.

Інколи вражає обізнаність наркозалежних підлітків про фармакотерапевтичні та фармакодинамічні властивості багатьох препаратів (тіопентал натрію, бензонал, піпольфен, тавегіл, клофелін, фінлепсин, азалептин та ін.), які дозволяють послабити явище ломки за відсутності наркотику. Усе різноманіття нових лікарських засобів, що поступають в аптечну мережу, ретельно вивчається й фільтрується окремими наркозалежними підлітками на предмет можливої наявності в них ейфорійних, седативно-релаксуючих, психостимулюючих, психоделічних чи конформних ефектів. Як результат, в останні роки відбулось суттєве

розширення видів залежності, перш за все, за рахунок зловживання препаратами спазмолітико-анальгетичної, снодійної та психотропної дій. Психологи зустрілись з новими, у тому числі «екзотичними» та «ексклюзивними» формами наркотизації, де значна роль належить як власне наркогенному потенціалу препарату, так й індивідуально-психологічним особливостям залежного (стадол, спазмовералгін, сонат, сомнол, корвалол, кодтерпін тощо).

Одними з таких препаратів, що зовсім недавно з'явились на фармацевтичному ринку і швидко потрапили в поле особливого інтересу наркозалежних підлітків, стали таблетки «для швидкого зняття болю та зменшення спазмом гладкої мускулатури», а саме: «Спазмолекс» і «Спазмо-проксивон».

В анотації наводиться однозначна інтерпретація терапевтичного призначення препаратів – ефективна антиспазмолітична та протибольова дія при захворюваннях нирок, жовчного міхура, спазмах кишечника, дискінезіях, болях у суглобах, м'язах, невралгіях, больовому постопераційному синдромі. Обидва препарати мають в анотації й особливі застереження при вживанні, які дещо різняться. Так, препарат «Спазмо-проксивон» здатний погіршити фізичні та психічні кондиції людини при роботі, пов'язаній з керуванням автомобілем і механізмами, що рухаються, а препарат «Спазмолекс» при вживанні в надмірних дозуваннях викликає психічну та фізичну залежність, призначення дітям не рекомендується. «Спазмолекс» і «Спазмо-проксивон» реалізуються в аптечній мережі по абсолютно доступній ціні без рецепту.

Поява нових препаратів з очевидними й неоднозначними анальгезуючими ефектами не залишилась непоміченим явищем як серед лікарів, так і серед споживачів наркотичних речовин. Опіомани стали використовувати «Спазмолекс» і «Спазмо-проксивон» з метою потенціонування дії кустарних опіатів, самокупування синдрому відміни, досягнення наркотичних ефектів на надвисоких дозуваннях. Однією з важливих мотивацій прицільного звернення до зазначених препаратів стали

сугубо економічні й меркантильні міркування та розрахунки наркозалежних підлітків (висока ціна кустарних опіатів, конфлікт із законом).

Як результат, останнім часом усе більше й більше з'являється підлітків з яскраво вираженою залежністю від препаратів «Спазмолекс» і «Спазмо-проксивон». Серед них превалюють опіомани з різним стажем регулярної наркотизації, що відмовились від ін'єкційного шляху введення наркотичних сумішей і звернулись до застосування препаратів «Спазмолекс» і «Спазмо-проксивон» з метою самокупування явищ «наркотичної ломки». Початкове приймання даних препаратів забезпечує підтримку стану відносного психічного й фізичного комфорту, але дуже швидко виробляється індивідуальний ритм регулярного вживання зі всіма хрестоматійно знайомими симптомами та синдромами, притаманними опійній наркотизації. Клінічним парадоксом стали висловлювання деяких підлітків з великим стажем наркотизації про схожість й ідентифікацію дії препаратів «Спазмолекс» і «Спазмо-проксивон» з відомим багатьом з них наркотиком «Метадон».

Абсолютно в усіх наркозалежних підлітків відбувався наче повторний виток, формування залежності до нового лікарського препарату з типологічною клінічною картиною й ключовими симптомами опійної хвороби: синдром зміненої реактивності (регулярне приймання, зростання толерантності, зникнення захисних реакцій організму), скоромінучий синдром психічної залежності (обсесивний потяг, потяг до психічного комфорту в стані інтоксикації), важкий синдром фізичної залежності (больовий синдром у всіх суглобах і хребті, дисфункція шлунково-кишкового тракту, синдром нудоти та блювання).

Добова толерантність є різною й становить від 10 до 12 таблеток (і більше) протягом доби. Трансформація опійної залежності в лікарську спостерігається протягом 2-3 тижнів регулярного прийому підлітком нового для себе препарату. При спробі відмови від прийому названих препаратів виникає стан відміни з характерною клінікою опіоманії. Симптоматика

абстинентних розладів зростає досить швидко й досягає максимальної вираженості до кінця першої доби після останнього приймання препаратів «Спазмолекс» і «Спазмо-проксивон». На початкових етапах синдрому відміни переважають соматовегетативні прояви з явищами сльозотечі, нежиті, ознобу, температури, розбитості, загальної слабкості, стану внутрішнього дискомфорту. Потім на перший план починають виступати важкі больові розлади в області суглобів і хребтового стовпа, важкий біль у м'язах всього тіла й окремих групах м'язів. На більш пізніших етапах абстиненції виразно прослідкуються психопатологічні порушення. Підлітки стають напруженими, непосидливими. У них виникає невмотивована тривога та дратівливість, які додаються до загального нездужання й слабкості. Виникає стійке безсоння. Потяг до препаратів «Спазмолекс» і «Спазмо-проксивон» набуває нав'язливого характеру, супроводжується пригніченим настроєм, почуттям внутрішнього напруження з явищами ажитації.

Опитування підлітків з новим видом залежності показало, що клінічна картина захворювання має відмінності й особливості: а) виключно пероральне приймання; б) компульсивний потяг фактично забиває минулий досвід опійної наркотизації; в) абстинентний синдром характеризується більшою тривалістю (до 2-3 тижнів); г) суб'єктивно – особлива важкість перебігу стану відміни з вираженим «психічним спустошенням»; д) поява стійкого сомато-іпохондричного дефекту (локальний, мігруючий біль, жар внутрішніх органів, суглобів, м'язів).

За самозвітами наркозалежних підлітків, синдром відміни «Спазмолексу» неможливо було б повною мірою купувати ін'єкційним введенням кустарних опіатів. Тільки черговий прийом звичних таблеток повертає хворим комфортний стан. Цікаво відзначити, що деякі підлітки стверджували, що перехід з ін'єкційних наркотиків опійного ряду на «Спазмолекс» не викликає великих ускладнень, але здійснити ротацію навпаки, зі «Спазмолексу» на іншу реальну наркотичну субстанцію досить важко.

Таким чином, можна констатувати, що поява в нашій країні ще однієї групи лікарських препаратів, які викликають залежність і потенційно здатні привести до інших, досі ще невідомих клінічній наркології токсичних наслідків, що виникають у відповідь на хронічну інтоксикацію.

Особливо насторожує схожість нового виду залежності із залежністю від наркотичних речовин опійного ряду.

2.3. Психічні феномени сучасних форм синдрому алкогольної залежності в підлітків: пивний алкоголізм, винний алкоголізм

Епідемічний характер і популяційна масштабність алкоголізації населення, вітальний характер патологічної пристрасті, розмах медико-біологічних і соціально-економічних наслідків дають підстави віднести алкогольну хворобу до розряду соціальної патології, що представляє собою реальну загрозу здоров'ю нації, сприяє явищам депопуляції, а також геноциду молодого покоління.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я Україна входить у десятку країн світу, де більше всього вживають алкоголь (п'яте місце після Молдови, Чехії, Угорщини та Росії) – 15,6 літри на рік на одного мешканця (враховувались люди у віці від 15 років і старші).

Каскад проблем сучасності, зумовлених зловживанням алкоголем, ще більше поглиблюється тим, що при алкогольній залежності з кожним наступним десятиліттям виникає все більше й більше захворювань і девіантної поведінки в алкоголіків. Серед них енцефалопатія, гепатит, жирова дистрофія та цироз печінки, гастрит, епілепсія, алкогольний синдром плоду, смертельні отруєння, депресивні стани, порушення форм поведінки у формі агресивних криміногенних дій, суїциди тощо.

Велику кількість факторів і причин, що зумовили таку ситуацію, можна розділити на три основних групи: соціальні, психологічні та генетичні.

До сучасних соціальних факторів ризику формування алкогольної

залежності відносять фінансово-економічні труднощі громадян, збільшення державного та приватного виробництва, а також імпорт алкогольних напоїв, залежність бюджету країни від реалізації спиртних напоїв, постачання на ринок неякісного алкоголю, масована наступальна реклама алкоголю з використанням усіх форм масової інформації, доступність алкоголю в будь-який час, порушення правил торгівлі (продаж неповнолітнім), а також існуючі традиції нав'язаного ритму алкоголізації «з приводу...».

Група психологічних факторів ризику включає наявність серед населення масових фрустраційних станів, тривожних розладів, депресій, особистісних особливостей (помисливість, невпевненість у собі, труднощі у спілкуванні, скутість, закомплексованість на явних або удаваних дефектах зовнішності тощо).

Генетичні фактори передбачають сімейне наслідування алкогольної залежності від ближніх родичів.

За останнє десятиліття змінилася структура вживання алкогольних напоїв. Якщо раніше в нашій країні традиційно близько 65-70 % вживаних напоїв становили міцні спиртні напої (горілка, коньяк, самогон), то сьогодні за обсягами вживання на перше місце вийшло пиво, що внесло видозміни в структуру алкогольної залежності.

Намітилась чітка тенденція формування алкоголізму в молодому віці, спостерігається збільшення частоти залежності серед жіночої статі, з'являється більше злоякісних, криміногенних клінічних різновидів алкогольної залежності й алкогольних психозів, зростає кількість невідкладних наркологічних станів.

Якщо раніше вважалося, що гострі алкогольні психози можуть виникати лише з другої стадії алкоголізму, то сьогодні виникають психози й на ранніх стадіях сформованої алкогольної залежності.

Серед контингенту хворих на алкоголізм минулих років мав місце відносно високий відсоток осіб, що втримувались на роботі і в сім'ї. У теперішній час, багато з них втратили сім'ю, роботу, стали інвалідами,

особами без визначеного місця проживання і засобів існування.

До найбільш розповсюджених станів алкогольної залежності сьогодні відносяться: гостра алкогольна інтоксикація (середні-важкі її ступені, алкогольна кома, змінені форми алкогольного сп'яніння); алкогольний абстинентний синдром (синдром депривації, позбавлення, відміни); форми потягу до алкоголю (на фоні особливих станів свідомості, алкогольного шаленства); запійні стани; судомні стани (алкогольна епілепсія); гострі алкогольні психози; важкі інтоксикаційні враження життєво важливих органів і систем (енцефалопатія, гепатити, нефрити, панкреатити тощо); ускладнення та побічні ефекти лікарської терапії; алкогольний травматизм.

Усе те, що було зазначено вище, і те, про що буде йти мова в монографії далі, має місце й серед сучасних підлітків. І всі форми алкогольного сп'яніння, і поведінки, і багато іншого, що не було притаманне підліткам ще кілька десятиліть тому.

Просте алкогольне сп'яніння, як правило, знаходиться в повній відповідності з дозою алкоголю в крові й класифікується у відповідності з цим за важкістю: легкий, середній, важкий стан, які можуть послідовно трансформуватись у процесі споживання спиртних напоїв.

Гостра інтоксикація алкоголем є перехідним станом, що виникає після вживання алкоголю, який викликає змінення й порушення функцій і реакцій у психічних і поведінкових сферах діяльності людини. Прийнято вважати, що легкий ступінь алкогольного сп'яніння проявляється в основному психічними порушеннями, середній ступінь призводить до серйозних психічних і неврологічних розладів, при важкому ступені відбувається зупинка психічної діяльності, пригнічення рухливої та рефлекторної активності, пригнічення функціонування життєво важливих органів і систем. Алкогольна інтоксикація в будь-якій формі та дозі характеризується впливом алкоголю, перш за все, на психічні функції, які порушуються скоріше ніж інші.

Підвищена увага до питань гострого алкогольного сп'яніння зумовлена

особливостями сьогодення, коли на ринку алкогольної продукції з'являється все більше низькосортних вино-горілчаних виробів, у тому числі фальсифікованих, створених на основі кустарних, сурогатних і примітивних технологій. Уживання навіть у невеликих дозах таких сумішей, що містять спирт, призводить до важких форма сп'яніння, створює реальну загрозу життю підлітка.

Отже, що означає й у чому проявляється гостре отруєння алкоголем? У результаті вживання алкоголю виникають поведінкові та психічні розлади, які можна умовно поділити на дві основні групи: а) порушення, як наслідок одноразового, випадкового або епізодичного вживання алкоголю, що призводить до різних форм гострої алкогольної інтоксикації; б) порушення, як результат багаторазового, систематичного вживання алкоголю протягом тривалого часу, що призводить до розвитку синдрому залежності.

Гостра інтоксикація алкоголем зумовлена психотропною дією речовини, що містить етиловий спирт. У результаті вживання етилового спирту спочатку виникає збудження з наступним гальмуванням центральної нервової системи. При легкій інтоксикації ідеомоторні та вегетативні порушення протягом кількох годин зникають, при середньому й важкому сп'янінні поглиблення гальмування центральної нервової системи супроводжується неврологічними розладами й різким пригніченням психічної діяльності, що нерідко призводить до приголомшення, з наступною трансформацією в коматозний стан. Алкоголь, як інтоксикаційний фактор, неминуче призводить до запаморочення свідомості. Швидкість появи й важкість алкогольної інтоксикації визначається багатьма факторами (стать, вік, особливості особистісної конституції, наявність супутніх захворювань тощо). Суттєве значення має швидкість всмоктування алкоголю.

Особливості та прояви (глибина) алкогольного сп'яніння й ступінь порушення діяльності центральної нервової системи достатньо різноманітні. Вони, як правило, залежать від дози випитого алкоголю. Чим більша кількість абсолютного алкоголю на 1 кг. маси тіла, чим вища його

концентрація в крові, тим важче сп'яніння.

Разом із тим, швидкість настання та тривалість алкогольного сп'яніння можуть залежати й від інших факторів, а саме: кількості випитого алкогольного напою та його міцності; часу, протягом якого була прийнята певна доза алкоголю; віку; індивідуальної переносимості (толерантності) алкогольних напоїв; кількості та якості їжі, прийнятої в період уживання спиртних напоїв; температури довкілля й інших метео- та геліофізичних факторів, які можуть мати місце під час вживання алкоголю (втома, нездужання, простуда, соматичні, нервові та психічні захворювання).

Під час вживання алкоголю виникає низка фаз, що почергово змінюють одна одну. На початку сп'яніння (фаза релаксації) поява приємного відчуття тепла, м'язової релаксації, повного фізичного комфорту, благополуччя. Відбувається прискорення серцевої діяльності, шкіра обличчя червоніє, поглиблюється дихання, зростає апетит, спостерігається тимчасове зростання м'язової діяльності як наслідок пригнічення явищ втоми. Далі настає помітна зміна загального фону поведінки (фаза тонізації), спостерігається весела піднесеність настрою, що доходить до ейфорії, сприйняття та уявлення набувають надзвичайної чуттєвої живості, асоціації прискорюються, моторика виразна та надзвичайно підсилена, з'являється надмірна балакучість, хвалькуватість, непідробний оптимізм, повне задоволення собою, переоцінка своїх інтелектуальних і фізичних здібностей. Зникає сором'язливість, скутість, напруженість, подавляються тривога й хвилювання. У стані сп'яніння багато говорять, роблять дурниці, гостроти та жарти часто недоречні, притупляється почуття сором'язливості, загострюється сексуальний потяг тощо. Тема розмов швидко змінюється, п'яний підліток намагається жестами, криком привернути увагу лише до себе, слова тих, хто поруч, не сприймаються, інколи грубо й різко перебиваються. У спілкуванні з близькими знижується такт і з'являється фамільярність, з будь-якого незначного приводу можна почути дивний і безглуздий сміх, вони роблять безвідповідальні заяви, дають абсолютно

нереальні обіцянки. Показовими є міміка, незграбна поведінка, чудернацькі витівки, жестикуляція та рухи, які набувають перебільшену виразність. Різко знижується самооцінка, відверте глузування оточення сприймається п'яним виключно як заохочення та захоплення його нудними сентенціями.

По мірі прогресування сп'яніння піднесений настрій починає змінюватись роздратуванням, надмірною уразливістю, слова та сміх оточення сприймаються п'яним підлітком уже як образливі натяки на його адресу, з'являється гнів, зростає рухливе збудження, з'являється бажання на підвищених тонах поговорити й розібратись з тими, хто його «ображає», хочеться кудись йти. У такому стоні можливі імпульсивні поступки з агресивними й аутоагресивними тенденціями. Висловлювання та поведінка стають усе більш невпорядкованими, мова невиразна, відривчаста, незрозуміла, окремі слова важко промовляються, з'являються розлади рівноваги, п'яний важко й з розмаху сідає, координація значно порушена. Відбувається ослаблення больової та температурної чутливості, почервоніння обличчя змінюється блідістю, виникає нудота та блювання.

Поступово сп'янілий підліток починає замовкати, байдуже дивиться в одну точку, з трудом вдається привернути його увагу, стає млявим, малорухливим, намагається лягти в одязі на будь-яке підходяще для відпочинку місце і швидко засинає (фаза седації). Сон у стані гострої алкогольної інтоксикації, як правило, глибокий, може тривати до 10-12 годин.

Після пробудження (постінтоксикаційна фаза) відчувається слабкість, розбитість, важкість у голові, головний біль, у роті неприємний присмак, відмічається підвищена спрага. Можливе виникнення амнезій «провалів у пам'яті», коли підліток тверезіє він дуже важко відновлює події, що сталися з ним напередодні чи під час алкогольного ексцесу.

Як слідство гострої інтоксикації після приймання алкоголю залишаються різні розлади, знижена здатність до продуктивної інтелектуальної та фізичної діяльності.

В останні роки досить часто доводиться зустрічати таку картину алкогольного сп'яніння підлітків, що не вписується у відомі й описані вище рамки простого алкогольного сп'яніння й протікає з переважанням психічних розладів. Вона описується в літературі під назвою «нетипові варіанти алкогольного сп'яніння». Нетипове алкогольне сп'яніння розвивається як у хворих алкоголізмом, так і в осіб без синдрому залежності, незважаючи на вік. Може виникати при випадковому або епізодичному вживанні спиртних напоїв, а також на початкових етапах формування алкогольної залежності. Слід окремо відзначити, що подібні форми сп'яніння з'являються все частіше, а психічні та поведінкові розлади, що їх супроводжують дуже часто потребують проведення невідкладних медичних заходів в умовах спеціалізованих наркологічних і психіатричних закладів.

Доза випитого алкоголю при цьому, як правило, велика. Нетипове сп'яніння («змінені форми сп'яніння») в одного й того ж підлітка багаторазово повторюється, кожний раз при вживанні певної (індивідуальної) дози алкоголю. Індивідуальність характерна й для проявів гострої інтоксикації, причому на неї не впливає ні рівень освіти, ні рівень інтелекту, ні особливості оточення в мікросередовищі. Загальними для всіх різновидів нетипового сп'яніння є аномальні поведінкові акти, які, здебільшого, не досягають ступеня кримінальності. На переважання тих чи інших розладів сфер психічної діяльності суттєвий вплив здійснюють особливості акцентуації особистості, що під час сп'яніння перебільшено загострюються: одні стають дисфоричними, агресивними (нерідко на вербальному рівні), інші – надокучливими, в'язкими (епілептоїдними), треті – маніакально збудженими. Характерний фон, патологічне підґрунтя – черепно-мозкові травми в минулому, наявність психічних захворювань (психопатія, шизофренія, циклотимія, епілепсія тощо).

Стан нетипового алкогольного сп'яніння досить часто слугує фактором здатним спровокувати підлітка на агресивні, злочинні та суїцидальні дії. Окрім того, алкогольне сп'яніння здатне підштовхнути на такі вчинки

аморального й деструктивного плану, які в цього ж підлітка, але абсолютно тверезого наштовхуються на серйозний внутрішній супротив.

Нетипова динаміки проявів гострої алкогольної інтоксикації в таких випадках зумовлена, перш за все, додатковими факторами: психічними захворюваннями, підсиленням токсичної дії алкоголю при сполученому вживанні спиртних напоїв і медикаментозних препаратів (седативних, анальгетичних, снодійних та ін.).

Своєрідною є картина гострої інтоксикації алкоголем в осіб з психопатичною акцентуацією особистості, психопатією, посттравматичними враженнями центральної нервової системи, хворих на епілепсію, шизофренію, при фізичній втомі, виснаженні, інфекційних захворюваннях.

Почастішали випадки змінених форм алкогольного сп'яніння з важкими суспільно небезпечними діями у підлітків і молодих людей 16-20 років, які вживають так звані «легкі» спиртні напої (пиво, тоніки і т. п.). При таких патологічних станах гостре алкогольне сп'яніння протікає з явищами розгальмованості, вередливості, злобності, еротичної агресії, крикливості, озлобленості, характеризується невгамовними потягами, надрухливістю. Особливо важко гостра алкогольна інтоксикація протікає у хворих епілепсією, органічними враженнями ЦНС. При прийманні незначних доз алкоголю з найменшого приводу швидко виникають стани з афективними розрядами у вигляді звуженої свідомості, приступів гніву, спалахами жорстокості, різким рухливим збудженням, небезпечними діями, у тому числі із садистською спрямованістю. У найбільш важких варіантах акти агресії та насильства в стані алкогольного сп'яніння в таких підлітків призводять до серйозних порушень закону.

При змінених варіантах алкогольного сп'яніння, як правило, відсутнє грубе порушення всіх видів орієнтування. Суб'єктивні відчуття та поведінкові реакції суттєво не відірвані від реальних подій. На відміну від простого сп'яніння, при таких варіантах події періоду сп'яніння нерідко частково або повністю випадають з пам'яті.

При змінених формах алкогольного сп'яніння найбільші відхилення відбуваються в психічній і поведінковій сферах. За переважаючими психопатологічними розладами виділяють такі основні варіанти сп'яніння.

Експлозивний варіант простого алкогольного сп'яніння. Характеризується спонтанним виникненням спалахів різкого невдоволення, дратівливості, злоби, висловлювання стають цинічними, поведінка задирлива. Подібний стан супроводжується уїдливою задиркуватістю, спалахами гніву, лайкою, погрозами, готовністю до нападу, насильницькими діями, агресивністю. Дуже часто сп'янілий підліток стає ініціатором сварок, хуліганських проступків. Протягом алкогольного ексцесу подібні спалахи повторюються неодноразово, можуть чергуватися з епізодами благодушного настрою й заспокоєння.

Дисфорійний варіант простого алкогольного сп'яніння. Після появи перших симптомів гострого отруєння алкоголем стан суттєво змінюється, сп'янілий підліток стає похмурим, погляд злобним, у висловлюваннях переважає невдоволення, з'являється неприязнь й уїдливість до товаришів по чарці. Такий буркотливо-дратівливий стан зберігається достатньо довго, напруження зростає при появі нових людей, при розмові з оточуючими, при розмовах між собою абсолютно випадкових перехожих. Критика до свого стану повністю відсутня, спроби заспокоїти сп'янілого підлітка призводять до нових спалахів невдоволення.

Істеричний варіант простого алкогольного сп'яніння. Стан гострої інтоксикації супроводжується театральністю, награністю, екстравагантністю, надуманими фантазіями й капризами. Сп'янілий підліток намагається підкреслити свою особливу обдарованість, оперує при цьому вкрай поверховими судженнями й інформацією з різних галузей науки і техніки, починає туманно перебільшувати свій особливий суспільний стан, натякає на зв'язки з високопоставленими особами, дає нічим не підкріплені обіцянки, починає розповідати про свої широкі зв'язки й можливості. Спроби привернути до себе увагу дають оточуючим привід для глузування, що

сп'янілий підліток абсолютно не усвідомлює, розвиваючи й далі пусті та патетичні міркування й фантазії.

Депресивний варіант простого алкогольного сп'яніння. Сп'яніння одразу призводить до пригнічено, меланхолійного настрою з сумними думками й загальним смутком. З'являється жалість до себе й оточуючих, сльозливість з найменшого приводу, висловлювання носять безрадісний і безвихідний характер, минуле розцінюється як суцільна низка помилок. Спроби заспокоїти сп'янілого підлітка часто призводять до прямо протилежного результату, тужний настрій змінюється риданнями, самодокорами, суїцидальними висловлюваннями.

Імпульсивний варіант простого алкогольного сп'яніння. У стані алкогольного сп'яніння на перший план виступають імпульсивні дії та проступки, які іноді зовсім не характерні й не вписуються в образ даного підлітка. Гостра алкогольна інтоксикація супроводжується намаганнями вкрасти й винести яку-небудь дрібницю, що сподобалась, сісти за руль автомобіля й поїхати в будь-якому напрямку, проявити цілеспрямовані сексуальні домагання, здійснити якийсь зовсім безглуздий і абсолютно абсурдний поступок, за який наступного дня відчуває щире каяття. Не дивлячись на наявність критичного ставлення й розуміння того, що відбувається в стані сп'яніння, кожне наступне приймання алкоголю неминуче призводить до аналогічних ситуацій. Досить часта наявність імпульсивних варіантів сп'яніння заставляє звертатись за допомогою до лікаря-нарколога.

Змінене просте алкогольне сп'яніння з переважанням сомноленції. Особливістю даної форми гострої алкогольної інтоксикації є достатньо швидка трансформація сп'яніння у стан сонливості з тривалим сном. Для досягнення сонливого стану достатньо незначних доз прийнятого алкоголю. Цей вид сп'яніння особливо часто зустрічається в дітей, підлітків і жінок.

Маніакальний варіант простого алкогольного сп'яніння. Стан гострої інтоксикації алкоголем супроводжується піднесеним настроєм із

прискоренням мислення, багатослів'ям, бажанням невтомної діяльності. Рухливе збудження протікає з жартами, сміхом, веселістю, відмічається підвищеною неуважністю до оточуючих, безтурботністю, безжурністю. Сп'янілому підлітку притаманна переоцінка власних фізичних й інтелектуальних можливостей, непідробний оптимізм, він нерідко робить дурниці.

Найтяжчими варіантами зміненого алкогольного сп'яніння є епілептоїдна та параноїдна форма сп'яніння, а також патологічне сп'яніння. Епілептоїдна та параноїдна форма сп'яніння зустрічається, як правило, у психопатичних осіб, які перенесли важкі черепно-мозкові травми, контузії, компресійні враження, у молодих людей з акцентуаціями особистості, у ліквідаторів техногенних катастроф, у людей з психічними розладами. При таких змінених формах алкогольного сп'яніння достатньо часто здійснюються спрямовані проти особистості важкі діяння, агресивні й аутоагресивні поступки, порушення суспільного порядку, інші серйозні злочини.

Картина гострої інтоксикації алкоголем у початковій стадії в цих осіб не відрізняється від описаної вище клініки класичного сп'яніння. Але зростання ознак сп'яніння, по мірі вживання спиртних напоїв, призводить до різкої зміни стану й розвитку патологічних форм сп'яніння, що мають досить специфічні риси.

Епілептоїдний варіант зміненого простого алкогольного сп'яніння. Гостра інтоксикація алкоголем супроводжується рухливим збудженням з афективними реакціями роздратування, озлобленості, внутрішньої напруженості по відношенню до присутніх.

Такі афективні реакції абсолютно не піддаються корекції з боку близьких чи оточуючих і, навпаки, тільки викликають нову хвилю, інколи навіть цинічної поведінки та висловлювань з погрозами фізичного та морального тиску. Сп'янілий підліток неначе заводиться, з'являються агресивні дії, які спочатку можуть бути спрямовані проти присутніх, а потім

переносяться вже на зовсім сторонніх людей, які стали випадковими свідками алкогольного ексцесу. Мовне та рухливе збудження й агресивна поведінка проти абсолютно всіх поступово виходить з-під контролю, угамування стає можливим лише із застосуванням відповідних силових дій.

Параноїдний варіант зміненого простого алкогольного сп'яніння. Картині параноїдного варіанту простого алкогольного сп'яніння притаманна простота, елементарність, образність, емоційна насиченість і виражений афект страху та тривоги. Розвитку даного стану після прийняття алкогольних напоїв сприяють тривалі емоційні стреси, нервове перенапруження та соматичне виснаження, пов'язані з різними психотравмуючими впливами. Частіш за все виникають ідеї схожі на маячню, підозри на переслідування. Після прийняття спиртного й короткого стану тривожних очікувань, після наростаючої підозріливості у сп'янілого підлітка раптово виникає відчуття небезпеки, що неминуче насувається. З'являються немотивовані страхи, розгубленість, чується лиховісний шепіт, потім голоси сторонніх людей, які «замислюють напад». У найбільш гострий період подібного стану поведінка сп'янілого підлітка цілком залежить від патологічних переживань, що може призвести до здійснення небезпечних дій, перш за все, проти себе (вистрибнути з вікна, скоїти суїцид і т.п.). Потім, сп'янілий підліток поступово затихає й поринає в сон, після якого нічого не пам'ятає.

Патологічне сп'яніння – це короткотривалий гострий психоз, що виникає раптово після вживання, як правило, невеликих доз спиртних напоїв. Для нього характерна невелика доза випитого алкоголю, раптове виникнення й швидкий розвиток психотичного епізоду із запамороченням свідомості, галюцинаторними переживаннями, криміногенними діями. Характерно, що патологічне сп'яніння також починає все частіше й частіше зустрічатись у підлітків. Але патологічне сп'яніння частіш за все має разовий прояв і рідко коли повторюється знову.

Цікавим є фон, на якому запускаються механізми аномального алкогольного сп'яніння: фізична та психічна перевтома, хронічні стресові

стани, важкі переживання, перенесені або наявні інфекції, хронічне недосипання тощо. У його клінічній картині домінуючим є затьмарення свідомості з вираженими афективними розладами, маячнею, страшними галюцинаціями, руховим збудженням (часто з руйнівними, суспільно небезпечними, протиправними тенденціями та діями), наступним глибоким сном, амнезією періоду психотичного епізоду, психічним і фізичним виснаженням. З певною дозою умовності виділяють дві основні клінічні форми патологічного сп'яніння: епілептоїдну та галюцинаторно-параноїдну. Експертиза осіб, які скоїли протиправні дії у стані патологічного сп'яніння, проводиться в умовах судово-психіатричного відділення психіатричної лікарні або психоневрологічного диспансеру. Ідентифікація факту патологічного сп'яніння, як відомо, рівнозначна трактовці про неосудність.

У практиці лікарів наркологів, психіатрів, токсикологів, реаніматологів частіш за все зустрічаються випадки змішаних інтоксикацій кількома токсикантами з групи речовин, що містять у собі спирт. Підлітки, які приймають подібні речовини з метою сп'яніння, як правило, не віддають собі звіт про ступінь шкідливості кожної з уживаних речовин для свого організму. Разом із прийманням промислово виготовленого алкоголю, нерідко використовуються побутові й технічні сурогати із вмістом спирту. В якості сурогатів алкоголю використовується великий арсенал рідин, що містять у собі спирт – низькоякісні вина, самогон, денатурат, лікувальні настойки на спиртовій основі, лікарські форми для зовнішнього застосування, одеколони, лосьйони, зубний еліксир, дезодоранти, склоочищувачі, клеєві маси, технічні спиртові рідини, препарати побутової хімії, косметичні засоби й інші високотоксичні речовини із вмістом спирту. В останні роки почастішали випадки важких інтоксикацій й отруєнь фальсифікованими горілками, виготовленими з грубими порушеннями технології та додаванням токсичних і дурманних речовин.

Гостра інтоксикація сурогатами з вмістом спирту значно ускладнює клініку алкогольного сп'яніння, супроводжується практично миттєво

виникаючим оглушенням з подальшим розвитком коматозних станів, появою симптоматики враження головного мозку, порушеннями кровообігу, гострою серцевою та дихальною недостатністю.

Продуктивний мовний контакт з такими підлітками неможливий, їхня шкіра стає блідою, холодною, вологою, у повітрі, що видихається, і блювотних масах присутній сильний запах алкоголю.

У всіх підлітків відзначається слабість серцевої діяльності, знижений артеріальний тиск, пульс прискорений, слабкого наповнення та напруження, дихання поверхневе, швидке, може бути хрипким через накопичення слизу в носовій частині глотки. Часто виникає мимовільне сечовипускання та дефекація. При дослідженні виявляється зниження або відсутність больових рефлексів, розширення зіниць, слабка реакція на світло.

Гостре алкогольне отруєння може швидко трансформуватись у важку кому, що є прямою загрозою життю підлітка.

Гострі отруєння алкоголем і сурогатами, що містять спирт, небезпечні ускладненнями, найчастішими з яких є гостра дихальна й серцево-судинна недостатність, токсичний гепатит і гостра печінкова недостатність, через що може наступити смерть.

Пивний алкоголізм. Пиво відноситься до числа найдавніших напоїв, що прийшли до нас із глибини віків, а за наявністю у своїй структурі біологічно активних інгредієнтів є одним з найбільш складних за складом алкогольних продуктів. Тлумачні словники трактують пиво як слабоалкогольний шипучий і «нешкідливий» напій, що містить значну кількість цінних харчових компонентів, які утворюються в процесі ферментації рослинної сировини під час приготування. Здавна воно широко використовувалось народними цілителями з метою покращення апетиту, прискорення росту, фізичного розвитку й зміцнення здоров'я. Емпіричний народний досвід було взято на озброєння лікарями давнини, які також застосовували цей напій для лікування багатьох захворювань. Особливо яскраву позитивну дію пиво проявляло при лікуванні явищ фізичного виснаження, розладах травлення,

хворобах нирок і сечового міхура, бронхіальної астми, безсоння та депресіях.

Сучасна наука й практика мають дані, що позитивна, сприятлива для здоров'я людини дія пива дивним чином поєднується з виразними токсичними ефектами, що виникають у відповідь на його приймання.

При цьому етанол здатний модифікувати або підсилювати токсичну дію з'єднань, що в ньому присутні. Останнім часом на ринку алкогольної продукції з'явився новий різновид пива з високим вмістом алкоголю (11-12 %). Вживання такого пива навіть у відносно невеликих кількостях, безумовно, тягне за собою низку негативних наслідків, зумовлених поєднанням токсичної дії алкоголю й інших біологічно активних добавок.

У нашій країні протягом останніх 10-15 років спостерігається стійка тенденція до зміни історично складених стереотипів «алкогольного» менталітету. Ця обставина знаходить своє відбиття у збільшенні вживання пива різними категоріями населення, перш за все дітьми, підлітками, молоддю, жінками. Усі форми дозвілля, відпочинку, народних гулянь сьогодні не уявляються без пляшки пива в руці у переважної більшості громадян. Реалії сьогодення такі що, пивним «вірусом» є фактично заражений домашній і сімейний побут, робоча обстановка, ділові та звичайні зустрічі людей. Причин величезного попиту та масового вживання пива сьогодні серед населення дуже багато. Масштабна, агресивна й наступальна пивна реклама в засобах масової інформації (телебачення, радіо, газети, журнали, спеціальні брошури, щити на перехрестях і уздовж доріг) закликають покуштувати пива, стати любителями пива і навіть пісні імперативно наказують: «Пий пиво!». Як це не парадоксально, але на наших очах фактично виросло однобоко інформоване, завдяки інтенсивній рекламі про алкогольні вироби, молоде покоління і яке нічого не знає (або не хоче знати) про переконливі факти щодо шкідливості й наслідків від їхнього вживання. Слід особливо зазначити негативний вплив засобів масової інформації, перш за все телебачення, де навіть у спортивних передачах йде безконтрольна реклама «нового» образу життя на фоні яскравих пивних

етикеток. У молодих людей, схильних за своєю природою до копіювання, при перегляді таких роликів складається повне враження й ілюзія, що вживання пива – це найкоротший шлях до перемоги у спорті, до успіху в особистому житті.

У деяких наукових виданнях наводиться корисний мікроелементно-вітамінний склад пива, обґрунтовуються корисні властивості як пива, так і пивних дріжджів. Звісно, усе це, у сукупності з прибутковою пивною індустрією, пивним достатком, святкуваннями «Днів пива», об'єднанням у партії «Любителів пива», зазивань у пивні бари (на кшталт – «кожна третя кружка (1 літр) випитого пива у подарунок») стало головними аргументами для його масового споживання. Під час опитувань випадкових перехожих на вулицях міст на тему: «Чи вважаєте ви пиво спиртним напоєм?» – переважна більшість дають негативні відповіді. Вони вважають, що пиво не несе жодної небезпеки. Можливо, що саме ця реальність похитнула, здавалося б, непорушну аксіому: людина за кермом, у відповідності з діючими вітчизняними законами, повинна бути абсолютно тверезою. У ряді країн СНД вже вводяться чи обговорюються допустимі концентрації алкоголю в крові, що не виключає управління автотранспортом на підпитку.

Сучасні технології промислового виготовлення пива включають у себе три основних стадії. На першому етапі відбувається виготовлення солоду. Для цього використовують спеціальні сорти ячменю й інші злаки, які занурюють у вологе середовище, де зерна проростають і в них накопичуються крохмаль, ферменти, вітаміни та інші речовини. Другий етап включає виготовлення сусла. Подрібнені зерна солоду заливають водою й додають хміль. У цій масі відбувається процес розщеплення крохмалю на прості сахари. На третьому етапі сусло фільтрують, охолоджують й додають до нього спеціальні пивні дріжджі. Отримана пивна маса відстоюється й лише після цього готове пиво потрапляє в торгову мережу до споживача.

Основними компонентами пива є: вода (91-93 %), вуглеводи (1,5-4,5 %), етиловий спирт (3,5-4,5 %) й речовини, що містять азот (0,2-0,65 %).

Інші численні компоненти, що входять до складу пива, згідно з професійною термінологією пивоварів позначаються як мінорні. Як видно, окрім алкоголю воно містить значну кількість компонентів, у тому числі й цінних для харчового раціону людини.

Етиловий спирт є головним компонентом, що забезпечує калорійність цього напою. Вона становить близько 400-450 ккал/л. Вуглекислий газ, що знаходиться в пиві, стимулює шлункову секрецію та кровоток у м'язах, мозку, печінці, легенях і нирках. У зв'язку із цим пиво дозволяє стимулювати апетит і сприяє надмірному споживанню їжі, що призводить до збільшення маси тіла у любителів цього напою.

Потрібно зазначити, що при вживанні великої кількості пива надлишкове надходження калію та води різко збільшують утворення сечі через що зростає виділення нирками натрію та хлору, призводячи в підсумку до демінералізації організму. З цієї причини пиво традиційно підсолюють, вживають із солоною рибою або іншими солоними закусками.

Біогенні аміни були винайдені в пиві відносно недавно. Вони одразу привернули до себе увагу завдяки здатності здійснювати виражену біологічну дію. При вживанні пива у великій кількості біогенні аміни провокують розвиток гіпертензії, що викликає головний біль і можуть призвести до враження нирок. Фітоестрогени представляють собою рослинні аналоги жіночих статевих гормонів і також потрапляють у напій із хмелю. Їхній вміст у хмелі досягає такої кількості, що її достатньо для чіткого гормонального впливу на організм людини. Ймовірно, що саме через це так часто й так виразно помітні зміни ендокринного статусу (фемінізація чоловіків і маскулінізація жінок) в осіб, які зловживають пивом.

У пивоварній промисловості широко застосовують різноманітні технологічні та харчові добавки, що сприяють прискоренню процесу виробництва, збільшенню термінів збереження продукту, покращенню смаку та інших його споживацьких властивостей. З метою консервації напою та збільшення термінів його зберігання в нього додають різні речовини, що

пригнічують ріст дріжджів, сторонніх мікроорганізмів і ферментів, сприяють тривалому збереженню «пивної шапки». Без таких добавок пиво швидко мутнішає та втрачає свій специфічний смак. Майже до кінця шестидесятих років минулого століття з цією метою нерідко використовували явно шкідливі для здоров'я людини біологічно-активні субстанції. Однією з найбільш токсичних добавок був хлорид кобальту, що став причиною фатальних порушень здоров'я у значної кількості регулярних споживачів пива. Було встановлено, що хлорид кобальту викликає розвиток специфічного враження серцевого м'язу. Механізм розвитку даної патології був зумовлений здатністю кобальту знижувати рівень кальцію в міокарді.

У наркології спеціалістами використовується різна термінологія алкогольної залежності: за статтю («жіноча», «чоловіча»), віком («підліткова», «юнацька», «алкоголізм літніх людей»), професійна («алкоголізм менеджерів», «алкоголізм барменів», «алкоголізм працівників торгівлі»), видами напоїв («винна», «сурогатна», «пивна»). Якщо раніше вітчизняні наркологи у своїй практиці не зустрічались з пивним алкоголізмом і вивчали його клініку лише за дослідженнями західних спеціалістів, то на сьогодні даний різновид алкогольної залежності став у нас клінічною повсякденною реальністю, особливо серед підлітків.

У формуванні залежності пивному алкоголізму відводиться неоднозначна роль. Багато хто з людей говорить, що їх пагубний шлях починався ще у старшому дитячому віці саме з пива, а потім вони почали пити вино та горілку. В інших випадках раннє регулярне споживання пива призводило до формування пивного підліткового алкоголізму. Нерідко пиво є невід'ємним компонентом обов'язкового вранішнього похмілля.

А ось що відбувається з підлітками, які випивають у день кілька літрів пива. У них всіх практично відсутній захисний блювотний рефлекс, їм притаманні нетипові форми алкогольного сп'яніння, артеріальна гіпертензія, тахікардія, серцева патологія. Типовим є порушення функцій печінки, зниження питомої ваги сечі, збільшується кількість еритроцитів і лейкоцитів

у сечі, проявляються тенденції до зростання цукру в крові. Підлітки скаржаться на болі в області життєво важливих органів: печінки, шлунку, підшлункової залози, серця, нирок.

При ретельному аналізі зв'язку ризику розвитку хвороб серцево-судинної системи із споживанням пива більшість дослідників зазначають, що цей ризик значно збільшує вірогідність розвитку ішемічної хвороби серця. Також слід зазначити, що надмірне споживання пива тісно пов'язане із зростанням ризику розвитку злоякісних утворень у нижніх відділах сечовивідних шляхів.

В останні роки пиво, як продукт масового споживання, починає ретельніше вивчатись відповідними контролюючими органами. Так максимально допустима доза кадмію, що додається виробниками в пиво для утворення та утримання піни, може бути легко перебільшена, якщо людина випиває більше одного літра пива. Не виключено, що пивний алкоголізм є частково зумовлений як великим об'ємом рідини, що вводиться в організм (водна інтоксикація), так і додатковим (а може бути й основним) токсичним впливом солей важких металів, що містяться в уживаних пивних об'ємах. Особливо насторожує тотальна «пивна мода» серед дітей, підлітків і юнаків, що неминуче закінчується реальним поповненням алкогольно залежних («пивних») контингентів. Не випадково парламенти ряду країн СНД прийняли закон, що забороняє людям відкорковувати пляшки й розпивати пиво на вулицях. Разом із тим, слід признати, що в більшості людей помірне та кількісно контрольоване споживання пива (не щоденне, а інколи) ніколи не викликає яких-небудь алкогольних проблем, у тому числі й алкогольної залежності.

Винний алкоголізм. Психічні та поведінкові розлади, що виникають у наслідку вживання різних видів алкогольної продукції (горілка, ром, віскі, вино, пиво та інші), суттєво різняться. Від виду алкогольного продукту залежить характер сп'яніння та поведінки у стані гострої інтоксикації, особливо трансформації основних ознак залежності, протікання

наркологічного захворювання, важкість різноманітних наслідків.

Дані обставини зумовлені процентним вмістом спирту в кожному з них, кількістю епізодично чи регулярно споживаного продукту, якісними особливостями сировини, що служить основою для вино-горілчаного виробництва, особливостями технологічного процесу виготовлення, вмісту додаткових хімічних інгредієнтів і концентратів, що використовуються для ароматизації алкогольних напоїв, створення привабливого для споживача товарного виду тощо. У виникненні залежності не меншу роль відіграють історично зумовлені регіональні традиції споживання алкогольних напоїв.

У тих регіонах нашої країни, де клімат і географічні умови сприяють вирощуванню цінних сортів винограду, склались вікові традиції виготовлення високоякісних сухих и кріплених вин, а споживання вина є складовою частиною традиційної культури міського та сільського побуту. Історично склалося, що в цих регіонах уявлення про можливі наслідки винної залежності фактично відсутні. Традиційне та практично регулярне споживання вина протягом дня в якості обов'язкового атрибуту під час їжі, вирішення ділових і побутових питань не вважається зловживанням і не сприяє усвідомленню можливого формування хворобливої пристрасті. Визначення ж меж між поняттями «споживання» і «зловживання» представляє собою завдання, яке дуже непросто вирішити. Про виникнення алкогольної хвороби народний поголос може говорити тільки у випадку змішаного споживання вина та горілки (самогону) домашнього чи заводського виготовлення, коли надмірне пияцтво стає причиною часткової або явної десоціалізації.

Відмінною особливістю формування винної залежності є відносно тривала стабільність разових і добових доз сухого або кріпленого вина протягом 5-10 і більше років регулярного вживання. Подібний ритм прийому вина багато років може залишатись незмінним, явища зміненої реактивності фактично відсутні, а становлення потягу до прийому вина, в основі якого лежить хворобливий характер і нездоланність, формується далеко не у всіх.

Традиційний прийом вина розглядається як звичний і необхідний «лікувальний» напій широкого спектру дії, що сприяє «поліпшенню» життєво важливих функцій організму і «зміцненню» здоров'я. Уживання вина є звичайним явищем при випадкових і запланованих родинних зустрічах, відвідуванні гостей, урочистих подіях і т. п. Разові дозування уживаного вина не перевищують 100-200 мілілітрів для жінок і 200-400 мілілітрів для чоловіків. Раніше прилучення своїх дітей до вживання вина батьками відбувалося після досягнення ними повноліття. Зараз цей часовий параметр порушено. І не батьками, а самими дітьми і підлітками. Розпивання вина в колі емоційно близького мікросередовища і в умовах надлишку особистих запасів вина зараз не є об'єктом сімейної стурбованості в плані розвитку винного алкоголізму серед своїх рідних та близьких, серед дітей. Хоча, треба визнати, у багатьох селянських сім'ях з усталеними традиціями вживання вина вважається ознакою поганого тону подавати на стіл велику кількість винних пляшок, що може викликати п'яний ефект або постійно поповнювати його запаси «з льоху» у процесі тривалого домашнього застілля. Споживання вина в подібних сім'ях зі стійкою ментальністю протягом багатьох років, у тому числі до настання старості й активного довголіття, не призводить до розвитку винного алкоголізму. Але таких сімей стає все менше й менше.

Про формування початкових етапів винної залежності свідчить поступове зростання разових і добових доз випитого вина, зміна характеру традиційного ритму споживання вина й активний пошук підлітком алкогольного мікросередовища, що є ознакою поступового становлення психічних еквівалентів патологічного потягу до вина. В умовах компактного проживання родичів та близьких, особливостей селянського укладу життя, достатку продуктів домашнього виноробства, практично щодня можна з приводом або без приводу випити за столом удома, у сусідів, з емоційно значущим товаришем по чарці, в якого також з'являються проблеми винної залежності. Це початкове порушення прийнятих традицій призводить до

формування патологічних варіантів толерантності, коли необхідний ступінь бажаних ефектів сп'яніння вже не може досягатись за допомогою невеликої кількості слабоалкогольних напоїв.

На тлі збільшення добових дозувань сухого вина відбувається поступовий перехід на додатковий прийом у великих кількостях кріплених вин. Таким чином, відчуження підлітка від усталеного алгоритму споживання вина є однією з перших ознак винного алкоголізму, що розвивається. Трьох-п'ятикратне зростання винної толерантності сприяє подальшому залученню до горілки домашнього приготування на основі винної сировини. Винна алкоголізація може починатися з прийому сухого вина, потім йде одна-друга пляшка міцного вина, надалі закономірність поєднання алкогольних напоїв повністю втрачається, ранок може починатися як з вина, так і з домашньої або заводський горілки і знову закінчуватись вином. Істотною ознакою є зміна реактивності, що виявляється у зникненні захисного блювотного рефлексу при вживанні надмірно великих доз вина. При становленні залежності навіть дуже великі дози кріпленого вина, після прийому яких виникає найбільш важке сп'яніння, не викликають захисної блювотної реакції.

На цьому етапі формування залежності ще не з'являються амнестичні форми сп'яніння при важких інтоксикаціях вином, відсутні явища нав'язливості, нездоланності й потягу як у стані сп'яніння, так і в період, коли вино не вживається. Найбільш надійною ознакою сформованої залежності є практично щоденне споживання високих доз вина, досягнення психофізичного комфорту тільки у стані інтоксикації, відсутність відчуття насиченості та відрази. Після великого прийому вина з'являються дратівливість, нервозність, головний біль, елементи емоційного дискомфорту, гастричні розлади. Стимуляція апетиту можлива лише після прийому 200-300 мілілітрів вина. З'являються початкові симптоми безсоння, порушується формула сну, сновидіння характеризуються присутністю стійкої алкогольної тематики.

Патологічний потяг при винному алкоголізмі не досягає тієї вираженої інтенсивності, що присутня при алкогольній залежності. Нав'язливим патологічний потяг стає лише в обмежений період абстинентного синдрому. Разом із тим поява амнезії (провалів пам'яті) відбувається при додатковій алкоголізації міцними спиртними напоями і, насамперед, горілкою.

Формування психічної та фізичної залежності при споживанні столового вина, приготованого для особистого користування (а не для продажу), кілька десятиліть тому формувалась досить повільно, частіше до 35-45 років у чоловіків. Зараз час дещо зсунувся і залежність при вживанні столового вина спостерігається вже у 16-річних підлітків, а років до 18 вона стає сформованою. Саме споживання вина носить безперервний характер і непомітно переростає в, позбавлений чітких симптомів, запійний стан. А от стійкі та виражені вегетативні розлади формуються пізно, порівняно повільно й переконливо представлені лише після багаторічного (8-12 років) пияцтва. Соматичні ознаки хронічної алкоголізації (ураження печінки, нирок, серцево-судинної системи) наростають поступово, значно повільніше, ніж при споживанні вина приготованого для комерційних цілей.

Остаточне становлення винної залежності відбувається при появі розгорнутої симптоматики синдрому відміни, яка суттєво видозмінюється. Ще недавно синдром позбавлення вживання вина характеризувався слабкістю, розбитістю, головним болем, нудотою і серцебиттям. Зараз, у міру розвитку винного алкоголізму, у стані похмілля виникає різка пітливість, посилюється тремор рук, порушення мови, тахікардія, порушення координації рухів, нетверда хода, легке запаморочення, поверхневий сон, що супроводжується кошмарними сновидіннями. Сюди ж приєднуються психічні еквіваленти у вигляді зниженого настрою, почуття неспокою, тривоги, лякливості.

Остаточне формування винної залежності набуває характер безперервно-систематичного пияцтва. Вино домашнього виготовлення вживається протягом усього дня приблизно рівними дозами, а

працездатність, з урахуванням специфіки виконуваної роботи, особливо в сільській місцевості, може істотно не страждати. Випивка традиційно поєднується з прийомом їжі, перервами в роботі, із закінченням трудового дня, звичаями гостинності. При цьому тільки до вечора людина контрольовано доводить себе до стану вираженого сп'яніння. На цій стадії винної алкоголізації вже можна простежити клінічні закономірності розвитку запійного статусу, коли пиття вина стає фактично цілодобовим, коли можливе вживання вина з метою вгамування спраги, а підліток постійно перебуває в стані тривалої та масивної інтоксикації.

Поява різнопланових соматичних і неврологічних розладів можлива на початкових стадіях формування винного алкоголізму, що істотно відрізняє клініку алкогольної та винної залежності. Багато в чому ця обставина зумовлена особливостями технології приготування вин домашнього виробництва, де широко використовуються різні харчові добавки рослинного і штучного походження, хімічні субстанції, які, на думку виробників, сприяють поліпшенню якості напою. Зокрема, при кустарному виготовленні вин допускається використання марганцевокислого калію, тютюну, мідного купоросу та інших активних реагентів. Важливу роль відіграють особливості вин домашнього приготування на основі гібридних (прискореного визрівання) сортів винограду, які призначаються виключно для подальшої реалізації.

Так, при винному алкоголізмі страждає, перш за все, серцево-судинна система та органи травлення. Перші симптоми такого функціонального враження можуть проявлятись вже після 5-7 років регулярного побутового споживання вина. Як правило, після 20-25 років систематичного вживання вина, хворі починають скаржитись на болі в області серця, задишку при невеликому фізичному навантаженні, з'являється тахікардія, при важких станах підвищується артеріальний тиск з верхніми показниками до160-180 мм. ртутного стовпчика. Відзначаються виражені вазомоторні розлади з характерним червоним кольором обличчя. Області носових пазух і щік

набувають синюшний або багряний відтінок. Винні продукти з високим відсотком кислотності самі по собі сприяють швидкому розвитку патологічних розладів печінки та шлунково-кишкової сфери (гепатит, холецистит, гастрит, цироз печінки).

Особлива тяжкість і поширеність алкогольних психозів спостерігається саме там, де споживається вино домашнього приготування з додаванням хімічно активних сполук. Психоз досить часто починається без провісників у вигляді розгорнутих судорожних припадків. Вони протікають надзвичайно бурхливо, з важкими соматичними та неврологічними розладами. Відзначаються неглибокі потьмарення свідомості, мізерні зорові та слухові галюцинації.

Таким чином, симптоми залежності формуються поступово, протягом багатьох років. Що ж стосується підлітків, то перше вживання вина ще в дитячому віці призводить до того, що саме в підлітковому віці і формується винна залежність. Думка деяких фахівців про легкість перебігу та сприятливий прогноз щодо подолання винної залежності – невірна. Різна патологія при винній алкоголізації відрізняється не меншою злоякісністю, ніж при горілчаному алкоголізмі. За останні роки відзначається тенденція до зростання числа випадків, так званих, блискавичних форм алкогольної енцефалопатії, обумовлених зловживанням вином.

Розділ 3

Психологічні методи та прийоми виходу із залежності підлітків

3.1. Психопрофілактика та терапія комп'ютероманії

Розмову про профілактику та лікування комп'ютероманії слід починати з того, про що звичайно забувають батьки, а підлітки про це не думають взагалі. Мова йдеться про організацію робочого місця, де підліток проводить години, сидячи за ПК. Що для цього необхідно?

Для збереження правильної осанки та зняття проблем з рук і кистей, необхідно придбати крісло з високою спинкою, а ще краще, щоб спинка регулювалась. Останнім часом з'явились крісла із регульованими підлокітниками й висотою сидіння, що теж важливо. Крісло повинно бути на коліщатах. Такі вимоги для крісла дозволяють підлітку сидіти правильно, тобто, його ноги повинні торкатись підлоги або підставки спеціального столу для ПК й мають бути зігнуті в колінах під кутом у дев'яносто градусів. Руки, теж мають бути зігнуті в ліктях під кутом у дев'яносто градусів і повинні опиратись на підлокітники крісла. Усе це дає можливість рукам відпочивати, а правильне положення ніг не утруднює кровообіг.

Дуже добре, коли є спеціальна висувна підставка в столі для клавіатури, яка повинна по висоті знаходитись на одному рівні з підлокітниками. Тоді руки не провисають, а кисті ще й опираються на висувну підставку. У такому випадку підліток працює пальцями, рухаючи при цьому лише кистями рук. Не відбувається застою крові в піднятих догори руках. Мишка також повинна розташовуватись на висувній підставці, поруч із клавіатурою. Це дуже зручне з точки зору фізіології положення, яке дозволяє не тільки розподіляти рівномірно навантаження на різні м'язи тіла, але й попереджує застої та неприємні відчуття у м'язах спини та шиї.

Спинка крісла винна повторювати вигини хребта та слугувати опорою

для нижньої частини спини. Купуючи крісло, необхідно звертати увагу на те, щоб сидіння було трошки нахилене вперед, а край сидіння ледь загнутий до низу. Це дозволяє перенести тиск з хребта на стегна та ноги й одночасно зменшує тиск на стегна. Крісло не повинно бути м'яким. Краще, якщо воно жорстке або напівжорстке, що дозволить попередити таке неприємне захворювання як геморой.

До речі, купуючи ПК, ви окремо купуєте клавіатуру. І тут теж є свої особливості. Потрібно, щоб розташування клавіш відповідало природному положенню кистей, а сама вона була піднята по відношенню до поверхні висувної панелі стола не більше, ніж на п'ятнадцять градусів. Сьогодні з'явились клавіатури розділені на дві частини, які можна кріпити до підлокітника крісла, є й безпровідні клавіатури, але тут важко що-небудь порадити, потрібно вибирати те, що зручно.

Якщо підліток працює на ноутбуці, то додатково необхідно придбати до нього ще й клавіатуру та мишку. Праця без цих додаткових пристроїв призводить до великої кількості фізіологічних проблем. Спробуйте самі і ви швидко в цьому переконаєтесь. До речі, підлітки мають звичку працювати з ноутбуком на колінах, сидячи в кріслі або в ліжку, що призводить до викривлення хребта.

Монітор потрібно розташовувати таким чином, щоб він був прямо перед очима або трошки вище. У цьому випадку голова тримається прямо й не виникає остеохондроз шийного відділу хребта. Чим це загрожує, у монографії вже говорилось раніше.

А от відстань від екрана монітору повинна підбиратися індивідуально так, щоб було комфортно, але не ближче, ніж шістдесят сантиметрів. Якщо є проблеми із зором, то за порадою офтальмолога підбираються окуляри чи очні лінзи. Останнім часом дуже часто стали підбирати окуляри прямо в аптеці, де «спеціаліст» радить ті чи інші діоптрії. Не слід цього робити через ризик сильно зіпсувати зір. Окуляри підбираються тільки після дослідження ваших очей у клініках. До речі, сьогодні вже є спеціальні окуляри для роботи

на ПК. Приміщення, де стоїть ПК, потребує регулярного вологого прибирання та зволоження повітря.

Щоб запобігти комп'ютерної залежності у підлітка необхідно знати, яким чином проводити профілактику її виникнення. На превеликий жаль, батьки задумуються над проблемою, що виникає лише тоді, коли вона вже існує. Ну не звикли ми думати про те, що буде після. Ми звикли «бити по хвостах», коли зробити що-небудь вже буває надто пізно. Наведена нижче інформація буде корисною для батьків.

Забороняти дитині чи підлітку користуватись ПК нерозумно. Заборона призведе до реакції протидії й сидіти за ПК підліток буде у приятелів або в Інтернет клубах. Саме тому необхідно привчати їх з дитинства до часового обмеження, опираючись на поради фахівців стосовно того, що час гри чи роботи на ПК слід обмежувати для дітей до семи років десятьма хвилинами, до одинадцяти років – двадцятьма хвилинами, а для підлітків – тридцятьма хвилинами на день. Привчати до цих обмежень, а не заборон, потрібно поступово й так, щоб дитина сама контролювала час і була готова припинити гру.

Дуже важливо привчити дитину, а для підлітка це вже стане нормою поведінки, не сідати за ПК перед сном, одразу ж після їжі і замість рухливих ігор або сну. Користуватись ПК можна тільки після того, як будуть виконані всі домашні справи, зроблені уроки й дитина обов'язково певний час провела на повітрі.

Потрібно не контролювати зміст ігор, а роз'яснювати, якщо в них присутні, насильство, жорстокість, розбещеність тощо. Тим самим ви заставите дитину думати над тим, що відбувається за сюжетом гри й як до цього потрібно ставитись. Із часом, у дитини, а потім і в підлітка, буде вироблена власна моральна позиція щодо негативного сприйняття того, що відбувається в грі, і все менше й менше буде цікавити сама гра. Але для цього потрібний час: за місяць чи два ви можете й не побачити позитивних зрушень. Хоча тут виникає ще одна проблема – далеко не всі батьки у стані

займатись вихованням своєї дитини таким чином. Але про це трохи пізніше.

Дуже гарно зарекомендувала себе методика переключення уваги підлітка з жорстоких й аморальних ігор на ігри, що вимагають розвиненої уваги, зосередженості та креативності. Через деякий час підлітку стане нецікаво грати у «стрілялки» й «бродилки», але це станеться лише тоді, коли батьки, набравшись терпіння, будуть робити те, про що говорилося вище. Налаштовуйте підлітка на ігри, де потрібно думати, де багато головоломок, пригод, заплутаних ситуацій, історичних подій. У підлітка почне розвиватись логічне мислення, пам'ять, ерудиція, він шукатиме по словниках і підручниках відповіді на питання, які будуть виникати по ходу гри, йому стане неприємно згадувати свої попередні ігри. Але підліток повинен дійти до цього сам, поступово, з вашою ненав'язливою допомогою.

Розумні батьки прекрасно розуміють, які в майбутньому можуть виникнути проблеми й тому стараються з самого початку прищеплювати своїм дітям не споживацький, а науково-пізнавальний і практичний інтерес до ПК. Будь-яка дитина може й повинна вміти працювати в мережі, спілкуватись, знаходити інформацію тощо, але робити це слід з розумінням, із зацікавленістю й баченням конкретного результату.

І тут потрібно враховувати мотивацію прилучення дитини до комп'ютера й ігор. Будь-яка дитина бажає отримати від гри задоволення та розважитись. Свідомо чи ні, у неї це закладено в психіці як один з елементів розвитку мислення та усвідомлення свого «Я» у соціумі. Будь-яка гра формує в дитини впевненість у собі та своїх діях, сприяє правильній самооцінці. Дитина відчуває задоволення та перевагу над суперником при перемозі. Але все це правильно й добре, якщо дитина грає з іншими дітьми в реальній, а не віртуальній обстановці.

А що відбувається в тому випадку, коли в дитини є проблеми у встановленні відносин з іншими дітьми? Якщо вона відчуває труднощі в спілкуванні, неконтактна й ховається в собі? Якщо батьки, замість того щоб, прийшовши додому після дуже важкого робочого дня, поспілкуватись з

дитиною, розпитати її про проблеми, труднощі й успіхи, не звертають на неї уваги? Саме в цих випадках дитина і йде з головою в комп'ютерний світ для того, щоб стати сильною у віртуалі, товариською, значимою, перемогти всіх ворогів і тим самим, завоювати увагу, симпатії та довіру оточуючих.

Який висновок? Він один – причиною втечі у віртуальний світ є дефіцит батьківської уваги. Поступово цей дефіцит стає нормою у спілкуванні між батьками та підлітком і відправляє його у віртуальний світ. А ходити далеко не треба – ось він, у комп'ютері.

Що ж робити в цій ситуації? Найлегше все заборонити. Батьки постійно наступають на одні й ті ж граблі по кілька разів, намагаючись заборонити робити щось підлітку. Не вийде! Жорсткі методи заборони призведуть до посилення бажання повернутись у світ віртуалу, знизять авторитет батьків («Ну й що ви мені зробите? Все одно знайду можливість робити те, що хочу»), сформує образу на батьків. Погано також і те, що батьки стануть сприйматись підлітком як несучасні люди, далекі від прогресу в його розумінні. А якщо батьки ще й не багато заробляють, то довіру до них і їх моралі буде повністю втрачено.

Звичайно ж, комп'ютероманію потрібно лікувати в підлітків за допомогою сімейної терапії та групової психокорекції. Ці заняття сформують соціальну адаптацію, підвищать самооцінку підлітка, навчать контролювати свої емоції, зміцнять міжособистісні стосунки та й просто прищеплять навички спілкування. Але чи в багатьох батьків є можливість знайти хороших фахівців й оплатити ці заняття? Тому в монографії пропонується методика подолання цих проблем, але за однієї умови: батьки повинні бути не просто дуже зацікавлені у вирішенні проблем своєї дитини, а й набратись величезного терпіння, навчитись знаходити для цього достатньо часу.

Перш за все, треба зрозуміти чому підліток обрав ту чи іншу гру. Виходячи з її змісту можна ясно уявити собі особистісні труднощі підлітка. Наприклад, з'ясувати, які позитивні емоції відчуває підліток від агресивної гри, і провести паралель з рівнем його агресивності в повсякденному житті.

Протиотрутою тут може послужити активне дозвілля, про яке часто батьки зовсім забувають.

Вони й самі нікуди не ходять, і дітей своїх привчають увесь вільний час проводити вдома. Відпочинок на природі, спорт, якісь фізичні вправи, прогулянки по парку з цікавою розмовою або співрозмовником, нові знайомства, поїздки на дачу з планами виконання певної роботи там і багато іншого.

Якщо все це не допомагає, якщо в батьків немає часу, бажання та терпіння допомогти своїй дитині, якщо вони вважають, що така поведінка підлітків сьогодні є нормою, ось тоді, шановні батьки, розслабтеся та отримайте те, на що заслуговуєте. З часом, років через двадцять, вам нічого не залишиться окрім як констатувати крах своєї педагогічної діяльності в плані виховання власної дитини.

3.2. Психопрофілактика й терапія інтернетоманії

Способи та принципи позбавлення від інтернетоманії такі ж, як і від пристрасті до комп'ютерних ігор. Будь-яка кіберзалежність – це наслідок внутрішніх особистісних та міжособистісних проблем. Ось чому її не можна вилікувати незалежно від волі підлітка. Бажання подолати небезпечну звичку і свідомі зусилля з боку самої дитини просто необхідні.

Модно зараз стало влаштовувати зустрічі он-лайн, навчання і т.п. Існують центри підтримки Інтернет-залежних людей он-лайн. Усе це нагадує службу «телефонів довіри», але, як показує практика, вони мають досить низький коефіцієнт корисної дії.

У чому ж полягають перші кроки щодо виведення будь-якої людини із залежності? Перш за все, у виведенні з психотравмуючої ситуації. У нашому випадку – у виведенні «постраждалого» з віртуального світу, а вже потім наданні йому подальшої допомоги.

А цю подальшу допомогу слід починати з різних видів впливу, а

головне, необхідно поступово змінити розумові установки й поведінкові стереотипи. І знову автори монографії нагадують, що це досить тривалий виховно-педагогічний процес, що легше не допустити потрапляння підлітка в Інтернет залежність, ніж потім займатись витягуванням його звідти.

Можна спробувати взяти участь у засіданнях клубів анонімних алкоголіків чи наркоманів, або створити за їх типом клуби Інтернет-залежних підлітків. Але тут виникають дві проблеми. Перша – хто це буде створювати, і друга – хто буде ходити? Підлітки? Чи їх батьки? Та й чи багато таких батьків? А хто буде все це оплачувати в наше вільне від усіх зобов'язань століття?

Тому треба знати, що, на відміну від алкоголіків і наркоманів, де необхідно повністю відректись від вживання відповідних речовин, при Інтернет-залежності не потрібно цього робити. Необхідно навчитись помірковано й керовано користуватись Інтернетом, потихеньку обмежуючи себе за часом. З часом підліток зможе контролювати свої дії і термін перебування в Інтернеті. Для цього потрібно взяти на озброєння такі правила.

Правило перше. Не відмовлятись від поставленої перед собою мети щодо роботи в Інтернеті ні на крок. Заборонити собі просто «гуляти» по сайтах розважального характеру. Якщо ви ще в них не були, походіть, подивіться, засічіть час перебування в них і після цього проаналізуйте результати. Можна дати гарантію – шкурка вичинки не варта. Суцільний примітивізм. Хоча, якщо людина зарозуміла, то це правило не для неї.

Правило друге. Входячи в Інтернет не потрібно відволікатись на різні реклами, сумнівні посилання на когось або що-небудь, на картинки, що постійно виникають і т.д. Чітко дотримуйтесь своїх завдань, у противному випадку кілька зайвих годин перебування в Інтернеті можете сміливо викреслювати з вашого життя.

Правило третє. Ніколи не заходьте на сайти з окультно-містичним змістом. Сучасні нетрадиційні релігійні організації (релігійні секти) можуть настільки захопити підлітка, що потім його буде практично неможливо

звільнити від цієї залежності.

Не варто також заходити на сайти, де можна знайти матеріал по тероризму. Деяким підліткам, заради інтересу, може захотітись виготовити отруйну або вибухову речовину. Потім спробувати її в дії. Закінчуються ці та подібні їм експерименти, у кращому випадку, великим тюремним терміном. У гіршому – можна залишитись калікою або розлучитись із життям.

Правило четверте. Захищайте себе від сайтів, де пропагується порнографія, кіберсекс і викладені зйомки сцен насильства.

Звичайно, можна поставити фільтри, які відсікають доступ до подібних сайтів або ввести пароль на користування Інтернетом. Хоча у цьому випадку немає жодних гарантій, що підліток не подолає ваші хитрощі та й в однокласників таких фільтрів і паролів, швидше за все, не буде.

Правило п'яте. Не слід вважати, що перебування підлітка в Інтернеті дає можливість батькам займатись своїми справами. Через нетривалий час вони будуть проклинати той час, коли не помічали (або це їх влаштовувало), що підліток весь час не відходить від комп'ютера. Психологія підлітка така, що він буде спеціально заважати батькам, щоб вони отримували задоволення від того, що він замовк і зайнявся «своїми» справами.

3.3. Психопрофілактика і терапія ігрової залежності

Перш за все, треба для себе зрозуміти досить просту річ: комп'ютерні ігри самі по собі не погані й не хороші – усе залежить від того, яке місце вони посідають у житті конкретної людини й чим зумовлене захоплення ними.

Тому, починаючи розмову про профілактику й лікування ігрової залежності, розкриємо кілька проблем пов'язаних з особистісними особливостями сучасних підлітків, про які не прийнято говорити. Але вони часто лежать в основі ігрової залежності.

Проблема перша. Психологів уже давно цікавить, у чому причина

привабливості телебачення та відеоігор для підлітків, адже книги, театр, музика та інші види мистецтва нікуди не пропали і, більше того, продовжують розвиватись. У той же час нинішні підлітки віддають перевагу більш примітивним, з точки зору навантаження на мозок, способам проведення часу. Як не дивно, винні в цьому зовсім не підступні телепродюсери або творці комп'ютерних ігор. Вони лише використовують природні інтереси підростаючого покоління, попит народжує пропозицію. Виною тому – біологічні зміни, що відбуваються в організмах наших дітей. В останні роки нейропсихологи активно обговорюють так званий популяційний синдром. Іншими словами, синдром, який став настільки поширеним, що цілком може вважатись нормою. Власне популяційних синдромів декілька, але обговорення, як правило, стосується тільки одного, найяскравішого – синдрому функціональної несформованості лобових відділів, в основному лівої півкулі. Саме ці особливості будови мозку спостерігаються в людей, які мають схильність до азартних ігор, наркотиків, алкоголю та комп'ютерних ігор.

Зрозуміло, виявити лобову несформованість в домашніх умовах неможливо, для цього потрібна консультація професійного нейропсихолога. Однак існують ознаки, наявність яких повинна змусити батьків, щонайменше, занепокоїтись. Зазвичай батьки скаржаться, що дитина не може вчитись, тому що постійно відволікається, вона нічого не хоче, її неможливо нічим зацікавити, витрачає на домашні завдання по шість годин, але якщо батьки її контролюють, то їй вистачає години. Така дитина якщо вирішує арифметичну задачу, то не робить при цьому перевірку, половина слів у зошиті не дописані, пропущені букви, в очах порожнеча, вона схильна до спрощення поставленої задачі, імпульсивна, абсолютно не стомлюється, не може описати свої емоції.

Усе це ознаки можливих вроджених особливостей будови мозку. Звичайно ж, багато з цих ознак можуть бути викликані й іншими причинами, наприклад, дитина від природи кмітлива, обганяє однолітків у розвитку і їй

просто нудно в школі. Однак цілком можливо, що така дитина належить до нової генерації людей з більш примітивною, ніж у звичайних homo sapiens будовою мозку. Це не хвороба, це відхилення яке сьогодні так поширене, що вже цілком може вважатись нормою. Причин подібних змін безліч: тут і екологія, і різні шкідливі звички під час вагітності, і деякий гендерний перекіс, що спостерігається в цивілізованих соціумах. Зрозуміло, суспільство певною мірою диктує смаки та переваги конкретного індивіду, проте вибір робить людська психіка, особливості якої знаходяться в прямій залежності від будови людського мозку.

Деградує людство таким чином чи навпаки удосконалюється – поки не зрозуміло. Ясно тільки те, що неформальні тусовки, гомосексуальні комп'ютерні ігри, спілкування в Інтернеті та інше, які увійшли в моду, не випадкові. Те, як влаштований мозок індивіда, визначає його захоплення, нахили і в той же час ці захоплення та нахили диктує нам суспільство, а значить, суспільство бере участь в еволюційних процесах, визначаючи особливості будови нервової системи.

Проблема друга. Початком розгляду другої проблеми послужать деякі приклади з життя і смерті підлітків з ігровою залежністю:

- два підлітки розстріляли дванадцять однокласників, учителя й поранили ще кількох людей, розкидаючи саморобні гранати. Після чого покінчили життя самогубством. У знятому перед останнім походом до школи фільмі один з них говорить, що буде відбуватись «щось на кшталт гребаного дума». Саме ця фраза й подібність інциденту із сюжетом комп'ютерної гри послужили приводом для позову, який батьки загиблих дітей висунули до виробників комп'ютерних ігор;

- сімнадцятирічний підліток помер під час гри в Counter-Strike. Батьки виявили його в критичному стані тільки наступного дня. Підлітка доставили в лікарню, однак було вже пізно і він помер, не приходячи до свідомості. Причиною смерті стала серцева недостатність – геймер просто перехвилювався під час гри. Його смерть послужила причиною для

розслідування діяльності комп'ютерних клубів. У міліції виникла підозра, що власники клубів підмішують в питну воду амфетаміни, щоб відвідувачі якомога довше не відходили від комп'ютерів;

- російські вчені дійшли висновку, що діти надмірно захоплюються комп'ютерними іграми, втрачають здатність контролювати свою поведінку. Справа в тому, що комп'ютерні ігри розвивають тільки ті частини мозку, які відповідають за сприйняття та рух. А інші частини мозку при цьому деградують. У тому числі й лобові долі, що відповідають за контроль над поведінкою, за пам'ять і уяву;

- в одному з міст у комп'ютерному клубі затримали сімнадцятирічного юнака, який забив своїх батьків залізними прутами через те, що вони не пускали його в комп'ютерний клуб. Убивство підліток скоїв на пару з приятелем і за задумом злочинців цей злочин мав покласти початок серії убивств у місті. Горе-гравці збирались продовжити грабежі, убиваючи батьків інших фанатів комп'ютерних ігор;

- підліток вкрав у батьків гроші, які збирався витратити на комп'ютерний клуб. Коли мати, виявивши пропажу, влаштувала своєму чаду скандал, він її просто отруїв. Батько нещасного знайшов труп дружини через деякий час в ящику для білизни.

Таких прикладів можна наводити дуже багато.

Чому саме таким дітям подобаються комп'ютерні ігри і саме для них ймовірність заробити кібер-адикцію найбільш велика? Справа в тому, що комп'ютерні ігри ґрунтуються на емоціях, мимовільних моторних реакціях, а не на довільних свідомих актах психічної діяльності. Тут атрофовані (хотілося б зауважити, що цей термін не дуже доречний – функціональна несформованість лобових відділів, звичайно, ще не означає їх атрофованості, але іншого немає) лобові частки практично не задіяні. Граючи в комп'ютерні ігри дитина освоює комп'ютер, замість того, щоб розвивати власну психічну діяльність, власні інтелектуальні здібності. Чим емоційнішою є комп'ютерна гра, тим більше вона привертає увагу дитини.

Винятки є – «Сьомий гість», «Одинадцята година», «Міст», численні, але не дуже популярні розвиваючі комп'ютерні ігри, написані за участю й під керівництвом психологів, але вони досить рідкісні й губляться в морі більш популярних ігор, розрахованих швидше на підсвідоме, ніж свідоме. Зрозуміло, що агресивні комп'ютерні ігри – Doom, Quake, Counter-Strike – дуже емоційні й це багато в чому пояснює їх популярність.

Якщо вже мова зайшла про агресивні комп'ютерні ігри, хотілося б розвіяти один досить популярний міф, який часто мусується у пресі. Якою б не була агресивною комп'ютерна гра, вона ніколи не зможе спровокувати гравця на прояв насильства, якщо він не був до цього схильний. З іншого боку абсолютно невірно було б думати, що гра не може послужити поштовхом для психічного зриву. Інша справа, що вона може стати останньою краплею, але саме краплею, а першопричина в іншому – у будові людської психіки. Так само останньою краплею може виявитись переглянутий фільм, прочитана книга чи конфлікт з рідними.

Проблема третя. Деякі підлітки, захоплені комп'ютерними іграми, потрапляють до клінік з діагнозом «шизофренія». Але неправильно було б думати, що виною тому комп'ютерна гра. Етіологія шизофренії в даний час досліджена недостатньо, але існують усі підстави припускати, що шизофренія обумовлена саме генетичними причинами. Іншими словами, існують люди, схильні до шизофренії і завдання їх близьких полягає в утриманні психіки цих людей у стані близькому до норми. І немає жодної гарантії, що абсолютно нешкідливі для людей, які не мають схильності до шизофренії, речі не матимуть фатального впливу на потенційних шизофреників.

Разом із тим думка, що наповнені агресією ігри містять у собі своєрідний терапевтичний ефект для людей з підвищеною агресивністю, вірна лише частково. Дійсно, у певних дозах подібні ігри здійснюють терапевтичний вплив, однак, якщо підліток надто захоплений грою, негативні емоції не поглинаються, а, навпаки, накопичуються. Не слід

забувати, що ігровий процес може виявитись активним джерелом негативних емоцій.

Проблема четверта. Вище вже говорилося про біологічні причини популярності комп'ютерних ігор. Однак це не єдиний момент, який грає на руку виробникам ігрового софту.

У сучасному цивілізованому суспільстві утворився певний перекіс у взаєминах між жінками та чоловіками. Роль чоловіка, як здобувача і взагалі життєво важливого для виживання члена сім'ї, сьогодні багато в чому атрофована завдяки росту рівня життя. Самотня жінка більше не приречена на голодну смерть, як це було в наших предків: якщо чоловік відбивався від зграї він ще міг проіснувати якийсь час самостійно, здобуваючи прожиток і захищаючи себе від небезпек зовнішнього світу, то жінка на подібне розраховувати не могла. Сформована за тисячі років роль жінки як підлеглої істоти сьогодні розмилась, зберігшись лише в рудиментарних правилах етикету, які вже не обумовлені практичними міркуваннями. Поширення феміністського руху, фемінізація чоловіків при одночасній маскулінізації жінок, зниження значущості ролі чоловіка і батька – усе це зіграло негативну роль у контексті нашої сьогоднішньої розмови.

У міру дорослішання діти потребують певного впливу батьків. Якщо дівчаткам-підліткам потрібна мати, як зразок для наслідування, то хлопчикам необхідний батько, як символ їхнього місця в суспільстві, як показник того, що вони вже готові до вступу в чоловіче суспільство. Зрозуміло, у цьому випадку мова йдеться не тільки й не стільки про біологічного батька, скільки про необхідність самої процедури переходу зі стану підлітка у стан дорослого чоловіка. Очікування, сформовані тисячоліттями, сьогодні не виправдовуються – процедури посвячення хлопчика в чоловіка у нас не існує. Тобто, з одного боку, має місце природне нівелювання ролі батька як авторитету, з іншого – законодавчо підтверджена (як в країнах з контрактною системою служби в армії) або фактична (як у нашій країні) відсутність можливості формально подолати межу між дитинством і дорослим станом.

Між тим підліткам це необхідно і кожен з них знаходить той спосіб самореалізації, який йому найбільш близький. Самореалізація через комп'ютерну гру – один з найбільш доступних і простих способів ініціації підлітка.

Усе перераховане вище – не фатальне. Популяційний синдром, звісно, створює певні труднощі під час розвитку підлітка (слід зазначити, що мова не про труднощі розвитку в сучасному розумінні – можливо, років через двісті, саме це стане нормою, а відхиленням будуть вважати розвинуті лобові долі мозку). Вплив цих дефектів можна нівелювати, якщо не відпускати процес становлення підлітка на самоплив, а приділяти йому увагу, правда тільки в «ніжному» віці – від трьох до дванадцяти років, поки йде активне формування психічних процесів. До трьох років формуються потиличні та тіменні відділи мозку, підкоркові структури, а до дванадцяти – визріває лоб, м'язисте тіло головного мозку.

У випадку з підлітками все набагато складніше. Замість того, щоб вирішувати свої проблеми (як правило, пов'язані з комунікацією) у реальному житті, підліток намагається задовольнити своє «Его» у віртуальному житті. Безцінну послугу йому в цьому надають ролеві ігри й 3-D шутери від першої особи, оскільки саме ці категорії ігор дозволяють підлітку найбільш повно ідентифікувати себе з персонажем. Замість того, щоб удосконалити свою соціальну адаптацію підліток просто змінює соціум, замінюючи реальне суспільство віртуальним.

Тут потрібно відрізняти індивідуалізовані форми залежності від соціалізованих. В іншому випадку зв'язок із реальним соціумом не вривається, але набуває змінених форм за рахунок того, що люди, з якими спілкується підліток, частіш за все такі ж фанати тієї ж самої комп'ютерної гри, що й він сам. Якщо обирати котре лихо менше, то така форма залежності від комп'ютерної гри виглядає краще і шанс виникнення психічних порушень у цьому випадку не дуже великий. Але, очевидно, що підліток, який цікавиться тільки комп'ютерними іграми, виросте однобокою

особистістю й навіть, якщо переросте своє захоплення (що, до речі, не факт – більшість фанатів підростаючи продовжують регулярно грати у свої улюблені ігри, вони не в силах від них відмовитись), буде відчувати певні труднощі, під час налагоджування контакту із суспільством.

Набагато більш небезпечною є індивідуалізована форма залежності, коли рівень потреби в грі знаходиться у хворих (тут цей термін абсолютно доречний) на тому ж рівні, що й прості фізіологічні потреби: голод, спрага тощо. У цьому випадку мова може йти про справжнє психічне захворювання. Найбільшу небезпеку в цьому аспекті представляють ролеві ігри – скоріш за все мережеві ролеві ігри, в яких підліток може викликати в себе ілюзію соціальної адаптації, підсвідомо приймаючи свої успіхи в рольовій грі за реальні досягнення. Таке заміщення відбувається й у тих випадках, коли підліток створює віртуальну особистість для спілкування в чатах і форумах, приміряючи її популярність на себе. Однак випадки інтернет-адикції, як правило, легші, ніж випадки хворобливої прив'язаності до рольових ігор – усе ж таки соціум, що створюється на форумах і в чатах, набагато більше схожий на реальне суспільство, ніж наповнений умовностями соціум ролевих ігор.

Звідси, до ознак залежності від комп'ютерних ігор, потрібно віднести:

- підліток не робить уроки, сидить за грою годинами, не відірвати;
- підліток віддає перевагу комп'ютерним іграм, а не спілкуванню;
- у підлітка немає інших захоплень, окрім комп'ютерних ігор;
- загальний час, що підліток проводить за грою, перевищує час, що він витрачає на виконання домашніх завдань, на прогулянки й інші захоплення.

Чи небезпечні комп'ютерні ігри самі по собі? Скоріш за все ні. Навіть вікові обмеження на продаж «жорстоких» комп'ютерних ігор носить досить умовний характер – у теленовинах підлітки бачать набагато більше насильства, ніж на екрані монітору. Однак існує група ризику, члени якої мають реальні шанси захворіти на кібер-адикцію. У рідких випадках захворювання може приймати важкі форми. Добре, звісно, що підліток не

вештається по підвороттям, але якщо замість цього він цілодобово не вилізає з-за комп'ютера, не можна казати, що проблему вирішено. Вона просто набула іншої форми.

Разом із тим інтерес підлітків до комп'ютерних ігор зрозумілий, більше того – психологічно й навіть біологічно зумовлений. З деякими факторами, що збільшують привабливість комп'ютерних ігор для дітей, ми боротись не в змозі, однак можемо втілити цей інтерес у соціально прийнятну форму.

Але не все так просто. В організмі підлітка, в разі появи ігрової залежності, можуть відбутись біохімічні зміни. Ознаками їх появи служать безсоння, відсутність апетиту й депресія. Деякі психологи рекомендують звернутись до психіатрів, щоб ті призначили медикаментозне лікування, приписавши вживання антидепресантів, антиконвульсантів і транквілізаторів. Ці препарати знімають напругу та заспокоюють. Але при цьому вони ж можуть сформувати й нову залежність – залежність від психоактивних речовин.

Підлітку буває неможливо допомогти, якщо не змінити його внутрішній стан. А ця зміна можлива тільки при усвідомленні підлітком свого стану як хвороби і він мусить сам захотіти з нею боротися.

Чи можна це зробити самостійно? Якщо в підлітка покращується його внутрішній психічний стан, то створюється й нова система цінностей: з'являються інші життєві цілі, формується інше відношення до себе й оточуючих, міняються думки та поведінка.

Робота над собою включає декілька етапів:

- усвідомлення того, що можна задовольняти свою ігрову пристрасть рідше, ніж зазвичай. Надалі, спробувати повністю відмовитись від гри;
- повністю відмовитись від усіх речовин, що змінюють стан свідомості або стимулюючих його (пиво, спиртне, енергетики тощо);
- у разі зриву зрозуміти, що було зроблено неправильно, не піддаватись зневірі та пробувати ще раз;
- якщо не виходить впоратись самостійно, звернутись до фахівця.

Виконання цих рекомендацій, з урахуванням того, про що говорилося вище, і допомога батьків багато в чому гарантує позбавлення від ігрової залежності.

Для того, щоб зняти фізичну напругу із задіяних м'язів під час роботи на ПК слід займатись лікувальними вправами, які не займуть багато часу, але допоможуть зберегти працездатність й активізують пізнавальні процеси. Ці вправи призначені для будь-якого віку, але особливо ефективні для підлітків. Вправи розроблені медичним психологом К.В. Зоріним і кандидатом медичних наук В.В. Шуляковським.

Вправи для очей.

1. Початкове положення – сядьте за стіл у максимально зручній позі, поклавши перед собою аркуш паперу або шматочок тканини ніжно-зеленого кольору. Розслабтесь, не поспішаючи, без зусиль випряміть спину. Не сутультесь, голову та хребет держіть вільно й прямо. Плечі мають бути опущені, руки розслаблені лежать на колінах, ноги не напружені, зігнуті в колінах під прямим кутом. Міцно замружте очі на 3-5 секунд, а потім широко відкрийте їх на 3-5 секунд. Повторіть це 6-8 разів.

2. Початкове положення – те саме. Максимально розтягніть м'язи очей, спрямовуючи погляд вгору, вправо, вліво і вниз по 1 секунді в кожну сторону. Повторіть вправу 5-6 разів.

3. Початкове положення – те саме. М'яко, обережно зімкніть повіки, потім повільно прочиніть і трохи поморгайте ними. Не повертаючи голову, подивіться вгору, вниз, вправо і вліво.

4. Початкове положення – те саме. Без жодної напруги подивіться на лежачий перед вами папір (тканину) кольору весняного листя. Не «розливайтесь» зором, не намагайтесь охопити салатовий колір цілком, а виберіть будь-яку точку й 1-2 хвилини просто дивіться на неї. Ніжно-зелений колір дуже добре заспокоює нервову систему, знімає біль і втому очей.

5. Початкове положення – те саме. М'яко зімкніть повіки, верхня м'яко торкається нижньої. Не примружуйтесь, ніби хочете щось розгледіти. Не

напружуючи шию, по 3 рази нахиліть голову вперед до грудей, до правого і лівого плеча.

6. Початкове положення – те саме. Закрийте очі долонями й без зусиль упріться в стіл ліктями. Не відкриваючи очей, повільно підніміть долоні і покладіть їх на розслаблені повіки. Пальці схрестіть на середині чола так, щоб долоні легко стикались з бровами та повіками. На очні яблука не натискайте. Відчуйте природне тепло, що виходить від рук; зігрійте ним верхню частину обличчя. Тепер злегка прочиніть очі й, по можливості, затуліть долонями зовнішній світло. Знову м'яко закрийте та розслабте повіки. Виконуйте ці рухи протягом 1-2 хвилин.

На закінчення вправ вільно відкиньтесь на спинку стільця, руки «опустіть» донизу, кілька разів вдихніть і видихніть на повні груди. Постарайтесь запам'ятати це відчуття відпочинку та розслаблення. Збережіть його як можна довше!

Вправи для м'язів рук і плечового пояса:

1. Початкове положення – станьте прямо, ноги на ширині плечей, руки витягнуті вгору. Вдихніть і на видиху потягніть руки вгору, не відриваючи п'ят від підлоги. Потім відведіть руки в сторони під прямим кутом і знову потягніться. Повторіть 5-10 разів.

2. Початкове положення – станьте прямо, ноги на ширині плечей, руки складені перед грудьми долонями вниз (у позі школяра за партою). Вдихніть і на видиху зробіть два вільних ривка зігнутими в ліктях руками (долоні вниз), потім – два ривка прямими руками (долоні вгору). Повторіть 5-10 разів, не забуваючи тримати руки весь час на рівні грудей.

3. Початкове положення – станьте прямо, ноги на ширині плечей, руки витягнуті перед собою. Протягом 5 секунд із силою розтисніть пальці, щоб відчути напругу в кистях. Потім розслабте, «струсніть» пальці, не поспішаючи, злегка зігніть їх, а потім на 5 секунд стисніть їх міцно в кулак, щоб знову відчути напругу. Повторіть 5-10 разів.

4. Початкове положення – станьте прямо, ноги на ширині плечей.

Зігнувши чотири пальці, пообертайте великим пальцем 20 разів за годинниковою і 20 разів проти годинникової стрілки.

5. Початкове положення – станьте прямо, ноги на ширині плечей, схрестіть пальці рук на потилиці. Відведіть лікті назад до тих пір, поки між лопатками не з'явиться відчуття тепла. Потім без напруги нахиліться вперед і зведіть лікті перед собою. Сидіть у такій позі 5-10 секунд. Повторіть вправу 5-10 разів.

6. Початкове положення – станьте прямо, ноги на ширині плечей, сплетіть за спиною пальці рук із зверненими всередину долонями. Зробіть вдих, повільно нахиляючись, на видиху підніміть прямі руки, з'єднані одна з одною, і зафіксуйте їх на 5-10 секунд. Повторіть вправу 5-10 разів.

Вправи для м'язів спини. Прийоми самомасажу:

1. Подушечками великого і вказівного пальців розтирайте вушні раковини вгору-вниз 10 разів.

2. Обертальними рухами долоні правої руки розтирайте задню й ліву бічну поверхні шиї 20 разів за годинниковою і 20 проти годинникової стрілки. Потім робіть те ж саме лівою долонею щодо задньої та правої бічної поверхонь шиї.

3. Пальцями правої руки 1,5-2 хвилини масажуйте область від лівого плеча до потилиці. Потім так само масажуйте лівою рукою область від правого плеча до потилиці.

4. Зчепіть кисті рук за спиною і їх тильними поверхнями масажуйте область попереку і крижів угору-вниз протягом 1-2 хвилин.

Фізичні вправи:

1. Початкове положення – сядьте на стілець; п'яти разом, носки нарізно; спина, шия та голова знаходяться на одній вертикальній лінії, причому спина не відривається від спинки стільця. Долоні покладіть на коліна. На видиху праву руку 3-5 секунд тримайте на зігнутій у коліні правій нозі. Одночасно ліву руку підійміть, максимально відведіть назад і

затримайте в цьому положенні на 3-5 секунд. Потім поверніться в початкову позицію. Повторіть 5-10 разів.

2. Початкове положення – те саме. Поволі опустіть голову до правого плеча до появи відчуття натяжіння у м'язах шиї та плечового пояса з лівого боку. Зафіксуйте голову в цій позі на 5-10 секунд, потім виконайте вправу, опускаючи голову до лівого плеча. Повторіть 5-10 разів у кожну сторону, не відриваючи спину від спинки стільця.

3. Початкове положення – станьте прямо, ноги на ширині плечей, руки вперед. Вдихніть і на видиху руками підтягніть коліно правої ноги, притиснувши його до грудей на 5-10 секунд. Потім поверніться в початкову позицію і зробіть аналогічні рухи з лівим коліном. Повторіть 5-10 разів, строго стежачи, щоб спина залишалася прямою.

4. Початкове положення – станьте прямо, ноги на ширині плечей, права рука витягнута вгору, ліва – опущена вниз. Вдихніть і на видиху зробіть енергійні ривки руками назад таким чином: права вгору, ліва вниз і навпаки. Повторіть 5-10 разів.

5. Початкове положення – те саме. Вдихніть і на видиху, не згинаючи рук, праву максимально потягніть вгору, ліву – максимально опустіть вниз. Потім навпаки, 5-10 разів.

6. Початкове положення – станьте прямо, ноги на ширині плечей, руки на поясі. Нахиліться вниз, вправо і вліво. Потім нахиліться назад, намагаючись звести лікті один до одного. Повторіть 5-10 разів.

Вправи для м'язів ніг. Прийоми самомасажу:

Щоб ноги втомлювалися менше, порадьтесь із лікарем і в комплекс ранкової зарядки додайте 15-20 присідань і підскакувань. По можливості завершіть зарядку самомасажем ніг. Окремі прийоми самомасажу можна робити і впродовж дня. Зігнувши ногу в коліні, поставте її на лавочку або невисокий стілець, щоб м'язи гомілки максимально розслабились. Виконайте погладжування, вичавлювання, розминку та спіралеподібні рухи чотирма пальцями вздовж гомілки по напряму від стопи до стегна. Закінчіть

самомасаж легким погладжуванням гомілки. Кожний прийом повторіть 10-20 разів.

Намагайтеся при будь-якому зручному випадку (наприклад, під час перегляду телепередач, у ліжку після пробудження) погладжувати й розтирати стопою однієї ноги іншу ногу. Спочатку масажуйте стопу від пальців до п'яти, далі – гомілковостопний суглоб, передню частину гомілки і її задню поверхню.

Якщо немає медичних протипоказань (тромбоз, тромбофлебіт, варикозне розширення вен, ендартеріїт), протягом дня рекомендуються такі вправи:

У положенні лежачи на спині

- ноги на ширині плечей; кругові рухи стопами по 8-12 разів у кожний бік;
- ноги разом, зігніть одну в коліні, випряміть угору й опустіть (5-8 раз кожною ногою);
- ноги разом, відведіть одну в бік, підніміть угору й опустіть (5-8 раз кожною ногою).

У положенні стоячи

- 8-12 раз перекотіться з п'ят на носки;
- 30-60 секунд походіть на місці, високо піднімаючи коліна;
- виконайте по 10-15 махів кожною ногою вперед-назад і в сторони;
- піднявши руки вгору, глибоко вдихніть, а на видиху нахиліться вперед і розслабтеся (5-7 разів).

Ці вправи теж доповніть самомасажем, а потім прийміть душ або ванну. Непогано зробити й контрастну ванну для ніг. Для неї потрібно по відру гарячої (40-45°) і холодної (5-10°) води. Занурюйте ноги попеременно 2-4 рази в кожне відро: у гарячу воду на 10-15 секунд і в холодну – на 2-3 секунди. Потім як слід потрібно розтерти ноги рушником.

Пам'ятайте, що фізичні вправи, самомасаж і ножні ванни – ефективні

заходи з профілактики варикозного розширення вен, поліартриту й ендартеріїту.

3.4. Психопрофілактика і терапія нікотинової залежності

Перш ніж кинути курити, визначте свій рівень нікотинової залежності, що дозволить вам зорієнтуватись у роботі над собою для зняття нікотинової залежності. У цьому вам допоможе тест Фагерстрема.

Інструкція: «Уважно прочитайте питання й те, що притаманне вам. Після відповідей на запитання підрахуйте свої бали й визначте рівень нікотинової залежності, виходячи з наведеної нижче інтерпретації».

1. Коли Ви тягнетесь за цигаркою після пробудження?

Протягом 5 хвилин – 3 бали

Від 6 до 30 хвилин – 2 бали

Від 31 до 60 хвилин – 1 бал

Більш ніж через 60 хвилин – 0 балів

2. Чи важко вам утриматись від куріння в тих місцях, де воно заборонено?

Так – 1 бал

Ні – 0 балів

3. Від якої сигарети вам було б найважче утриматися?

Від ранкової – 1 бал

Від подальшої – 0 балів

4. Скільки сигарет в день ви курите?

10 чи менше – 0 балів

від 11 до 20 – 1балл

від 21 до 30 – 2 бали

більше 30 – 3 бали

5.Коли Ви курите більше – зранку чи протягом дня?

Вранці – 1 бал

Протягом дня – 0 балів

6. Чи курите Ви під час хвороби, коли ви повинні дотримуватись постільного режиму?

Так – 1 бал

Ні – 0 балів

Після цього підраховується сума балів і визначається рівень нікотинової залежності:

0-3 бала – низький рівень залежності. При припиненні куріння основну увагу слід приділяти психологічним факторам. Препарати заміщення нікотину варто використовувати тільки при явному бажанні курця.

4-5 балів – середній рівень залежності.

6-10 балів – високий рівень залежності. Різка відмова від куріння може викликати досить неприємні відчуття в організмі. Подолати ці відчуття допоможуть препарати заміщення нікотину, хоча не слід сподіватися виключно на їхню дію.

Додайте собі ще бали, прочитавши такі уточнення до тесту.

Для тих, кого бажання закурити заставляє прокидатись і людина викурює першу сигарету вночі, середня кількість сигарет, що викурюються за день, звичайно більше 25 штук (за тестом Фагерстрема 7 або більше балів).

Для тих, хто викурює першу сигарету одразу після пробудження, кількість сигарет, що викурюються протягом дня, звичайно становить 20-25 штук (за тестом Фагерстрема 6-7 балів).

Якщо перша сигарета викурюється перед сніданком, то частіше за все людина викурює в день в середньому 20 штук (за тестом Фагерстрема 5 балів).

Якщо перша сигарета викурюється після сніданку, то протягом дня викурюється менше 20 сигарет (за тестом Фагерстрема 4-5 балів).

Часто, при застосуванні даного тесту, людям важко відповісти на деякі питання, головним чином ті, що стосуються розподілу сигарет у часі. Куріння стає настільки автоматичним, що якісь його подробиці не

усвідомлюються. Крім того, деякі курці недооцінюють, скільки вони курять. Тому при питанні про поточне споживання можна запропонувати вести щоденник куріння протягом декількох днів, щоб уточнити стереотип і найважливіші причини для щоденного куріння. Це дозволяє курцеві уточнити сприятливі фактори та причини куріння, обміркувати альтернативи чи заміну куріння в цих ситуаціях. Щоденник може бути запропонований і якщо при оцінці ступеня залежності були отримані суперечливі результати й необхідно уточнити структуру психологічної залежності від куріння.

Для оцінки структури та мотивів залежності використовуються різні опитувальники. Нижче наведено один з них, розроблений Національним стратегічним центром куріння та здоров'я американського міста Даллас. Відповіді на ці питання допомагають людині замислитись над тим, що заважає кинути курити й проаналізувати причини куріння в кожній конкретній ситуації.

1. Курю, щоб зняти втому.

2. Маніпуляції із сигаретою при курінні для мене справжнє задоволення.

3. Куріння приємне, при цьому відчувається розслаблення.

4. Закурюю, коли злюся.

5.Якщо сигарет немає, я сам не свій, поки не дістану їх.

6. Курю автоматично, не замислюючись.

7. Курю тому, що це підбадьорює мене, дає впевненість у собі.

8. Певну долю задоволення від викуреної сигарети я отримую в момент прикурювання.

9. Куріння створює приємне відчуття.

10. Закурюю, коли відчуваю себе недобре або ж коли вибитий з колії.

11. Чітко усвідомлюю хвилини, коли не курю.

12. Закурюю нову сигарету, коли попередня ще тліє в попільничці.

13. Курю, щоб поліпшити настрій.

14. Приємно спостерігати за димком з моїх вуст і від сигарети.

15. Люблю закурювати, коли відчуваю задоволення й розкутість.

16. Обов'язково повинен закурити, коли пригнічений, сумний, коли хочеться позбавитись від неприємностей і турбот, убити час.

17. У хвилини, коли не курю, відчуваю голод по сигареті.

18. Хоча й усвідомлюю, що в роті в мене сигарета, але не пам'ятаю, коли я закурив.

Питання № 1, 7, 13 відображають причини, що заставляють курити.

Питання № 2, 8, 14 оцінюють маніпуляції з сигаретою.

Питання № 3, 9, 15 показують зв'язок куріння з позитивним емоційним станом, показники приємного розкріпачення.

Питання № 4, 10, 16 показують зниження внутрішнього напруження, спрямованість куріння на подолання негативних емоційних станів.

Питання № 5, 11, 17 виражають велике бажання закурити, психологічну залежність від сигарети.

Питання № 6, 12, 18 оцінюють звичку, так званий рефлекс куріння.

При спробах відмови від куріння може проявлятись синдром відміни нікотину. Найбільш частими його симптомами є тривога, розлади сну, дратівливість, нетерплячість, непосидючість, неможливість концентрації уваги, головний біль, потяг до куріння, голод.

Тому, говорячи про те, що кожен курець намагався самостійно кинути курити й робив це не один раз, підтверджує наявність нікотинової залежності в людини. Тривалість днів без сигарет у кожному випадку індивідуальна й залежить від безлічі факторів. Тут і зовнішній вплив, і ситуаційні обставини, і перепади настрою.

Проблема терапії нікотинізму до теперішнього часу не втратила своєї актуальності. Зізнаємося чесно, застосування поведінкової, замісної, умовно рефлекторної, медикаментозної, сугестивної терапії, призначення в'яжучих засобів, протинікотинових препаратів, що у великій кількості з'явились останнім часом, часто є малоефективними. При цьому дія багатьох

медикаментозних засобів є короткочасною, швидко слабшає або викликає небажані побічні ефекти.

До поведінкової терапії можна віднести досвід з вироблення установок і поведінкових форм на підтримку здорового способу життя (заняття фізкультурою і спортом, раціональне харчування, оптимальне чергування праці та відпочинку, виключення шкідливих звичок). Проведені в цьому напрямку дослідження показали, що боротьба з курінням більш ефективна в тих випадках, коли ведуться не «лобові атаки на тютюнопаління», а популяризується здоровий спосіб життя та активні форми відпочинку, тобто в тих випадках, коли припинення куріння стає життєво важливою потребою людини. Таку роботу рекомендується проводити в навчальних закладах, клініках, на телебаченні та радіо, у засобах масової інформації.

Існує цілий ряд «рецептів» поведінкової терапії. Бажаючим кинути куріння пропонується користуватись певними правилами: пропонується зменшувати споживання сигарет за певною схемою, збільшувати інтервал між викуреними сигаретами, почати курити сорт сигарет, який не подобається, у момент виникнення бажання закурити користуватись м'ятними цукерками, жувальною гумкою тощо.

В якості замісної терапії при нікотинізмі широко застосовуються спеціальні препарати й антиплікаційні плівки, що містять нікотин (гамібазин, нікотрол). При використанні цих методів лікування знижується потреба у звичній добовій кількості викурених сигарет, а у випадках одномоментного припинення куріння пом'якшуються симптоми, пов'язані з позбавленням нікотину. Курс замісної терапії тривалий (2-3 місяці), і в цілому проблему відвикання від куріння не вирішує. Крім того, проблематичним є застосування нікотиновмісної жувальної гумки при таких протипоказання як інфаркт міокарду, аритмії, кардіалгії, високий артеріальний тиск, гіперфункція щитовидної залози, інсуліно-залежні форми цукрового діабету, ниркові та печінкові захворювання. Не виключається також передозування нікотину на тлі тривалого тютюнопаління, а також побічні ефекти й

ускладнення, ризик яких збільшується при поєднанні з фармакотерапією (поява різких головних болів, запаморочення, нудота, блювання, пронос, слабкість).

З медикаментозних методів лікування нікотинізму найбільш часто використовується препарат лобесил, табекс, анабазин.

При купуванні абстинентних розладів рекомендується призначення загальнозміцнюючої терапії, вітамінотерапії, транквілізаторів, анальгетиків, серцевих препаратів. Використовуються також й інші препарати, які усувають нікотинове голодування та нікотинову абстиненцію.

В останні роки в лікуванні тютюнопаління стали використовувати рефлексотерапію та різні її модифікації. Це дає можливість нормалізувати функціональний стан симпато-адреналової системи.

Таким чином, в особливо складних або запущених випадках вирішити проблему нікотинової залежності можна тільки за допомогою фахівців (психологів, психотерапевтів, наркологів).

В інших випадках можна спробувати вирішити цю проблему самостійно. Автори монографії пропонують комплексну програму, яка здатна вивести підлітка з нікотинової залежності. Потрібно тільки чітко дотримуватись кожного її пункту.

Пункт перший. Шкідливі звички людини найчастіше обумовлені її емоційними станами. Тому тоді, коли ви починаєте нервувати, відчуваєте тривогу або перенапруження, не беріть сигарету, а постарайтесь заспокоїтись без неї. Якщо ви не знаєте як це зробити, порадьтеся з фахівцями.

Пункт другий. Навчитись викурювати якомога менше сигарет протягом дня. Якщо ви курите пачку в день, то призначте собі 19 сигарет на цей тиждень, на наступний – 18 і так далі. Якщо вийде викурювати менше – честь вам і хвала. Поступове й непомітне зниження викурених у день сигарет в кінці кінців приведе до дивовижного для вас результату – вам буде вистачати 2-3 сигарети в день, а там вже й не захочеться курити взагалі. Та ще будете похвалятись перед друзями своєю силою волі та наполегливістю.

Пункт третій. Щоранку зволікайте якомога довше момент закурювання першої сигарети.

Пункт четвертий. При виникненні бажання закурити спробуйте звернути увагу на щось інше. Не тягніть руку до пачки сигарет, не діставайте сигарету з неї, а займіть чимось руки, помахайте ними, поворушіть пальцями, зателефонуйте будь-кому, заведіть розмову з випадковим перехожим і т.д.

Пункт п'ятий. Якщо захотілось закурити, то куріть тільки після прийому їжі. Поставте перед собою мету: ніколи не курити на голодний шлунок. Це може стати першим кроком на шляху відмови від нікотинової залежності.

Пункт шостий. Спробуйте, якщо це буде виходити, влаштовувати перерви в курінні за типом «не курю до обіду», «не курю до завтра», «сьогодні субота, не курю до понеділка» і т.д.

Пункт сьомий. У людей, які хочуть кинути курити, виникає відчуття дискомфорту. Треба про це знати й знати також те, що в перебігу найближчого місяця цей дискомфорт мине. Зрештою, невже у вас зовсім немає волі?

Пункт восьмий. Пережити «синдром відміни» допоможуть прості, дешеві й доступні препарати, що вільно відпускаються в аптеках: валокардин, корвалол, новопасит, валеріана різні заспокійливі трав'яні збори. Крім цих препаратів можна кожні три-чотири години полоскати рот розчином харчової соди або відваром ромашки.

Так, відмовитись від сигарет і, тим самим уникнути нікотинової залежності дуже важко. І чим більше людина викурює сигарет в день, тим це важче зробити. Підліток часто не доходить у своєму прагненні отруювати нікотином свій організм до однієї-двох пачок в день. Його організм ще не так залежний від нікотину. Винятки є, про них у монографії говорилося, коли дитина вже народжується з нікотиновою залежністю, або має стаж куріння 12 років у свої неповні 17. Це дуже важкі випадки. Взагалі, зняти залежність у підлітка легше, ніж у дорослого курця.

3.5. Психопрофілактика та терапія наркотичної залежності й токсикоманії

Сьогодні відсутні будь-які фармакологічні засоби, що дозволяють сформувати в організмі негативну реакцію на наркотики чи інші психоактивні речовини (за виключенням алкоголю).

Окрім того, самі батьки частіш за все не можуть впоратися з наркотичною залежністю підлітка, що, як правило, найчастіше й відбувається.

Саме через це основними засобами для вироблення антинаркотичної установки є психотерапевтичні заходи. У монографії автори розкривають, що і як робить психотерапевт, лікар нарколог або психолог. Краще за все не ризикувати й відразу ж довіритись фахівцеві. У дев'яносто дев'яти випадках зі ста самостійна спроба вирішити проблему наркотизації підлітка приречена на провал!

Перед тим, як розкрити конкретні методики психотерапії, слід зупинитись на деяких особливостях даного контингенту. Розглянемо кілька ситуацій.

Ситуація, коли підліток знаходиться на стаціонарному лікуванні. Психотерапевтичний контакт з підлітком повинен бути встановлений з першого моменту роботи з ним. Бажано, щоб при цьому підліток відчув інформованість фахівця з питань, що стосуються як наркотизму, так і багатьох інтересів, захоплень, властивих підлітковому віку. Бажано, щоб фахівець під час бесіди не робив жодних записів і давав можливість бесіді розвиватись відносно вільно, лише зрідка, окремими зауваженнями, направляючи її в потрібне русло. Оскільки серед підлітків, що надходять на лікування з приводу наркоманії і токсикоманії, дуже великий відсоток осіб з делінквентною, а часом антисоціальною поведінкою, підлітку необхідно дати відчути, що фахівець добре поінформований про зміст статей кримінального кодексу, знайомий з найбільш поширеними типами конфліктів, що

виникають між підлітками та правоохоронними органами. Зазвичай довірчі відносини встановлюються тоді, коли фахівець виявляє обізнаність у символічному трактуванні виявлених у підлітка татуювань. Слід пам'ятати, якщо не використати першу бесіду, то втрата може стати непоправною, оскільки в подальшому поява потягу до наркотиків і тиск на підлітка з боку негативного лідера, а інколи й усієї групи створюють нездоланну перепону для створення бажаного психотерапевтичного контакту.

Особливістю психотерапевтичної роботи з хворими наркоманією, у порівнянні з хворими на алкоголізм, є відсутність проблеми нерозуміння. Як правило, підлітки досить добре уявляють власну проблему. Однак міняти образ життя, що склався, та відмовитись від хибної системи цінностей – це потужний контртерапевтичний чинник. Саме тому спеціаліст повинен зосередити свої зусилля на переорієнтації особистості наркозалежного підлітка й сформулювати йому принципово нові установки й цілі.

Суттєвою особливістю підліткового контингенту є вкрай жорсткий зв'язок з групою, максимальна залежність від ситуаційно-середовищних факторів. Слід пам'ятати, що підліток, який обрав шлях наркотизму, неминуче йде на конфлікт із законом, крім того, наркотизм надзвичайно розвинений у групах, що мають девіантну спрямованість. Як відомо, у таких спільнотах досить сильні неписані закони, притаманні лише цим групам правила поведінки, які часто є діаметрально протилежними загальноприйнятим моральним й етичним нормам. Усвідомлюючи це, під час бесід з підлітком спеціаліст не повинен ставити перед собою нездійсненні завдання. Досить установити таку форму стосунків, що дозволить у подальшому без явного опору з боку підлітка продовжувати терапевтичні заходи.

З існуючих методик психотерапії в даний час найбільш широко використовуються індивідуальна раціональна психотерапія та групова недирективна психотерапія. Допоміжне значення має аутогенне тренування, що може бути використане для усунення реакцій страху, невпевненості у

собі, напруженості, притаманних особам з астенічними рисами характеру або з акцентуацією характеру сенсетивного типу. У будь-якому випадку аутогенне тренування можна використати як додатковий вид терапії. Гіпносугестивна терапія й емоційно-стресова психотерапія при наркоманії в підлітків мають дуже обмежене застосування з двох причин. По-перше, зазначені методики втратили популярність серед пацієнтів, що породжує з їх боку надлишковий скептицизм, а інколи навіть явний негативізм. По-друге, на сучасному етапі головною тенденцією є перехід від директивних методів до роз'яснювальної терапії, що передбачає глибокий аналіз особистості підлітка, перегляд системи ціннісних стосунків, зростання соціально-психологічної адаптації.

Індивідуальна раціональна психотерапія. Відноситься до системи особистісно орієнтованої (реконструктивної) терапії. До її цілей та завдань входять: глибоке та всебічне вивчення особистості підлітка, особливостей емоційних реакцій, мотивів, форм поведінки; виявлення можливих причин і обставин наркотизації та соціальних механізмів формування наркоманії; досягнення усвідомлення підлітком безпосереднього причинного зв'язку між захворюванням та способом його життя, а також взаємозв'язку хвороби з мікросоціальними та міжособистісними стосунками; допомога підлітку у створенні адекватної програми соціальної реадаптації та виборі типу поведінки; змінення ставлення підлітка до оточення, зокрема, до батьків та вихователів.

Раціональне пояснення наркозалежному підлітку причин його хвороби та чинників, що ведуть до дезадаптації, інформація про можливі ускладнення та наслідки споживання психоактивних речовин не виключає, а, навпаки, передбачає формування значимих емоційних переживань, без яких раціональна психотерапія може перетворитись на суху, малоефективну дидактику. Для досягнення максимального емоційного співпереживання дуже важливим є те, щоб спеціаліст максимально індивідуалізував вплив на підлітка. Він не повинен бути шаблонним, оскільки після кожної бесіди

підлітки, які проходять лікування у стаціонарі, охоче діляться один з одним отриманою інформацією і, з властивим їх віку максималізмом, не вибачають одноманітності прийомів, вбачаючи в цьому фальш і некомпетентність. Під час бесід з підлітком необхідно апелювати до його почуття прив'язаності до близьких людей, відданості груповим формам поведінки, традиційних чоловічих чеснот (здатності тримати дане слово, заступницьке ставлення до слабших тощо). Іноді ефекту вдається досягти за допомогою конкретних прикладів, особливо якщо в них фігурують знайомі підлітку особи. Під час проведення раціональної психотерапії необхідно пам'ятати, що часто отримане покращення може бути короткочасним. Тому не можна покладатись на перші позитивні результати. Не можна зменшувати інтенсивність психотерапевтичного впливу, оскільки, у кінцевому рахунку, про ефективність терапії можна судити лише за тривалістю ремісії. Потрібно також зазначити, що тільки активна участь самого підлітка у процесі психотерапії, його переорієнтація з ролі пасивного слухача на позицію активного учасника терапевтичного процесу можуть забезпечити досягнення поставлених завдань.

У ході раціональної психотерапії необхідно детально роз'яснювати підлітку закономірності плину наркоманії, переконувати його на конкретних прикладах про неминучість фатальних проблем з обов'язковою соціальною дезадаптацією. У той же час слід уникати такої інформації, яку підліток може спростувати на підставі його власного досвіду. Якщо підліток викриє спеціаліста у нещирості або в недостатньому знанні клінічних особливостей наркоманії, то довіру до нього буде втрачено, психотерапевтичний контакт набуде формального характеру. Підлітку також слід пояснити, що у подальшому, по мірі зростання толерантності, він не зможе отримувати задоволення, як раніше, від введення психоактивних речовин, а всі його зусилля будуть спрямовані на ліквідацію абстинентних явищ.

Як правило, недостатньо лише згадати про згубні наслідки хронічної інтоксикації для особистісних і соціальних якостей підлітка. Підлітки

повинні знати, що користуючись загальним шприцом для введення наркотиків, вони можуть заразитися СНІДом, оскільки вірус СНІДу циркулює в крові хворих і носіїв і з нестерильною голкою легко заноситься під час ін'єкцій.

Особливо слід зупинитись на рецидивах наркоманії та токсикоманії. Підлітку необхідно пояснити, що існуючі в нього патологічний потяг до психоактивної речовини та психологічна залежність після проведення стаціонарного лікування перейдуть у латентний стан. У подальшому, під впливом різних причин, вони можуть актуалізуватись, що й зумовлює виникнення рецидиву. Слід підкреслити, що такі явища розвиваються на підсвідомому рівні, через що їх дуже важко контролювати. Звідси випливає необхідність підтримування амбулаторного лікування.

У ситуації знаходження підлітка як на стаціонарному лікуванні, так і при амбулаторному лікуванні.

Групова психотерапія. На сьогодні, за одностайним визнанням більшості фахівців, групова психотерапія є найбільш ефективним відновлювальним терапевтичним впливом. У вузькому смислі групова психотерапія припускає недирективну вербальну дискусійну взаємодію членів групи в присутності керівника. У групі відбувається певний комунікативний процес, у ході якого кожен учасник несвідомо виконує певну соціальну роль, чим і забезпечує повноцінну діяльність групи. У групі завжди тісно переплітаються і зіштовхуються різні, часом дуже сильні, впливи учасників один на одного. З урахуванням властивої підліткам реакції групування застосування цього виду психотерапії є нелегким завданням, що вимагає від фахівця встановлення максимально довірчих відносин з підлітками, великого досвіду та знання специфіки підліткового контингенту. Якщо неформальна група, що сформувалася, підпадає під вплив сильного лідера, який активно протидіє психотерапевтичній роботі, заняття ризикують перетворитись на абсолютно формальний процес, який компрометує весь терапевтичний комплекс. У такій ситуації необхідна додаткова робота з

лідером або його дискредитація. На крайній випадок, група може бути розформована, а через деякий час її членів потрібно буде згрупувати за новим принципом.

Існує два типи групування підлітків-наркоманів. Відкрита група допускає появу нових учасників після того, як інші провели кілька занять. Закрита група формується один раз і протягом усього лікування її склад не змінюється, за винятком тих ситуацій, коли потрібно виключити когось з учасників. Число членів закритої групи – 8-12. Група має певну більш-менш типову соціальну структуру. Як правило, в ній виділяється лідер, навколо якого утворюється «ядро» групи з досить активних, але менш ініціативних підлітків. Найчастіше лідеру протистоїть один з підлітків («опозиція»), який також може мати своїх прихильників. Деякі підлітки займають нейтральну позицію, залишаючись індиферентними спостерігачами, готовими при нагоді примкнути до тієї чи іншої частини групи. З точки зору психотерапевта найменш «зручними» у групі є пасивні учасники: якщо їх число становитиме більше половини, то група навряд чи зможе продуктивно працювати. Як було сказано вище, якщо лідер займає різко негативну позицію по відношенню до терапевтичного процесу, він має бути підданий дискредитації в очах інших учасників або якимось чином виведений з групи.

Велике психотерапевтичне значення має сам фактор спілкування наркозалежних підлітків у групі, можливість відкрито обговорювати «заборонені» теми. Таке спілкування позбавляє підлітка усвідомлення своєї унікальності, винятковості, а разом із тим і від самотності. Крім того, у підлітків, як правило, вироблено огульне негативне ставлення до всього, що говорять дорослі, особливо якщо це відбувається в офіційній, «казенній» обстановці. Й навпаки, інформація, що отримується від однолітків, сприймається як достовірна й емоційно значуща. У підлітків недостатньо сформоване індивідуальне «я», їх діяльність та переконання направляються найчастіше колективним «ми». Робота в психотерапевтичній групі має на меті сформувати в колективного «ми» здорову систему цінностей та, в

кінцевому підсумку, установку на відмову від прийому наркотиків.

Заняття груповою психотерапією проводяться щоденно, у крайньому випадку, через день. Тривалість одного заняття повинна тривати півтори – дві години. Усього слід провести двадцять – двадцять п'ять занять з таким розрахунком, щоб закінчення всього циклу збігалося з терміном виписки з лікарні, якщо підліток проходить стаціонарне лікування.

Заняття проводять в окремих приміщеннях, найкраще у спеціально обладнаному для цієї мети кабінеті. Перші два-три заняття присвячуються знайомству членів групи між собою, а також детальним роз'ясненням цілей і завдань такої роботи. У міру налагодження ефективного психотерапевтичного контакту спеціаліста з групою та членів групи між собою ініціатива повинна переходити до учасників дискусій. Останні можуть бути спланованими і спонтанними. У тому й іншому випадку фахівець повинен прагнути, щоб тематика дискусій відповідала завданням терапевтичного процесу.

Після знайомства учасників між собою рекомендується обговорити чиюсь біографію. Обговорення проводять анонімно, так, щоб учасники безпосередньо не могли знати, про кого йде мова («принцип дзеркала»). Обговорення біографій і дискусії з цього приводу можуть проводитись протягом декількох занять. На цьому етапі, коли налагоджено продуктивний психотерапевтичний контакт, можна переходити до тематичних дискусій, присвячених причинам наркоманії, можливим її наслідкам, взаємовідносинам у сім'ї та суспільстві тощо. Під час проблемних дискусій відбувається реорганізація процесів структурування інформації і, в кінцевому підсумку, особистісна переорієнтація.

Поставлені завдання висувають ряд вимог до форми і стилю поведінки психотерапевта. Висловлювання психотерапевта повинні будуватись так, щоб в учасників дискусії не виникало враження, ніби він вважає свою думку єдино вірною й за ним зберігається остаточне право на оціночні судження. Інакше сам дух незалежної дискусії буде втрачено, а разом із ним – і надія на

ефективність проведеного заходу. Поведінка фахівця має бути максимально природною, не допускається фальш, тим більше явна упередженість в оцінці конкретних явищ, ознак, характеристик особистості. При необхідності фахівець повинен вчасно перебудувати свою поведінку, визнавши, що і йому властиві помилки. У ході занять фахівець також зобов'язаний продемонструвати свою здатність до емпатії, тобто вміння співчувати та співпереживати. Основною тактичною зброєю фахівця повинна стати вербалізація інформації, отриманої при груповій взаємодії. Особи, хворі на наркоманію, тим більше підлітки, як правило, мають не дуже високий інтелект, причому найчастіше страждає його вербальний компонент. Тому перетворення несистематизованих, нечітких переживань і вражень у чіткі, вербально структуровані формули нерідко принципово змінюють ставлення до них. У процесі проведення дискусій спеціаліст заохочує такі варіанти вербальної поведінки підлітка:

- саморозкриття, тобто висловлювання підлітка про себе, про конкретні індивідуальні проблеми, про властиві лише йому інтерперсональні взаємовідношення;
- індукований позитивний афект. Прояви позитивних емоцій, що виникають у групі або у фахівця, може призвести до того, що вони «передадуться» іншим членам групи. Те ж може бути віднесено на рахунок деяких раціональних формулювань;
- моделі поведінки. Спеціаліст або обраний ним член групи сприймається як модель поведінки, служить своєрідним еталоном для побудови визначеної форми поведінкової реакції.

Для дискусій можуть бути використані наступні теми: «Я і моя хвороба», «Я і моє лікування», «Мої стосунки з батьками», «Мої стосунки з викладачами», «Чому людина стає наркоманом», «Алкоголь і наркотики», «Кримінальна відповідальність за поширення наркотиків», «Що буде зі мною через 10 років », «Я і мої друзі».

Крім дискусій проводять рисункові проби, а також програють рольові

ситуації. Метою рисункових проб є переклад складних соціальних понять на мову конкретних образів і форм, доступних зображенню. Учасникам треба пояснити, що якість виконання малюнка не має ніякого значення, важливо те, яка буде закладена ідея, як графічно вони спробують відобразити запропоновані їм теми. Тематика малюнків приблизно така ж, як і проведених дискусій, наприклад: «Моя хвороба», «Як мене лікують» і т.п.

На другому етапі групової психотерапії, коли від аналізу причин хвороби й ситуації, що склалася, група переходить до активного моделювання майбутньої поведінки, доречно проводити розігрування рольових ситуацій. Кількість учасників гри може бути меншою, ніж число членів групи. Найлегше організувати гру з двома-трьома учасниками. Решта підлітків виступають у ролі глядачів, які співчувають учасникам. Згодом їм пропонують висловлювати свою думку про поведінку «акторів». Розігруються такі ситуації, як «Зустріч з товаришем після виписки», «На прийомі у нарколога», «Співбесіда з викладачем», «Розмова з молодшим братом» і т.п. У тих випадках, коли вдається подолати скутість учасників, емоційне блокування, виявляється абсолютно несподіваний обсяг інформації про наркозалежних підлітків, відкрито проявляються їх щирі емоційні реакції, плани на майбутнє, ставлення до лікування. На підставі їх оцінки фахівець разом з іншими учасниками може спробувати скласти прогноз для кожного члена групи й обговорити його разом з іншими учасниками.

Практика показує, що сьогодні спосіб групової психотерапії є, мабуть, єдиним ефективним засобом вироблення антинаркотичних установок у підлітків. При цьому успіх значною мірою залежить від організації процесу й особистості фахівця, який окрім належної професійної підготовки повинен володіти гнучкістю мислення, бути здатним до нестандартних рішень, володіти умінням забезпечити емпатійний контакт.

У ситуації амбулаторного лікування. Амбулаторне лікування починається після виписки підлітка зі стаціонару. Протягом першого тижня він зобов'язаний з'явитись до підліткового нарколога за місцем проживання,

де його ознайомлять з розкладом, згідно з яким будуть проводитись подальші реабілітаційні та протирецидивні підтримуючі заходи. Амбулаторне лікування триває до моменту зняття підлітка з диспансерного обліку.

На першому році амбулаторного лікування в диспансері підлітки повинні відвідувати кабінет нарколога не менше одного разу на місяць. Бажано, щоб при цьому фахівець мав можливість провести біохімічне дослідження крові, сечі, слини з метою виявлення в них наркотичних речовин та їх метаболітів. Переконаність підлітка в тому, що вживання ним наркотиків може бути об'єктивно встановлено, підвищує авторитет спеціаліста та амбулаторної служби в цілому. Систематично слід зустрічатись з батьками підлітка, підтримувати контакт з вихователями того навчального закладу, де він навчається.

На цьому етапі необхідно проводити корекцію психоемоційних порушень. З цією метою можна продовжувати використовувати тимолептики та деякі антидепресанти. При опійній і барбітуратовій наркоманії успішно використовують препарати, що впливають на парасимпатичну та симпатичну частини вегетативної нервової системи, ноотропні препарати, біостимулятори. При необхідності допустимо курсове призначення психостимуляторів рослинного походження, таких як екстракт елеутерококу, сапарал, настоянка лимонника і т.п.

Надзвичайно важливим є оздоровлення мікросередовища, в якому знаходиться підліток. Досвід показує, що найбільш повноцінні ремісії розвиваються тоді, коли підлітка вдається ізолювати від колишнього оточення, обмежити його контакти з колишніми співучасниками наркотизації.

У період амбулаторного лікування систематично проводять індивідуальну раціональну та сімейну психотерапію. Деякі бесіди фахівець проводить з батьками у присутності самого підлітка, інші – без його участі. Під час таких зустрічей необхідно орієнтувати близьких на те, щоб вони не проявляли надмірно високих вимог до підлітка. Неприпустимі дріб'язкова

прискіпливість, безпідставні підозри, відкриті обшуки і взагалі все, що так чи інакше принижує гідність підлітка. Подібного роду інциденти можуть спровокувати повернення до старої компанії та до поновлення прийому психоактивних речовин. Батьки та близькі також мають бути проінформованими про те, що в разі появи помітного потягу до наркотиків або поновлення прийому підлітка слід знову помістити в стаціонар на протирецидивне лікування. Якщо рецидиви відсутні, слід проводити кожні три місяці амбулаторні короткі курси підтримуючої терапії тривалістю три-чотири тижні.

З другого року ремісії лікарські огляди можна скоротити до одного разу на два місяці. Кожен випадок несвоєчасного відвідування, тим більше неявки до фахівця, повинен розглядатись як порушення режиму підтримуючої терапії і як привід для прийняття відповідних заходів фахівцем. Підлітку на домашню адресу висилають письмове повідомлення, до нього можна направити медпрацівника або ж привід здійснює інспектор у справах неповнолітніх. На третьому, четвертому та п'ятому роках амбулаторного лікування число лікарських оглядів скорочують відповідно до 1 разу на три, чотири та шість місяців.

Інші способи зняття у підлітків наркотичної залежності. Безперечно, медико-біологічна концепція наркоманії виявлялася досить продуктивною й протягом багатьох десятиліть дозволяла проводити глибокі дослідження патогенезу та розробляти підходи до лікування наркоманій і токсикоманії. Проте з часом ставало все більш очевидним, що в рамки біологічної структури не вкладається значне число проблем, пов'язаних з такими фундаментальними, виключно людськими категоріями, як мораль, етика, духовність. Поза цими поняттями важко розгледіти шкоду, завдану суспільству наркотиками, бо в першу чергу при наркотизмі страждають зазначені якості особистості. З іншого боку, багато лікарів і психологів вважають, що основним завданням реабілітаційного комплексу є відновлення або актуалізація морально-етичних норм у кожного індивіда, який опинився

під наглядом наркологічної служби. З цих позицій слід визнати, що медико-біологічна концепція не задовольняє практичним вимогам у силу своєї інтрапереональної орієнтації. При цьому підході всі зусилля терапевта концентруються на оздоровленні індивіда, корекції тільки його особистісних характеристик.

В останні десятиліття успішно розробляється комплекс терапевтичних та реабілітаційних підходів, які в принципі будуються на іншій моделі розуміння наркологічної патології. Це модель, яка розглядає дану патологію як результат порушення взаємодії індивіда з навколишнім соціальним середовищем. Саме вплив середовища й дозволяє виправити мотиваційну структуру особистості, створити іншу орієнтацію, оцінити систему цінностей. Дана концепція не цілком розроблена з теоретичної точки зору, але проте вона базується на великому емпіричному матеріалі, що дозволяє краще зрозуміти проблему наркоманії «зсередини», з урахуванням, у першу чергу, соціально-особистісного фактора. Основна перевага такого підходу – це перетворення пацієнта з пасивного співучасника терапевтичного процесу в активного виконавця лікувально-реабілітаційної програми. Подібна модель може бути позначена як соціально-психологічна.

Прикладом такого підходу до терапії та реабілітації осіб, які страждають наркологічними захворюваннями, може служити Товариство анонімних алкоголіків (ТАА). Воно виникло певною мірою стихійно в США в 1935 році й існує до теперішнього часу. Такі суспільства з'явились потім у багатьох країнах, число їх членів також постійно збільшується. За образом і подобою ТАА у подальшому виникли психотерапевтичні співтовариства для родичів хворих на алкоголізм, для підлітків, які живуть у сім'ях алкоголіків, і Товариство анонімних наркоманів (ТАН). У діяльності подібних товариств у терапевтичному та реабілітаційному процесах фахівець не бере безпосередньої участі. Усю основну роботу виконують самі пацієнти. Роль фахівця зводиться до організації роботи товариства та надання консультативної допомоги. Таким чином, відразу ж зникає звична форма

відносин у системі «лікар – хворий», де лікар неминуче займає авторитарну, «батьківську» позицію, а пацієнту неминуче дістається підлегле становище, яке в ряді випадків викликає настільки сильну опозиційну реакцію, що робить неможливим проведення лікування.

Члени ТАН керуються виключно прагматичними установками, спрямованими на вирішення єдиного завдання: як утримуватись від вживання наркотиків. Жодні інші цілі не декларуються й у всіх інших відносинах члени суспільства володіють абсолютною свободою вибору. Анонімність учасників передбачає відсутність будь-яких форм реєстрації, обліку, контролю відвідуваності і т.д. Вже одне це сприяє виникненню відносин довіри й доброзичливості. Форма психотерапевтичної роботи – проведення дискусій на різні теми, пов'язані, так чи інакше, з прийомом наркотиків, а також обговорення індивідуальних психологічних проблем. Частково це нагадує групову психотерапію, але тільки зовні, тому що, по суті, тут відсутній головний учасник – лікар. У ТАН усі члени рівні, тільки секретар, який проводить збори, проявляє більшу, ніж інші, активність, причому обмежуючись винятково процедурними питаннями. Головною дійовою особою групи ТАН є символічна Вища Сила, до якої апелюють учасники зустрічі і яку кожен з них розуміє по-своєму. Це може бути колективний розум або дух групи, це може бути Космос, Природа чи інше ірраціональне поняття. Для простоти Вищу Силу позначають словом Бог, хоча релігійна переконаність зовсім не є обов'язковою умовою участі в зборах груп ТАН. Психологічна та духовна переорієнтація за задумом повинна відбуватись поступово, а для цього необхідно спиратись на якусь програму. За основу береться «12 кроків» – принципи, що є по суті «алгоритмом психокорекції особистості». Уся програма розрахована на декілька років.

Суть першого кроку у визнанні власної безпорадності перед наркотиком. Аналізуючи власний досвід і спираючись на досвід попередників, кожен учасник визнає безглуздою боротьбу з наркотиком,

розписуючись у своїй поразці й відмовляється від подальших спроб розпоряджатись собою в тому, що стосується прийому наркотиків. Таким чином, він не тішить себе ілюзіями, ніби зможе неконтрольовано приймати психоактивні речовини, а вирішується щоразу уникати контакту з явно сильнішим ворогом. Перший крок формулюється так: «*Ми визнали, що ми безсилі в боротьбі проти наркотиків і що наше життя стало некерованим*».

Другий крок містить у собі визнання можливості отримання дієвої допомоги. Учасники товариства, аналізуючи конкретні ситуації з власного життя, приходять до переконання, що здоров'я може бути відновлено, що можна подолати потяг до наркотику. Однак цього не можна досягти власними силами. Суть другого кроку досить наочно виражається в афоризмі анонімних наркоманів: «*Тільки ти, ти один можеш це зробити, але ти не можеш цього зробити один*». Визнання можливості знайти допомогу й одночасно пошук її зовні, у соціальному середовищі виражається формулою: «Ми прийшли до переконання, що Сила, більш могутня, ніж наша власна, може повернути нам душевне здоров'я».

Третій крок представляється логічним наслідком перших двох. Кожен новий, який визнав власне безсилля, який усвідомив потребу в допомозі, образно кажучи, віддає себе якійсь добрій і могутній силі, вірячи, що вона розпорядиться ними краще, ніж вони самі. У ТАН не прийнято дискутувати про філософську або гносеологічну сутності згаданої сили. Це питання спеціально оговорене в преамбулі товариства. У ній сказано, що ТАН не пов'язане з жодною сектою, віросповіданням, політичним напрямом, організацією або установою; воно не вступає в полеміку з яких би то не було питань, не підтримує й не виступає проти чиїх би то не було інтересів. Зробивши третій крок, члени товариства обирають для себе новий духовний орієнтир, який виражається за допомогою ірраціонального поняття «Бог». Формула третього кроку: «*Ми вирішили віддати волю свою і життя під опіку Бога, причому кожен сприймає поняття про Бога по своєму*». Відповідно до концепції К. Юнга ідеальні цінності являють собою архетипи,

категорії колективного несвідомого, які існують як проекція глибинних комплексів «Я» на навколишній світ. Таким чином, у системі поглядів членів ТАН поняття «Бог» з релігійного трансформується у соціопсихологічне і стає важливим фактором психотерапевтичного процесу.

Наступні кроки (від четвертого до десятого) представляють поетапний процес духовного самоочищення, в якому на перший план виходить визнання своїх недоліків, щирий, сповідальний виклад своїх аморальних вчинків і послідовна діяльність з виправлення зроблених помилок. Під час цієї тривалої та кропіткої роботи, яка поєднує психічну активність і невербальну діяльність, відбувається, по суті, формування нового способу життя для осіб, які страждають від наркотизму або наркоманії. Важливо те, що в ході групових зустрічей кожен поступово переконується сам, без тиску ззовні, в ефективності запропонованої програми, в її здатності впливати на психічний стан, а отже, в імовірності обраного шляху. У процесі спільної роботи неприйнятним вважається дидактичний тон, виключаються будь-які звинувачення одного члена групи на адресу іншого. Кожен повинен викладати лише власний погляд, не претендуючи на його безумовну значущість. Прийнято, що члени товариства діляться особистісним досвідом, власними думками, уникаючи екстраполяції індивідуальних оцінок на загальні категорії. У спілкуванні один з одним пацієнти керуються певними принципами, які стисло викладені в дванадцяти традиціях членів ТАН. У них йдеться про незалежність груп, їхню принципову самостійність в усіх питаннях, основні цілі діяльності та способи їх досягнення. Окремо підкреслюється, що відносини ТАН із суспільством будуються не на агітації, а на роз'ясненні й що анонімність є духовною основою всіх традицій. Це служить постійним нагадуванням про пріоритет групових інтересів над інтересами окремої особистості. Деяка недемократичність останнього положення компенсується абсолютною добровільністю участі.

Формула <u>четвертого кроку</u>: «*Ми провели глибоке та сміливе вивчення своєї поведінки*». Учасники на практиці засвоюють непросту техніку

самоаналізу й вчаться знаходити істинні мотиви своїх вчинків, які, як відомо, дуже часто не відповідають декларованим.

<u>П'ятий крок</u>: «*Ми зізналися перед Богом, собою й хоча б однією іншою людиною у суті своїх помилок*». Завдяки цьому етапу терапії виникає феномен, подібний вербалізації переживань у психотерапевтичній групі. Розповідаючи про власні, приховані від інших, переживання члени групи значну частину підсвідомого матеріалу переводять в усвідомлення, чим досягається стабілізація емоційного стану й, інколи, катарсичний ефект. Суть даного ефекту полягає в позбавленні від напруги й занепокоєння в результаті процесу доведення до свідомості пригнічених ідей, почуттів, бажань і образів пам'яті.

<u>Шостий крок</u>: «*Ми були повністю готові до того, щоб Бог позбавив нас від усіх цих негативних рис характеру*». Члени товариства не розраховують переродитися тільки завдяки бажанню, але як би демонструють свою готовність до діалогу із «Понад Я». Логічним продовженням є <u>сьомий крок</u>: «*Ми смиренно попросили Його виправити цим наші недоліки*». На практиці це означає, що, орієнтуючись на власні актуалізовані морально-етичні комплекси й уважно прислухаючись до висловлювань й емоційних реакцій інших членів групи, кожен індивід може зробити корекцію власних особистісних дефектів, які обумовлені соціально-психологічною природою та вихованням.

<u>Восьмий і дев'ятий кроки</u> передбачають конкретні дії. Вони формулюються таким чином: «*Ми склали список усіх осіб, яким ми заподіяли зло і приготувались відшкодувати їм усім заподіяний нами збиток*», «*Ми особисто відшкодували шкоду всім цим особам, де тільки можливо, крім тих випадків, коли відшкодування принесло б їм чи іншим людям шкоду*». Часто здійснення цих кроків не виходить за рамки символічних дій, але надзвичайно важливою є реалізація на рівні свідомості таких фундаментальних екзистенціальних понять, як совість, добро, справедливість і т.п.

Принциповим положенням програми ТАН є визнання факту невиліковності наркоманії, у тому сенсі, що в будь-який момент можливий розвиток рецидиву. Звідси випливає необхідність постійно підтримувати себе в певному «тонусі», не дозволяючи припинення терапевтичного процесу.

Десятий крок: «*Ми продовжували критично спостерігати за своєю поведінкою, і коли помилялися, то смиренно визнавали це*». На цьому, вже відносно віддаленому етапі терапії, так само як на її початку, учасники апелюють до ірраціонального початку, який, по суті, представляє наївну персоніфікацію системи соціальних зв'язків, проекцію відносин у системі «Я – Навколишній Світ». Одинадцятий крок: «*Ми намагалися шляхом молитви і розмірковування поліпшити наш свідомий контакт з Богом, як ми його розуміємо, молячись лише про розуміння Його волі і просячи силу для виконання її*». Згадка молитви, так само як і поняття «Бог», не зв'язується з конкретною релігійною системою. Сама молитва виглядає гранично просто: «*Боже, дай мені розум і душевний спокій прийняти те, що я не в силах змінити, мужність змінити те, що можу, і мудрість відрізнити одне від іншого*».

Найважливішим кроком у програмі є дванадцятий крок. У ньому закладена потенція суспільства до саморозвитку й до зміцнення соціальних зв'язків. «*Після духовного пробудження, у результаті виконання цих кроків, ми намагались ділитись цим досвідом з іншими наркоманами і застосовувати ці принципи у всіх наших справах*». Завдяки такій позиції кожен член ТАН із часом стає своєрідною «точкою кристалізації», біля якої з'являється один або декілька нових учасників. До речі, найбільших успіхів у профілактичній роботі досягають особи, що страждали на наркоманію або наркотизм і припинили прийом психоактивних речовин.

За оцінками багатьох фахівців така терапія є в кілька разів ефективнішою, ніж будь-який з відомих сьогодні біологічних і індивідуально-психотерапевтичних способів лікування. При цьому не потрібно якихось спеціальних видатків на обладнання, персонал або

медикаменти. У нашій країні тільки починають створюватись групи анонімних алкоголіків, їх кількість ще обчислюється одиницями. Мабуть, створення груп анонімних наркоманів – це проблема найближчого майбутнього. Ми вважаємо, що нам не слід ігнорувати багатий досвід, накопичений зарубіжними, у першу чергу, американськими колегами, які мають позитивні результати в нетрадиційних підходах до лікування наркоманів.

Так яким же чином можна проводити профілактику наркоманії та наркотизму, особливо в середовищі підлітків?

Проведення профілактичних заходів щодо попередження розвитку наркотизму та наркоманій не може бути забезпечене зусиллями тільки медичної служби. Необхідна спільна діяльність лікарів, педагогів, психологів, правоохоронних органів, широкої громадськості. Слід визнати, що до теперішнього часу не вироблено єдиної стратегії з даної проблеми. Для прикладу можна порівняти існуючі точки зору на антинаркоманійну пропаганду. Так 93% викладачів середніх шкіл вважають медичну пропаганду в школі основним засобом профілактики наркоманії. Інші стверджують, що ця пропаганда породжує у підлітків нездоровий інтерес до наркотиків і, якщо не сприяє зростанню наркотизму, то, у всякому разі, неефективна.

Деякі фахівці вважають, що всі згубні наслідки вживання наркотиків обумовлені їхньою забороною, і пропонують легалізувати продаж очищених і дозованих опіатів, амфетаміну, препаратів канабісу, що зменшить смертність від передозувань, знизить патологічні реакції, полегшить контроль за поширенням наркотиків і разом із тим не призведе до збільшення числа осіб, що вживають наркотики.

Виділяють первинну, вторинну й третинну профілактику. Завдання первинної профілактики – попередження вживання наркотиків. Вона здійснюється по чотирьом кардинальним напрямкам і передбачає: по-перше, широку виховну роботу серед підлітків, по-друге – санітарно-гігієнічне

виховання населення, по-третє – суспільні заходи боротьби з поширенням наркотиків та їх вживанням, по-четверте – адміністративно-законодавчі заходи.

Вторинна профілактика включає раннє виявлення й активне лікування осіб, що вживають психоактивні речовини. До цієї ж групи відносять заходи щодо запобігання рецидивів, підтримуючу терапію.

Задача третинної профілактики – соціально-трудова та медична реабілітація хворих на наркоманію.

У рамках первинної профілактики важливе значення має припинення розповсюдження наркотичних речовин і сировини, з якої вони можуть бути виготовлені, контроль за поширенням психоактивних речовин медичного призначення. До цієї ж групи належать усі заходи, спрямовані на психосоціальне оздоровлення популяції в цілому, оскільки відомо, що частота наркотизму тим вища, чим більше проявів соціальної дезадаптації та деградації в сім'ї та мікрогрупах, де виховуються підлітки. За нашими даними, близько 75% підлітків, що надходять на обстеження та лікування у зв'язку з наркотизмом і наркоманією, виховуються в неблагополучних сім'ях. З іншого боку, раннє прилучення до наркотиків й інших психоактивних речовин веде до того, що підлітки виявляють схильність до делінквентної поведінки й легко стають на шлях злочинів. Вживання підлітками наркотиків неминуче деформує процес соціалізації, перешкоджає формуванню моральних цінностей, етичних критеріїв, що служить основою для становлення патологічного, з соціальної точки зору, способу життя. У середовищі підлітків-наркоманів поширені такі правопорушення як зберігання та розповсюдження наркотиків, крадіжки, грабежі, хуліганство. Ряд злочинів відбувається у стані наркотичного сп'яніння.

Фактором, що схиляє підлітка до наркотизму та швидкого становлення наркоманії, є певні патохарактерологічні особливості особистості. Схильність до вживання психоактивних речовин найбільш легко формується в підлітків з акцентуаціями характеру з нестійкими, істероїдними й

епілептоїдними типами. Висока ймовірність розвитку наркоманії в осіб, схильних до різних відхилень від психічної та соціальної норм, недостатньо орієнтованих на досягнення успіху шляхом наполегливої праці, опозиційно налаштованих по відношенню до основних соціальних вимог, схильних до депресій.

Профілактика наркоманії та наркотизму передбачає активне виявлення середовищ наркотизації. Підлітки найчастіше споживають наркотики в групі. Тому фахівець, який виявив, тим чи іншим шляхом, випадок наркотизму, а тим паче наркоманії, зобов'язаний спробувати обстежити те мікросередовище, в якому знаходиться в даний час даний підліток. Слід пам'ятати, що серед підлітків надзвичайно сильні уявлення про групову солідарність, тому не доводиться розраховувати на отримання інформації від нього самого. Тут повинен бути використаний метод фронтального обстеження найближчого оточення виявленого споживача наркотиків (клас, навчальна група, однолітки-сусіди).

Велике значення для профілактики наркотизму й наркоманії має санітарно-просвітня робота серед дітей і підлітків. Однак до сьогоднішнього дня на цей рахунок немає єдиної позиції. В окремих роботах висловлюється думка про те, що медична пропаганда в школі повинна проводитись протягом усього часу навчання. Багато викладачів вважають за доцільне включити в навчальну програму курс з профілактики наркоманії. Представники наркологічної служби повинні проводити семінари та лекції з антинаркоманійної тематики серед викладачів середніх шкіл. Вони навчають педагогів найпростішим прийомам виявлення різноманітних видів сп'яніння, формують відповідну настороженість, розповідають про тяжкі соціальні та медичні наслідки наркотизму. Цю пропаганду треба вести вміло, диференційовано, без формалізму, вона ні в якому разі не повинна стимулювати нездоровий інтерес підлітків до обговорюваного предмету.

У тих випадках, коли фахівці проводять бесіди безпосередньо в підлітковій аудиторії, необхідно пам'ятати, що підлітки є досить складною

аудиторією, як правило, вони не прощають фальші, дилетантського підходу, при цьому підлітки прагнуть викрити лектора в непрофесіоналізмі й, одного разу зробивши це, надалі втрачають довіру до будь-якої інформації, що він пропонує. Особливо важко працювати з тими групами підлітків, які в тій чи іншій мірі знайомі з дією наркотиків. Ми вважаємо, що профілактика наркотизму найбільш ефективна серед школярів молодших класів, оскільки у них відсутній власний досвід наркотизму й слабо виражена реакція опозиції.

Під час бесід і лекцій доцільно використовувати конкретні приклади, що свідчать про важкі наслідки вживання наркотиків. Переконливо виглядають повідомлення про важкі отруєння, смертельні випадки від передозувань наркотиків і т.п. Необхідно акцентувати увагу слухачів на згубному впливі наркотиків на фізичний розвиток, інтелект, потомство. Практика показує, що повідомлення про патологічний вплив наркотиків на моральну сферу людини й розвиток десоціалізації не викликають глибокого емоційного резонансу в підліткової аудиторії.

До важливих профілактичних заходів можна віднести створення динамічної та чіткої системи взаємодії підліткової наркологічної служби, відповідних підрозділів МВС та комісій у справах неповнолітніх. Працівники міліції повинні максимально сприяти залученню підлітків до обстеження та лікування. У тих випадках, коли вдається здійснити всі медичні заходи в повному обсязі, участь правоохоронних органів може бути зведена до мінімуму. Якщо ж підліток під різними приводами ухиляється від відвідування наркологічного диспансеру, під час лікування порушує режим, є лідером у групі наркоманів, абсолютно не піддається психотерапевтичному впливу, то стосовно таких підлітків потрібно вживати заходи адміністративного впливу.

Слід відверто визнати, що в даний момент наркологія, медична психологія, соціологія не мають достатніх знань, що дозволяють виробити раціональну й ефективну систему профілактики підліткового наркотизму та наркоманій. Ще й досі не вивчені біохімічні механізми формування

залежності від наркотиків. Дана проблема вимагає глибокого та всебічного вивчення, після чого стане можливим вироблення науково обгрунтованої стратегії профілактики наркоманії.

Для того, щоб батькам було легше виявити факт вживання підлітком наркотичних чи токсилогічних речовин, автори пропонують анкету, відповівши на питання якої, батькам багато що стане зрозумілим, стосовно таких дітей.

Анкета для раннього виявлення батьками наркотичної залежності в підлітка

Питання	Бали
Чи виявили Ви в дитини:	
1. Зниження успішності в школі протягом останнього року.	50
2. Нездатність розповісти Вам про те, як протікає громадське життя в школі.	50
3. Втрату інтересу до спортивних та інших позакласних заходів.	50
4. Часту, непередбачувану зміну настрою.	50
5. Часті синці, порізи, причину появи яких вона не може пояснити.	50
6. Часті простудні захворювання.	50
7. Втрату апетиту, схуднення.	50
8. Часті прохання грошей у Вас або родичів.	50
9. Зниження настрою, негативізм, критичне ставлення до звичайних речей і подій.	50
10. Самоізоляція, відхід від участі в сімейному житті.	50
11. Скритність, самітність, задумливість, тривале прослуховування магнітофонних записів.	50
12. Позиція самозахисту в розмові про особливості поведінки.	50
13. Гнівливість, агресивність, запальність.	50
14. Наростання байдужості до навколишнього, втрата ентузіазму.	100
15. Різке зниження успішності.	100
16. Татуювання, сліди опіків сигаретою, порізи на передпліччях.	100
17. Безсоння, підвищена стомлюваність, що змінюється на незрозумілу енергію.	100
18. Порушення пам'яті, нездатність мислити логічно.	100
19. Відмова від ранкового туалету, незацікавленість у зміні одягу та	100

т.п.	
20. Зростаюча брехливість.	100
21. Надмірно розширені або звужені зіниці.	200
22. Значні суми грошей без відомого джерела доходу.	300
23. Частий запах спиртного, поява запаху гашишу чи ацетону від одягу.	300
24. Втрата пам'яті на події, що відбувалися в період сп'яніння.	300
25. Наявність шприца, голок, флаконів, закопченого посуду, марганцю, оцтової кислоти, ацетону, розчинників.	300
26. Наявність невідомих таблеток, порошків, соломи, трави тощо, особливо якщо їх приховують.	300
27. Стан сп'яніння без запаху спиртного.	300
28. Почервоніння очних яблук, коричневий наліт на язиці, сліди від уколів.	300

Що ж до балів, то чим більше їх набирається, тим виразніше факт вживання підлітком наркотичних речовин.

Прочитавши цей розділ книги, читач напевно здивується, відзначивши про себе, а де ж матеріал, що стосуються токсикоманії? Автори монографії у відповідь можуть сказати наступне: все що стосується лікування та профілактики наркоманії та наркотизації підлітків, повною мірою відноситься і до токсикоманії. Повторюватись немає сенсу.

3.6. Психопрофілактика і терапія алкогольної залежності

На шляху позбавлення підлітка від алкогольної залежності лежить дуже багато перешкод і труднощів. Пов'язані вони, насамперед, із самим характером розвитку залежності, його оцінкою як хвороби, що вимагає лікування. Найчастіше вона розвивається непомітно, поволі, так що ні рідні, ні товариші, ні тим більше сам підліток не помічають, що насувається лихо. У подальшому, коли через алкогольну залежність уже починаються постійні конфлікти в сім'ї, прогули занять у школі, коли втрачається контроль над кількістю споживаного спиртного й з'являється потреба в похміллі, родичі, схаменувшись, оцінюють нарешті всю тяжкість захворювання, а сам підліток

через зниження власної критичної оцінки та зміни особистості так і не може цього зрозуміти й тому рідко звертається за медичною або психологічною допомогою.

Однією з головних умов ефективності зняття алкогольної залежності є активне прагнення підлітка до одужання, а цього-то якраз найчастіше й не буває. Звичайно, підліток розуміє, що вживаючи спиртне він завдає шкоди і собі, і батькам, і навчанню, і часом гірко розкаюється у своїй поведінці (особливо на початковій стадії). Але те, що вживання спиртного переросло у хворобливу пристрасть, що з'явилась фізична залежність від нього і що саме через ці причини він тепер п'є, підліток не усвідомлює, придумуючи різні виправдання й пояснення, на кшталт таких, як: «не можна було не випити», хотів «забутись», «зняти напругу» та ін.

Усе це, звичайно, істотно ускладнює лікування таких хворих.

Ось типова картина: підліток систематично вживає спиртне, загруз через це в конфліктах, у нього є всі ознаки алкогольної залежності, проте сам він, як правило, не вважає себе залежним. І коли мова заходить про лікування, він не хоче слухати про це. Йому здається, що він сам впорається зі своїми проблемами. А в дійсності така людина вже не може, як би їй цього не хотілося, регулювати вживання спиртного. Вона вже раб «зеленого змія».

У рідкісних випадках (коли ще справа далеко не зайшла) вдається стримати себе, випити відносно небагато й не «зірватися» на вживання максимально переносимої дози. Ще рідше вдається тримати себе в руках тиждень, два чи місяць, але потім патологічний потяг, розпалюваний «малими» дозами, починає вимагати максимальних кількостей алкоголю з усіма наслідками, що звідси витікають.

Зарубіжними наркологами робились спроби навчити хворих алкоголізмом помірно вживати спиртні напої, але з цього нічого путнього не вийшло: втрата контролю над собою неминуче поверталася знову.

Практика показує, що є тільки один спосіб подолати алкоголізм – назавжди відмовитись від випивки. Тут і криються основні труднощі

боротьби з цією недугою.

Є, правда, чимало випадків, коли підлітки, переконавшись у безуспішності спроб утриматись в рамках помірного вживання спиртного, пересилювали себе і, пригнічуючи потяг до алкоголю, ставали непитущими.

Можна з великою часткою впевненості сказати, що людина багато може зробити сама для свого порятунку. Однак життя показує – основна маса підлітків, які мають алкогольну залежність без лікарської та психологічної допомоги, амбулаторної чи стаціонарної, обійтись не можуть.

Часто можна чути від підлітка: «Навіщо мені лікуватись? Захочу й сам кину пити, усе залежить від мене самого». Сказано взагалі вірно, але тут, як правило, звучить підтекст: «Кину пити часто і багато, сам можу контролювати себе». А досвід підказує інше – самоконтроль втрачено. І без лікування справи не поправиш.

Лікування може бути ефективним тільки тоді, коли в наявності не формальне «кину пити», а щире бажання кинути пити зовсім, щоб остаточно позбутись згубної пристрасті.

Між бажанням і його здійсненням, як відомо, чимала дистанція, подолати яку в абсолютній більшості випадків самостійно, без медичної та психологічної допомоги, при алкогольній залежності що вже існує, підліток не може. Не вистачає рішучості, сили волі щоб відійти від випивки й від друзів, які випивають, змінити спосіб життя, подолати, не вдаючись до похмілля, тяжке похмільне самопочуття. З допомогою фахівця все це зробити значно легше.

Утримує підлітка і його батьків на початку захворювання від звернення до лікаря почуття незручності та сором'язливості. Адже він сам довів себе до плачевного стану, сам винен у ситуації, що сталась. А тут йому кажуть – треба лікуватись. Він соромиться звертатись до лікаря, боячись, що про нього скажуть, що він алкоголік, хоча саме в цій якості він вже давно всім відомий. Лікування не може підірвати його, і без того вже не існуючий, авторитет, а, швидше, навпаки. Усі побачать, що людина виявила бажання стати

позитивною та корисною для себе й інших, для суспільства в цілому.

Наполегливе навіювання, а в необхідних випадках і категорична вимога лікуватись на початкових стадіях алкогольної залежності необхідні ще й тому, що це захворювання прогресує. Продовження пияцтва неминуче приводить до незворотних змін у нервовій системі та внутрішніх органах. Втрачати час і чекати не можна, завтра може бути пізно. Настане деградація особистості. І тоді стануть марними будь-які моральні розмірковування, про лікування говорити буде вже пізно. Тягнути з початком лікування не можна ще й тому, що підліток не лише руйнує своє здоров'я, але й завдає величезної моральної шкоди оточуючим і близьким, особливо своїм батькам.

Хто ж насамперед потребує лікування? Кого треба лікувати?

Усі підлітки, які відчувають хворобливий потяг до алкоголю й при цьому втрачають контроль за кількістю випитого, які відчувають після вживання спиртного хворобливі переживання, загальну слабкість, тремтіння рук, поганий сон, відсутність апетиту, як правило, не можуть нормально жити, вони серйозно хворі й зобов'язані лікуватись.

Поглянути на себе об'єктивно підлітку може допомогти широко відома анкета, яка використовується для виявлення хворих на алкоголізм. Нижче наводиться її текст:

1. Чи втрачаєте ви свій час через вживання алкоголю? Так – Ні

2. Чи стало, через ваше вживання алкоголю, нещасним сімейне життя ваших батьків? Так – Ні

3. Чи п'єте ви тому, що сором'язливі з людьми? Так – Ні

4. Чи вплинуло вживання алкоголю на вашу репутацію? Так – Ні

5. Чи були у вас фінансові труднощі через вживання алкоголю? Так –Ні

6. Чи стало вам у результаті вживання алкоголю байдуже благополуччя ваших батьків? Так – Ні

7. Чи знизився ваш соціальний статус у класі, у дворі через вживання алкоголю? Так – Ні

8. Чи знизились Ваші амбіції (честолюбство) у результаті вживання

спиртного? Так – Ні

9. Чи з'явилось у вас, в результаті вживання спиртного, безсоння? Так – Ні

10. Чи мучить Вас похмілля вранці? Так – Ні

11. Чи знизилась ефективність Вашої діяльності в результаті вживання алкогольних напоїв? Так – Ні

12. Чи зіпсувало вживання спиртного ставлення до Вас у школі? Так – Ні

13. Чи п'єте Ви, щоб позбутись занепокоєння або уникнути якоїсь роботи? Так – Ні

14. Чи вживали Ви спиртні напої один? Так – Ні

15. Чи була у Вас повна втрата пам'яті внаслідок вживання спиртних напоїв? Так – Ні

16. Чи лікувались Ви в лікаря від алкогольної залежності? Так – Ні

17. Чи вживали Ви спиртні напої для самоствердження? Так – Ні

18. Чи лікувались Ви в лікарні (госпіталі) від алкогольної залежності? Так – Ні

19. Чи відчуваєте Ви докори сумління після вживання спиртних напоїв? Так – Ні

20. Чи з'являється щодня у Вас нестримне прагнення випити в певний час? Так – Ні

Дана методика передбачає, що людина, яка відповіла «так» хоча б на одне питання, є «можливим алкоголіком», на два – страждає хронічним алкоголізмом «майже напевно», а на три – «абсолютно точно». Наведений тест, неупереджено відображає істину, допомагає підлітку подивитись правді в очі і зробити правильні висновки.

Діагноз «алкоголізм», або алкогольна залежність поставлений лікарем-психіатром або наркологом, повинен спричинити за собою курс лікування.

Існує категорія залежних від алкоголю підлітків, які усвідомлюють своє захворювання, які розуміють, що зловживання спиртним у них носить

потребливий характер і що без лікарської допомоги вони не зможуть припинити пити. Однак у силу тих чи інших причин вони не хочуть афішувати своє захворювання й відмовляються звертатись до фахівців. У цих випадках є можливість лікуватись анонімно. Про те, що підліток знаходиться на лікуванні, знає тільки він сам і його батьки.

Лікуватись можна амбулаторно або стаціонарно. Пити тут треба кидати одразу, як би це не було важко. Немає «чудодійного засобу» швидко врятувати людину від згубної схильності. Потрібно не тільки тривале й регулярне лікування, а й активна участь у цьому самого підлітка та його близьких. При відсутності такої участі лікування не дає належних результатів.

Контингент залежних підлітків далеко не однорідний, і при лікуванні конкретного хворого акцент роблять на певних методах, зберігаючи їх комплексність, тобто застосовуючи й медикаментозні засоби і психотерапію.

Медикаментозна терапія проводиться поетапно. На першому етапі вона спрямована на ліквідацію наслідків алкогольної інтоксикації, усунення явищ похмілля та нормалізацію функцій головного мозку. З цією метою застосовуються вітаміни, організм «промивають» розчинами фізіологічних рідин з відповідними медикаментами, дають ліки, що усувають тривогу, страх, напругу, безсоння, потяг до спиртного.

На другому етапі проводяться спеціальні види лікування, спрямовані на те, щоб підліток відмовився від подальшого вживання алкоголю, тобто став непитущим. Треба прямо сказати, що завдання це важке, радикальних заходів поки не знайдено, а зробити з хворого помірно питущого не можна. Можна за допомогою блювотних засобів виробити умовний рефлекс відразу, нудоту та блювання від виду, запаху й смаку алкоголю. Підліткам заздалегідь повідомляють суть застосовуваних заходів, і якщо все це буде прийматись свідомо, а не в порядку примусу, то ефективність такого лікування досить велика.

Широкого поширення в усьому світі набуло застосування

сенсибілізуючих лікарських засобів, тобто тих, що викликають непереносимість алкоголю.

На самому початку підлітків попереджають, що вживання алкоголю після прийому таких лікарських засобів загрожує їм серйозними порушеннями роботи організму й може призвести навіть до смерті. При свідомому відношенні до хвороби, застосування таких засобів теж дає непоганий результат. Однак, якщо твердої установки на тверезість немає, підлітки незабаром припиняють курс лікування й, ризикуючи своїм здоров'ям, знову починають зловживати спиртним.

Протягом усього курсу антиалкогольного лікування, як уже відзначали автори вище, окрім лікарських засобів застосовується психотерапія.

Завдання, методи та види психотерапії змінюються в залежності від етапу лікувального процесу та особистості підлітка.

Головне тут – домогтися усвідомлення підлітком і його родичами хвороби, пов'язаної з пияцтвом (тобто наявності алкоголізму), а також неможливості самостійно регулювати споживання алкоголю, переконання підлітка та його близьких у необхідності тривалого регулярного лікування й у тому, що позитивний результат неможливий без повного утримання .

Здавна алкоголізм лікують навіюванням, коли підліток не спить, і в стані гіпнозу. Успіх залежить від ставлення до лікування взагалі й методики, яку обрав для лікування лікар, від авторитету лікаря. Деякі фахівці, які працюють з хворими, що виконують певні їхні вимоги до початку лікування, досягають дуже хороших результатів уже від одноразового (за один сеанс) навіювання.

Свого часу знаменитий психоневролог і психотерапевт В.М. Бехтєрєв запропонував для лікування алкоголізму поєднувати навіювання, гіпноз і самонавіювання («тріада В.М. Бехтєрєва»).

Ті, хто зберіг почуття відповідальності перед собою та іншими, хто охоче погоджується на таке лікування, отримують максимальну користь від застосування «тріади» або окремих її компонентів. В інших випадках цього

виявляється недостатньо.

Порівняно новим є метод емоційно-стресової гіпнотерапії, розроблений професором В.Є. Рожновим.

Емоційно-стресова гіпнотерапія складається зі спеціальних бесід, що передують гіпнотичному впливу, і подальших впливів, що проводяться вже безпосередньо в гіпнозі. Під час сеансу гіпнозу лікар проводить вироблення умовного рефлексу на смак і запах алкоголю.

Курс амбулаторного чи стаціонарного лікування – це тільки початок. Надалі абсолютно необхідно тривалий час підтримувати контакт з лікарем, тобто амбулаторно проводити так зване «підтримувальне» лікування. Припинення його в більшості випадків веде до рецидиву (повернення) алкоголізму. Чому так відбувається? Причини різні. Тут і доступність спиртного, і не вирішені ще конфліктні сімейні та навчальні стосунки. Тут і складність – бути непитущим серед питущих. Має значення й те, що іноді, в період утримання від вживання спиртного, без видимих зовнішніх приводів виникає якийсь напружений стан, дратівливість, загострений потяг до алкоголю. Це може бути наслідком ще не усунених патологічних зрушень в обміні речовин, обумовлених минулим тривалим зловживанням спиртним. У цих випадках, як і після «зриву» (тобто вживання алкоголю), треба терміново звернутись до лікаря, не допускаючи думки, що лікування виявилось безрезультатним. Треба обов'язково, якщо стався зрив, перетерпіти тяжкий похмільний стан, не дати собі спокуситись черговою порцією спиртного.

Своєчасно розпочате повторне лікування (а в не занедбаних випадках – це можна зробити амбулаторно) швидко приносить позитивний результат.

Амбулаторне підтримуюче лікування підліткам рекомендується проводити протягом 2-3 років. Під контролем лікаря вони приймають відповідні дози ліків для збереження несприйнятливості організму до алкоголю. Періодичні психотерапевтичні бесіди з психологом сприяють зміцненню волі підлітка та його впевненості в позбавленні від недуги.

Доцільно також батькам підлітка підтримувати контакт з лікарем,

повідомляючи йому про стан дитини, про регулярність прийому призначених засобів, контролюючи дотримання повної заборони вживання спиртних напоїв навіть в малих кількостях.

Підліток може підтримувати зв'язок з лікарем і в письмовій формі, посилаючи йому звіти про свій стан.

Після успішно проведеного курсу лікування самопочуття швидко поліпшується, тяга до алкоголю приглушується, нормалізуються відносини з оточуючими. Усе це може створити в підлітка помилкове враження про те, що він вже є абсолютно вільним від алкогольної залежності. А раз так, то чому б не випити трошки, «як усі», у зв'язку з якою-небудь подією? Випиваються перші сто грамів, потяг до спиртного пробуджується, і підліток, втрачаючи контроль над собою, напивається до важкого сп'яніння. Після протверезіння його тягне похмелитись. Так починається новий період пияцтва. Звичайно, підліток, який пройшов курс лікування, сподівався «на краще», на помірне вживання спиртного. До цього його іноді штовхають колишні товариші по чарці, з якими він не зміг порвати зв'язок, і, навіть, найближчі родичі, які не розуміють того, що пити спиртне навіть в малих дозах, тим, хто пройшов курс лікування, не можна.

Отже, щоб лікування підлітка від алкоголізму було стійким, йому необхідно дотримуватись наступних рекомендацій:

1. За жодних обставин не відновлювати вживання спиртних напоїв навіть в найменших дозах.

2. Припинити спілкування з друзями, які випивають, уникати тих місць, де п'ють, не заводити близьких знайомств з тими, хто п'є.

3. Постійно прагнути спрямовувати свою енергію на працю, на навчання.

4. У вільний час намагатись зайняти собі цікаву, корисну справу; відновити старі або набути нові захоплення. Неробство породжує потяг до спиртного.

5. Регулярно й добре харчуватись. Вживати достатню кількість рідини,

вітамінів. Почуття голоду та спраги, а також дефіцит вітамінів в організмі можуть викликати потяг до алкоголю.

6. Суворо дотримуватись призначених фахівцем термінів відвідування наркологічного кабінету.

7. Терміново звертатись до фахівця при поновленні тяги до спиртного або при погіршенні самопочуття.

8. Виконувати призначення лікаря стосовно підтримуючого лікування.

У поширенні алкогольної залежності серед підлітків, поряд із соціальними причинами, велике значення має й те, що вживання спиртних напоїв є своєрідною традицією, звичаєм. Звідси терпиме ставлення до фактів частого вживання алкоголю з різних приводів.

Кожна людина повинна виробити в себе розумне ставлення до спиртного. Необхідно знати, що винний спирт відноситься до наркотичних засобів, тому непомірне й часте вживання спиртних напоїв призводить до звикання до них, подібно до того, як людина звикає, наприклад, до куріння.

Література

Ахмедов Т.И., Жидко М.Е. Психотерапия в особых состояниях сознания. – Харьков: Фолио, 2000.

Ануашвили А.Н. Объективная психодиагностика и коррекция // Международный форум «Интегративная медицина – 2007». Научная конференция «Технологии развития сознания и здоровья человека». – М., 2007. – Вып. 2.

Белкин А.С. Отклонения а поведении школьников. – Свердловск: Свердловский пед. ин-т, 1973.

Белогородский Л.С., Сандомирский М.Е. Возрастная регрессия и формирование искусственных сенситивных периодов ч точки зрения функциональной асимметрии полушарий // Матер. конф. [«Современные направления психотерапии и их клиническое применение»]. – М.: Ин-т психотерапии, 1996.

Беляков Н.А. Альтернативная медицина: немедикаментозные методы лечения. – Архангельск: Сев-Зап. кн. изд-во, 1994.

Битенский В.С., Херсонский Б.Г., Дворяк С.В., Глушков В.А. Наркомании у подростков. – Киев: Здоровье, 1989.

Блонский П.П. Избранные психологические произведения. – М.: Просвещение, 1964.

Бурно М.Е. Клиническая психотерапия. – М.: Академический проект, ОППЛ, 2000.

Валентик Ю.В., Сирота Н.А. Руководство по реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ. – М.: Литера, 2002.

Венар Ч., Кериг П. Психопатология развития детского и подросткового возраста. – СПб., 2004.

Веселовская Н.В., Коваленко А.Е. Наркотики. Свойства, действия, фармококинетика, метаболизм. – М.: Триада, 2000.

Винникот Д.В. Маленькие дети и их матери. – М.: Класс, 1998.

Гарднер Р. Психотерапия детских проблем. – СПб.: Речь, 2002.

Дональд К. Внутренний мир травмы. – Екатиренбург: Деловая книга, 2000.

Ерышев О.Ф., Рыбакова Т.Г., Шабанов П.Д. Алкогольная зависимость: формирование, течение, противорецидивная терапия. – СПб.: Издательство «Элби – СПб», 2002.

Зюбин Л.М. Учебно-воспитательная работа с трудными учащимися: Метод. пособие. – М.: Высш. школа, 1982.

Иванец Н.Н., Винникова М.А. Героиновая зависимость (клиника и лечение постабстинентного состояния). – М.: Медпрактика, 2001.

Каннингхем Р. Дымовая завеса. Пер. с англ. – М., «Тровант», 2001.

Кинард Э.М. Дети, страдающие от плохого обращения // Энциклопедия социальной работы. – М.: Центр общечеловеческих ценностей, 1993. – Т.1.

Клиническая токсикология у детей и подростков / Под ред. Марковой И.В., Афанасьевой В.В., Неженцева М.В. – Санкт-Петербург: «Интермедика», 1998. – Том 1.

Кудрявая Н.В., Зорин К.В. Смысл врачевания // Современные проблемы смысла жизни и акме: Материалы VI – VII симпозиумов ПИ РАО. – М. – Самара, 2002.

Лидерс А.Г. Психологический тренинг с подростками. – М.: Academia, 2003.

Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология: руководство. – Л.: Медицина, 1991.

Межличностное общение. Хрестоматия. / Под общей редакцией Н.В. Казариновой, В.М. Погольши. – СПб.: Питер, 2001.

Мельник Э.В. О природе болезней зависимости (алкоголизм, наркомания, «компьютеромания» и другие). – Одесса, 1998.

Мишнев В.Д. Современные подходы к лечению разных форм зависимости от психоактивных веществ // Архів психіатрії., 2002. – №4 (31).

Молодежь и наркотики (социология наркотизма) / Под ред. проф. В.Г. Соболева. – Харьков: «Торсинг», 2000.

Нужный В.П. Пиво: химический состав, пищевая ценность, биологические действия и потребление // Вопросы наркологии, 1997. – №4.

О духовно-генетической наследственности // Информационный листок: православный медико-просветительный центр «Жизнь», 2004. – №27

Подкорытов В.С., Чайка Ю.Ю. Депрессивные состояния. – Харьков: Торнадо, 2003.

Проблемы диагностики и лечения алкоголизма и наркомании / Под ред. Н.Н. Иванца. – М.: Анархарсис, 2001.

Пятницкая И.Н., Найденова Н.Г. Подростковая наркология. – М.: Медицина, 2002.

Райс Ф. Психология подросткового и юношеского возраста. – СПб.: Питер, 2000.

Сафронов А.Г. Опиатная наркомания. – СПб.:ВмедА., 1998.

Сидоров П.П., Митюхляев А.В. Ранний алкоголизм. – Архангельск: Изд – во АГМА, 1999.

Сосин И.К., Чуев Ю.Ф. Наркология. Монография. – Харьков: Коллегиум, 2005.

Сосин И.К., Грабарь И.В., Чуев Ю.Ф. Ингаляционная токсикомания у детей и подростков // Международный медицинский журнал, 2000. – №4.

Сосин И.К., Чуев Ю.Ф. Героиновая наркомания. – Харьков: Полиграфсервис, 2002.

Сосин И.К., Чуев Ю.Ф. Табачная зависимость. – Харьков: Торнадо, 2003.

Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста / Под ред. С.Ю. Циркина. – СПб., 1999.

Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Соматизация – история понятия, культуральные и семейные аспекты, объяснительные и психотерапевтические модели // Моск. психотерапевт. журнал, 2000. – №2.

Чистяков В.В. Повышение уровня эмоционального благополучия в семье как неотъемлемый элемент педагогической профилактики наркотического поведения подростков. – М.: АСТ, 2007.

Чуркин А.А. Реабилитация наркозависимых: современные подходы. Наркомет, 2002. – №1-2

Шапарь В.Б. Диагностика детско-родительских отношений. – Ростов н/Д.: Феникс, 2006.

Шапарь В.Б. Психология кризисных ситуаций. – Ростов н/Д.: Феникс, 2008.

Шейнов В.П. Психотехнологии влияния. – М.: АСТ, 2005.

Шутценбергер А.А. Синдром предков. Трансгенерационные связи, семейные тайны, синдром годовщины, передача травм и практическое использование геносоциограммы. – М.: Изд-во Института психотерапии, 2001.

Энтин Г.М., Гофман А.Г., Музыченко А.П., Крылов Е.Н. Алкогольная и наркотическая зависимость. – М.: Медпрактика, 2002.

Энтин Г.М., Овчинская А.С., Варламов В.И. Угрожающий рост героиновой наркомании. Социальная и клиническая психиатрия, 2001. – Том 11. – Вып. 2.

Эриксон Э. Детство и общество. – СПб.: Речь, 2002.

Юрьева Л.Н. История. Культура. Психические и поведенческие расстройства. – Киев: Сфера, 2002.

Шапар Віктор Борисович
доцент, кандидат психологічних наук,
доцент кафедри педагогіки та психології професійної підготовки
Харківського національного автомобільно-дорожнього університету

Бондаренко Володимир Васильович
доцент, кандидат педагогічних наук,
завідувач кафедри педагогіки та психології професійної підготовки
Харківського національного автомобільно-дорожнього університету

Комишан Анатолій Іванович
доцент, кандидат педагогічних наук,
доцент кафедри педагогіки та психології професійної підготовки
Харківського національного автомобільно-дорожнього університету

Підписано до друку 01.11.2012р. Формат 60x84$^{1}/_{16}$
Умов. друк. арк. 12,75. Папір офсетний. Наклад 300 прим. Зам. 625.

Друк РІЗО ФОП Шведов О.І.
КП «Міська друкарня», м. Харків, 61002, вул. Артема, 44.
Свідоцтво про державну реєстрацію серія ДК, № 3613,
від 29.10. 2009 р.