

**А. П. Закревский, И. В. Цыба, А. Н. Кобец, Е. В. Медведева
И. А. Мильнер, А. С. Рябцев, З. М. Михальская**
Областной наркологический диспансер, (г. Донецк)

РОЛЬ МИКРОСОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ С РАННИМИ ФОРМАМИ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ

Роль микросоциальных факторов в возникновении зависимости от психоактивных веществ (ПАВ) у подростков подчеркивается во многих исследованиях отечественных и зарубежных авторов [1—3]. Имеются данные о соотношении структурной целостности семьи и злоупотребления подростками ПАВ, о роли родителей, имеющих зависимость от ПАВ, в приобретении детей к употреблению ПАВ, о наличии неполных семей у 2/3 подростков с доклиническими формами зависимости от ПАВ [4, 5]. Асоциальное поведение родителей, психологическая напряженность и конфликты, низкий уровень образования и несостоятельное воспитание в семье являются факторами высокого риска употребления ПАВ и формирования зависимости от них. Известны случаи «системного» алкоголизма, в которых употребление спиртного у подрастающего поколения начинается в более раннем возрасте и характеризуется большей тяжестью течения, выраженностью асоциальных тенденций. Часто повышенный риск развития зависимости от ПАВ связан с разводом родителей, психическими заболеваниями приемных родителей, наличием алкоголизма у родителей [6, 7].

Нарушение микроклимата семьи называется одной из главных причин неправильного воспитания подростков, страдающих гашишной наркоманией (воспитание в условиях гипоопеки и безнадзорности обнаружилось у 58,7 % из них). Также прослеживается неблагоприятное влияние непосредственного окружения подростков — групп сверстников, в том числе отрицательных лидеров [8—10].

Целью настоящей работы явилось изучение некоторых особенностей личностного преморбиды у подростков с ранним началом злоупотребления

ПАВ, а также влияние микросоциальных факторов на возникновение различных видов девиантного поведения у подростков.

В период 2000—2006 гг. обследовано 112 подростков (из них 48 — девушки), обратившихся за помощью в психотерапевтический кабинет областного наркологического диспансера г. Донецка. Изучались больные с ранним началом злоупотребления ПАВ. Средний возраст подростков составил $14,1 \pm 0,7$ года, 70 из них учились в школе или ПТУ, 8 человек не учились и не работали. Все обследованные пациенты были разделены на две группы: 1-я группа — 44 подростка с доклиническими формами и 2-я группа — 68 подростков с клиническими симптомами зависимости от ПАВ. Алкоголизмом страдали родственники 70 обследованных, психическими заболеваниями — 18, наркоманиями — 8 человек. Перечень ПАВ, к которым прибегали подростки, оказался весьма обширным. Чаще всего употреблялись летучие растворители (57,1 %), далее — алкоголь (17,3 %), реже использовался трамадол (15,1 %), антигистаминные препараты — 6,3 %, другие

лекарственные средства (корректоры, барбитураты, нейролептики, теофедрин) — 4,2 %.

В части наблюдений диагностические заключения отражали характер монопотребления ПАВ со следующими диагнозами: «токсикомания парами бензола» — 35,7 %, «злоупотребление циклодолом» — 1,8 %, «бытовое пьянство» — 19,6 % и т. д. В действительности можно было говорить лишь о предпочтении того или иного вещества. Доля подростков, изначально употреблявших какое-либо одно вещество, оказалась равной 23,2 % (26 человек). Для большей части подростков (76,8 % или 86 человек) изначально был характерен сочетанный прием нескольких ПАВ.

Употребление различных ПАВ расценивалось как одно из проявлений девиантного поведения. Помимо этого у всех обследованных подростков наблюдались иные проявления отклоняющегося поведения: прогулы занятий в школе или ПТУ, нарушения дисциплины в учебном заведении, побеги из дома и бродяжничество, различные формы девиантности (мелкое хулиганство, вымогательство, угоны транспортных средств, кражи небольших сумм денег, поджоги и т. п.), крупные криминальные эксцессы. Средний возраст первых проявлений девиантного поведения составил $11,5 \pm 1,1$ года.

В таблице 1 представлено распределение подростков по группам в зависимости от структуры семьи. Полные семьи с гармоничными отношениями чаще всего встречались в 1-й группе. Процент конфликтных семей полного состава в обеих группах существенно не отличался. Характеризуя причины конфликтов, подростки 2-й группы чаще называли пьянство отца или обоих родителей, асоциальный образ жизни родителей. В 1-й группе чаще основой конфликта являлись дисгармоничные отношения родителей: ситуация угрожающего или свершающегося развода, характерологическая несовместимость родителей, наличие душевнобольных родственников в семье.

Таблица 1

**Распределение подростков по группам
в зависимости от структуры семьи**

Структура семьи	1-я группа (n = 44)		2-я группа (n = 68)	
	абс.	%	абс.	%
Полная, с гармоническими отношениями	17	38,6	10	14,7
Полная, конфликтная	7	15,9	11	16,2
Неполная, воспитывает мать	11	25,0	19	27,9
Неполная, воспитывает отец	3	6,8	7	10,3
Семья с отчимом	5	11,4	11	16,2
Родители лишены прав	1	2,2	7	10,3
Сироты	0	0	3	4,4

Причиной неполного состава семей традиционно принято считать алкоголизм отца. Однако у 10 (8,5 %) подростков из 1-й группы и у 6 (5,4 %) из 2-й группы его причиной послужила рано наступившая смерть одного из родителей, последовавшая в результате соматического заболевания или несчастного случая. Мать одного из подростков погибла в результате суицида. Смерть матери или отца во всех случаях предшествовала возникновению девиантного поведения, совпадала с возрастом пубертата, крайне тягостно переживалась подростками, сопровождалась появлением депрессии с чувством утраты или одиночества. Это нашло свое отражение и в мотивации приема психоактивных средств. Сходная ситуация обнаруживалась и в четырех случаях, где матери в результате развода оставили детей и создали другие семьи.

В семьях с отчимом картина отношений была различной в зависимости от пола подростков. Все девушки из таких семей (12,5 %) отличались категорическим неприятием отчима. Это служило причиной напряженных отношений или скандалов в семье с вовлеченностью в конфликт ее членов. Юноши отличались более терпимым отношением к отчимам.

В обеих группах оказались подростки, родители которых были лишены родительских прав (13,7 %). С раннего возраста дети воспитывались в условиях тяжелой эмоциональной депривации, помещались последовательно в детские дома, затем в интернаты.

Сопоставление различных типов воспитания в семье (табл. 2) выявляет большую частоту гипоопеки и эмоционального отвержения в семьях подростков, страдающих токсикоманиями и алкоголизмом (2-я группа). В 1-й группе преобладает большая частота гиперопеки (23,5 %), менее выражены различия в частоте жестоких взаимоотношений в семье.

Таблица 2

**Распределение подростков по группам
в зависимости от типа воспитания в семье**

Структура семьи	1-я группа (n = 44)		2-я группа (n = 68)	
	абс.	%	абс.	%
Гипоопека	8	18,2	20	29,4
Гиперопека	10	22,7	9	13,2
Эмоциональное отвержение	6	13,6	20	29,4
Жестокие отношения	4	9,1	2	2,9
Нормальные взаимоотношения	10	22,7	12	17,65
Нет сведений	6	13,6	5	7,4

В целом 12,7 % всех подростков воспитывались в условиях жестоких отношений. Родители, преимущественно отцы или отчиму, избивали подростков, порой наносили им тяжкие телесные повреждения. Таким образом, микросоциальные условия были более благополучными в группе с доклиническими формами употребления ПАВ. Здесь отмечался значительно больший процент семей с гармоничными отношениями, меньшая частота неполных семей, семей с отчимом и, наконец, меньший процент родителей, лишенных родительских прав.

Последующий анализ семейных взаимоотношений показал, что для формирования девиантного поведения у подростков, употреблявших ПАВ, имеют значение

не только такие формальные показатели структуры семьи как полнота, наличие отчима, но и качественная характеристика семейных взаимоотношений, а именно образ жизни родителей, внутрисемейные отношения, особенности конфликтов, наличие или отсутствие эмоциональной теплоты.

Если попытаться расположить по степени тяжести и психотравмирующего влияния на подростка наиболее значимые факторы, то получаем следующее:

Эмоциональная депривация	Воспитание в государственных учреждениях, пьянство родителей, асоциальная семья
Потеря родителей или одного из них в результате гибели	Неполные семьи, воспитание сироты семьей бабушки и дедушки
Жестокие отношения в семье	Холодность родителей, истязания подростков
Отсутствие эмоциональной теплоты, заинтересованности в ребенке	Безнадзорность, отдельные случаи гипоопеки
Психологический дискомфорт	Несовместимость родителей, ситуация развода, неприятие отчима, гиперопека

Таким образом, выявляется ряд психотравмирующих влияний, отличающихся друг от друга разной степенью остроты и разной длительностью воздействия. В большинстве случаев та или иная психотравмирующая ситуация носила хронический характер и существовала на протяжении ряда лет. Даже такая, казалось бы, острая по действию психотравма, как смерть матери (отца), в дальнейшем порождала неразрешимую ситуацию сиротства.

Можно предположить, что формирование механизмов девиантного поведения в различных ситуациях происходит не однотипно. Асоциальная семья во многих исследованиях расценивается как один из факторов риска развития зависимости от ПАВ у подростков. Среди обследованных доля семей с асоциальным образом жизни составила 14,3 %. Такого рода семьи нередко существовали во втором поколении, т. е. родители подростков воспитывались в подобных семьях или же были воспитанниками детских домов, интернатов при живых родителях. Естественные родственные связи в семьях были утрачены или искажены, взаимоотношения носили порочный характер, элементарные морально-этические нормы поведения не соблюдались. Дети наблюдали беспорядочную смену сожителей матери (сожительниц отца); очень частым в таких семьях было сосуществование неединокровных братьев и сестер — сводных, разноутробных, родившихся от разных отцов. Нарушения поведения у многих подростков (12,5 %) начинались с дошкольного возраста и сопровождались хронической дезадаптацией в детских коллективах. Девиантное поведение таких детей, а в последующем — подростков возникало большей частью за счет подражания тем формам поведения, которые ребенок с раннего возраста наблюдал вокруг себя, усваивая патологический стереотип поведения. В дальнейшем, если семейная ситуация не улучшалась, — а в таких семьях она, как правило, усугублялась (12,5 %), — происходило закрепление форм поведения и переход их

в разряд привычно совершаемых действий, наблюдалась смена ситуационно обусловленных, единичных эпизодов неправильного поведения его патологическими формами.

Самой тяжелой в ряду психотравмирующих воздействий следует признать обстановку эмоциональной депривации, существующую в государственных учреждениях воспитательного типа (интернаты, детские дома). Подростков, выросших и находящихся в момент обследования в такой обстановке, оказалось 16,1 %. Нередко это финал того пути, который проходят дети из асоциальных семей после того, как их родителей лишают родительских прав. Казенная обстановка, скученность, существующая в большинстве таких учреждений, как бы искусственно формируют особый тип подростков-социопатов. Практически с момента помещения в интернат у них возникали разнообразные проявления реакции протеста и оппозиции, направленные чаще всего на ближайшее окружение — учителей, воспитателей. Поначалу поведенческие реакции выражались в срывах и прогулах уроков, различных нарушениях дисциплины, мелких хулиганских действиях в пределах интерната. С течением времени характер девиантных расстройств утяжелялся, ширился круг таких поступков как вымогательство у младших детей вещей, еды, небольших сумм денег, мелкие кражи, драки и т. д. Хотя эти формы поведения также закреплялись и расценивались как патологические, по сути, они были привычным стереотипом поведения той среды, в которой находились воспитанники интернатов. С другой стороны, их можно было расценивать как проявление устойчивой адаптации к условиям, окружающим подростков. Достижение постоянного уровня девиаций служило показателем достаточной приспособляемости личности, сохранности механизмов психологической защиты. Как это ни парадоксально, подростки с «нормальными» поведенческими установками в такой среде были обречены на тяжелое существование, подвергались третированию и избиению сверстниками. Как нельзя лучше этот факт подтверждается высказываниями подростков: «Не хотел быть белой вороной...», «Я такой же, как все...», «У нас все такие...» и т. д.

Подростки из асоциальных семей и воспитанники интернатов — наиболее тяжелый контингент по степени выраженности патологических форм поведения. Всего у 8,9 % подростков диагностировалось наличие психопатических черт характера, 80 % из них происходило из асоциальных семей и (или) воспитывались в интернатах.

Можно предположить, что сходным образом происходит формирование девиантного поведения у подростков в случаях жестких взаимоотношений в семье, гиперопеки, неприятия отчима.

Форму выражения поведенческих реакций в большинстве случаев определяли характерологические особенности подростка. У обследованных подростков чаще всего встречались 4 типа характера: эпилептоидный — 23,4 %, неустойчивый — 17,6 %, конформный — 11,5 %, гипертимный — 13,5 %. Для эпилептоидных подростков были характерны поступки, в основе которых лежала аффективная взрывчатость: бурные ссоры с близкими, жестокие драки, участие в кулачных стычках подростковых групп «стенка на стенку». Неустойчивые характеризовались большой частотой побегов, уходов из дома, бродяжничества, чаще всего наблюдавшихся после конфликтов с близкими родственниками. Побег

осуществлялись, как правило, в компании с близким приятелем. Продолжительность побегов от случая к случаю нарастала. Для подростков с чертами неустойчивости также характерен отказ от учебы или труда, носивший пассивный характер и объясняемый следующим образом: «неинтересно в школе», «не хотелось учиться» и т. д. По сути, побег, бродяжничество, отказ от учебно-трудовой деятельности являлись пассивной формой выражения реакции протеста.

Поведение конформных и гипертимных подростков в большей степени определялось влиянием микро-социальной среды — подростковой группой. Именно в асоциально ориентированной группе происходило дальнейшее трансформирование поведения подростков.

Итогом изолированности и заброшенности подростков, неумения заполнить досуг полезными занятиями было их приобщение к асоциальной группе. Члены группы начинали усваивать ценности, характеризующие особую «субкультуру» асоциальной подростковой среды, включающую умение употреблять нецензурные выражения, курение, алкоголизацию, употребление токсичных веществ, девиантные формы поведения.

Приход подростка в группу сопровождался вовлечением его в поступки делинквентно-криминального характера. Девиантность поведения подростка, вступившего в асоциальную группу, начинала нарастать, как снежный ком. Подавляющее большинство подростков (89,3 %) приобщилось к ПАВ в группах. При этом начало первых проявлений девиантного поведения наступало в среднем в возрасте $12,1 \pm 1,1$ года, токсикоманического — позже, с интервалом в среднем $1,5 \pm 0,5$ года.

Несколько иной путь формирования девиантного поведения, в том числе и токсикоманического, отмечался у подростков, подвергшихся воздействию острых психотравм (потеря матери и отца). Нарушения поведения возникали на фоне стойкого субдепрессивного состояния. Особенно ярко это проявлялось, когда подросток терял мать, а отец, в силу своих характерологических особенностей или занятости, не находил контакта с подростком и мало им интересовался. В этих случаях как бы отсутствовал этап начального проявления девиантного поведения. Стремление избавиться от одиночества и подавленного настроения толкало подростка на общение с группой сверстников. Далее происходило усвоение норм поведения, принятых в группе. Однако выраженность девиантного поведения в такой ситуации была меньшей, зачастую исчерпывалась антидисциплинарными поступками (прогулы занятий) и эпизодическими приемами ПАВ, преимущественно для улучшения настроения. Эти подростки сохраняли хорошую социальную адаптацию.

Таким образом, результаты работы позволяют нам сформулировать следующие положения:

Неблагоприятные условия микро-социальной среды, включая структуру семьи, характер внутрисемейных отношений и неправильные формы воспитания, приводят к нарушениям формирования личности подростков и детерминируют девиантное поведение подростков по механизму развития патохарактерологических реакций протеста, отказа, имитации и др.

Одним из условий микро-социальной среды, приводящим к нарушениям формирования личности подростков, является асоциальная семья, существующая во втором и более поколениях.

В формировании психологических механизмов девиантного поведения у части подростков играют роль депрессивные переживания с по следующей мотивацией приема ПАВ, направленной на устранение отрицательных переживаний и облегчение реализации цели.

Список литературы

1. Лекции по наркологии / Под ред. Н. Н. Иванца. — М.: Нолидж, 2000. — 435 с.
2. Руководство по наркологии / Под ред. Н. Н. Иванца. — М., 2002. — 504 с.
3. Каплан Г. И., Сэдок Б. Дж. Клиническая психиатрия. Из синопсиса по психиатрии. Т. 1. — М.: Медицина, 1994. — 672 с.
4. Фридман Л. С. и соавт. Наркология. — М.: Бином; СПб.: Невский диалект, 1998. — 318 с.

5. Пятницкая И. Н. Злоупотребление алкоголем и начальная стадия алкоголизма. — М.: Медицина, 1988. — 288 с.

6. Минко А. И., Линский И. В. Наркология. — 2-е изд., испр. и доп. — М.: Эксмо, 2004. — 736 с.

7. Гурьева В. А., Гиндикин В. Я. Юношеские психопатии и алкоголизм. — М.: Медицина, 1980. — 272 с.

8. Леус Э. В., Сидоров П. И., Соловьев А. Г. Личностные особенности младших подростков со склонностью к аддиктивному поведению // Наркология. — № 12, 2006. — С. 35—38.

9. Москаленко В. Д. Аддиктивные процессы в семье и проблема созависимости // Психическое здоровье. — № 10, 2006. — С. 30—35.

10. Арзуманов Ю. Л., Абакумова А. А., Овсянников М. В. Изучение психофизиологических показателей у здоровых подростков с наличием и отсутствием семейной отягощенности алкоголизмом // Наркология. — № 4, 2005. — С. 57—62.

Надійшла до редакції 12.02.2008 р.

О. П. Закревський, І. В. Циба, О. М. Кобец, О. В. Медведєва, І. А. Мільнер, А. С. Рябцев, З. М. Михальська

Роль мікросоціальних чинників у виникненні девіантної поведінки у підлітків з ранніми формами зловживання психоактивними речовинами

Обласний наркологічний диспансер (м. Донецьк)

У статті автори визначають роль мікросоціальних чинників у виникненні девіантної поведінки у підлітків з ранніми формами зловживання психоактивними речовинами. Показано, що до порушення формування особистості підлітка призводять несприятлива структура сім'ї, характер внутрішньосімейних відносин, неправильні форми виховання. Девіантна поведінка підлітка розвивається за механізмом розвитку реакції протесту, відмови тощо. Встановлено, що асоціальна сім'я є одним з найважливіших негативних факторів мікросоціального оточення.

O. P. Zacrevsy, I. V. Tsyba, O. M. Cobets, O. V. Medvedeva, I. A. Mil'ner, A. S. Ryabtsev, Z. M. Mihal'sca

Role of microsocial factors in origin of deviated behaviour at teenagers with early forms of abuse by psychoactive matters

Regional narcological dispensary (Donets'k)

In the article the authors determine the role of microsocial factors in the origin of deviated behaviour at teenagers with the early forms of abuse by the psychoactive matters. It is shown, that an unfavorable family pattern, character of within family relations, lead to violation of forming of personality of teenager, wrong forms of education. The deviated behaviour of teenager develops after the mechanism of development of reaction of protest, refusal and others like that. It is set, that asocial family is one of the most important negative factors of microsocial environment.

УДК 618.17:618.1-08

В. В. Свиридова, канд. мед. наук

Донецкий медицинский университет имени М. Горького (г. Донецк)

СЕКСУАЛЬНА ДИСФУНКЦІЯ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

В последние годы во всем мире все большее распространение получает оперативное лечение гинекологических заболеваний у женщин репродуктивного возраста [1—3]. Оперативное вмешательство нередко приводит к утрате одного или всех половых органов, что не может не сказаться на сексуальной функции женщины. В отечественной литературе имеются лишь единичные исследования, касающиеся этой проблемы [1, 5], тогда как зарубежная печать изобилует такими исследованиями [6—10].

В то же время стало очевидным, что при изучении сексуальных расстройств у женщин возникает ряд проблем. Во-первых, множество сексуальных дисфункций с различным спектром клинических проявлений объединено в единый диагноз — FSD и их классификация требует уточнений [4]. Еще менее изучено состояние сексуального здоровья женщин, перенесших различные операции, особенно после удаления матки и яичников [2]. Между тем ежегодно во всем мире множество женщин переносят гистерэктомию, и по прогнозам ученых в XXI в. каждая третья женщина к 60 годам окажется прооперированной.

Как свидетельствуют эпидемиологические исследования, среди гинекологических заболеваний первое

место занимает лейомиома матки, частота обнаружения которой при изучении состояния половых органов при аутопсии составила 50 % [12], и именно она в большинстве случаев служит причиной радикальных операций во всех странах мира. Молекулярно-генетические исследования детерминанты опухолевого роста при лейомиоме матки на рубеже XX—XXI ст. приблизили нас к решению, казалось бы, давно решенных проблем, но не дали возможности понять состояние сексуального здоровья женщин после удаления матки и яичников по поводу данной опухоли.

По данным статистики Национального института здоровья США (2005) 30 % указанных операций выполняется по поводу лейомиомы матки и аденомиоза, приводящих к обильным и болезненным менструациям, 20 % — по таким причинам, как недержание мочи, неконтролируемое кровотечение или гнойное воспаление придатков матки. Около 20 % операций выполняют по поводу эндометриоза, 16 % — по поводу пролапса тазовых органов, а на рак — основное показание для гистерэктомии — приходится всего 10 % операций. Таким образом, гистерэктомия является довольно распространенной операцией при различной гинекологической патологии [цит. по 12].