

ПРЕДИСЛОВИЕ

Проблема злокачественности протекания алкоголизма и наркомании у подростков все еще не решена и любая попытка разрешения ее своевременна и важна.

В современной психологии и психотерапии наименее изучены по данным литературных источников особенности личности и поведения девиантных подростков с перинатальной асфиксией мозга и последующим развитием нарушения внимания и поведения (СНВ).

Важно, что автор проводит связь между обстоятельствами рождения и психическим здоровьем этих подростков, так как отмечено, что многочисленные психические и физиологические патологии возникают по причине значительного увеличения патологии родов (у каждого пятого ребенка диагностируется СНВ). Кроме того, у травмированных в родах детей (фармакологические методы родоразрешения, асфиксия и др.) к пубертатному периоду имеется высокий фактор риска формирования химической зависимости (особенно наркотической) и асоциального поведения, а возникшее заболевание проходит тяжелее и имеет неблагоприятные прогнозы. В связи с этим важными факторами, вызывающими у подростков неконтролируемое (патологическое) расстройство поведения, являются генетически обусловленные психопатии и акцентуации характера (крайние варианты нормы), а также последствия черепно-мозговой травмы (ЧМТ) (в том числе и родовой травмы). В результате в подростковом периоде формируются «незрелые» защитные механизмы деструктивного поведения в виде алкогольной и наркотической зависимости, асоциального поведения.

На наш взгляд все эти последствия имеют причинный слой в семье, ее форме жизни, культуре и мировоззрении. Начиная с рождения ребенка родители должны проявлять осознанность в своем поведении, обеспечивать его материальными и духовными (эмоции, знания) ресурсами, но в реальности зачастую ребенок именно в семье получает все первичные травмы, начиная с перинатального периода. Эмоциональные травмы могут продолжаться и в период воспитания ребенка из-за неграмотности и бездуховности родителей.

В Российской ассоциации перинатальной психологии и медицины собран достаточный материал, чтобы доказать, что первичные

перинатальные травмы являются пусковым механизмом многих деструктивных процессов у ребенка. За многие годы работы разработаны механизмы и методы компенсации этих травм.

Автор верно констатирует, что в настоящее время развитие наркомании в подростковой среде принимает лавинообразный характер, существующие стратегии терапии себя не оправдали, воспитательно-образовательная система (школы, учебные заведения) лишь способствует формированию потребителей зависимого поведения. Начиная с 80–90-х годов многие авторы говорили об этом, призывали к поиску новых стратегий терапии, но проблема аддитивных и девиантных форм поведения у подростков не решалась [Л. О. Бадалян, 2002; А. А. Бажин, 1999; С. А. Кулаков, 1996; Н. Н. Заваденко, 1998; А. Е. Личко, 1991; Н. М. Яковлев, 1998].

В ухудшение состояния психического, душевного здоровья подростков вносят свой вклад разные факторы технического прогресса (информационная перегрузка, интенсификация в сочетании с формализацией межличностных контактов, ускорение темпа жизни, массовая культура, разрушение нравственности). Эта тенденция наблюдается и в других странах (Германия, Скандинавия, США), где отмечается большая распространенность невротических расстройств, депрессии, суицидов. В США 12% всех самоубийств совершают подростки в депрессивном состоянии. Наименее изученной и до сих пор трудно диагностируемой считается скрытая депрессия, под «маской» которой скрываются психозависимые, нервные, соматические заболевания, а также асоциальное поведение. Все это наблюдается и в нашей стране.

Современные данные о нейрофизиологических механизмах компенсации эмоциональных и поведенческих расстройств у подростков с патохарактерологическими расстройствами личности и поведения, с реактивными и депрессивными состояниями на основе применения немедикаментозных методов лечения требуют доработки и концептуального обновления.

Применение биологической обратной связи — новое решение при работе с показанным контингентом, тем более что БОС активно применяется в отечественных клиниках. Автору удалось обосновать нейрофизиологические механизмы «разрешения» внутриличностных конфликтов подростков с патохарактерологическими расстройствами личности и поведения с помощью метода АС-БОС.

В качестве неаппаратной БОС в Российской ассоциации перинатальной психологии и медицины (РАППМ) разработаны методы ресурсной терапии, которые позволяют подростку за счет

саморефлексии добиться тех же эффектов, что возможны и с помощью работы с БОС. В этом мы видим определенную общность направленности изучения проблемы и готовы к дискуссии и сотрудничеству.

Интересными представляются результаты, полученные на основе применения различных вариантов АС-БОС и новые данные конструктивных механизмов осознанной психологической защиты, которые также близки к модели ресурсного подхода РАППМ. Интересна идея автора о том, что в формировании патологической зависимости ведущим в генезе заболевания является психический симптом как сугубо человеческое переживание. Выработанный пациентами устойчивый навык на комфортное состояние мог использоваться пациентом всякий раз при конфликтной ситуации. В данном случае мы добавили бы к этому существование сознательной и бессознательной потребности в комфорте, радости, удовлетворении, которые имеют инстинктивную природу, которые и помогают закреплять навыки на комфортное состояние.

Однако надо понимать, что в алкоголизации и приеме наркотиков также подкрепляется эта потребность, поэтому важно, чтобы терапевтическая модель оказалась устойчивее, выше качеством переживаний, давала удовлетворение более высокого уровня.

Безусловно, важными являются новые данные автора об условнорефлекторном формировании (непроизвольном или сознательном) в ЦНС новой временной связи, с последующим образованием устойчивого навыка психологической защиты от стрессогенных воздействий.

Предлагаемая читателям монография будет полезна для исследователей данной проблемы и поможет развитию методов коррекции и терапии зависимостей у подростков.

*Н. П. Коваленко
доктор психологических наук, профессор Санкт-Петербургского
государственного Университета, президент Российской ассоциации
перинатальной психологии и медицины (РАППМ)*

СОДЕРЖАНИЕ

Список сокращений и пояснений.....	9
Введение	13-16
Глава 1. Девиантное поведение и аддикции у подростков	17
1.1. Формирование дисгармоничной личности.....	18-23
1.2. Аддиктивное поведение у подростков.....	23
1.2.1. Предикторы аддиктивного поведения.....	24
1.2.2. Личностные особенности.....	24
1.2.3. Нарушения поведения.....	24-25
1.2.4. Механизмы патогенеза СНВ.....	25-30
1.2.5. Патологическое влечение к азартным играм (гемблинг).....	30-35
1.3. Алкоголизм и наркомания у подростков.....	35
1.3.1. Особенности подросткового алкоголизма.....	36-40
1.3.2. Особенности наркотической зависимости подростков.....	40-41
1.3.3. Мотивы и личностные нарушения подростков с алкогольной и наркотической зависимостью.....	41-43
1.3.4. Формирование психопатологии личности.....	43-44
1.3.5. Патогенез алкогольной и наркотической зависимости.....	45-49
1.3.6. Лечение подростков с алкоголизмом и наркоманией в остром периоде.....	49-53
1.3.6.1. Альфа-стимулирующий тренинг в лечении подростков с алкоголизмом и наркоманией в остром периоде.....	54-55
1.3.6.2. Бета-тренинг методом АС-ЭЭГ у подростков СНВ с наркозависимостью.....	55-62
1.3.6.3. Стратегия коррекции психозависимого поведения с помощью метода АС-БОС.....	62-63
1.4. Заключение.....	64-66
Глава 2. Агрессивное поведение подростков	67
2.1. Стереотипы «детского поведения» подростков как реакции на стресс.....	69-72

2.2. Предпосылки агрессии	72-73
2.3. Агрессия как проявление психопатологии	73-75
2.4. Виды агрессии	75-79
2.5. Нарушения поведения подростков с СНВ	79-80
2.6. Криминальное поведение у несовершеннолетних	80-83
2.7. Патогенез агрессивного поведения подростков	83-88
2.8. Функциональные методы коррекции агрессивного поведения	88
2.8.1. Социальные методы коррекции агрессивного поведения	88-92
2.8.2. Коррекция поведения методом «телесной» психотерапии с АС-БОС	92-97
2.9. Коррекция агрессивного поведения методом адаптивной саморегуляции	97
2.9.1. Коррекция внимания и агрессивного поведения с помощью метода АС-ЭЭГ	97-98
2.9.2. Коррекция агрессивного поведения на основе АС-ЭЭГ в сочетании с аверзивным подкреплением	99
2.9.3. Биоакустический метод произвольной коррекции агрессивного поведения	99-101
2.9.4. Стратегия коррекции агрессивного поведения с помощью метода АС-БОС	101-103
2.10. Заключение	103-104
Глава 3. Депрессивное поведение подростков	105
3.1. Факторы предрасположенности к развитию эндогенной депрессии	108-110
3.2. Патогенез депрессивного поведения подростков	110-121
3.3. Реактивные (психогенные) депрессии	121-122
3.4. Депрессивный синдром шизофрении	122-123
3.5. Различные формы «масок» депрессии у подростков	123
3.5.1. «Маски» депрессии в форме психопатологических расстройств	124-129
3.5.2. «Маски» депрессии в форме вегетативных, соматизированных эндокринных расстройств	129-134
3.5.3. «Маски» депрессии в форме патохарактерологических расстройств поведения	134-135
3.5.3.1. Алкогольные и наркоманические депрессии	135-136
3.5.3.2. Патогенез алкогольной депрессии	136-139
3.5.3.3. Функциональное лечение подростков алкоголизмом с депрессивным синдромом	139-142

3.6. Суицидальное поведение подростков.....	142
3.6.1. Факторы риска и причины развития суицидального поведения.....	143
3.6.2. Маркеры суицидального поведения.....	144-145
3.7. Аффективно-неустойчивое поведение подростков с депрессивным синдромом.....	146-148
3.7.1. Коррекция неустойчивого поведения с АС-ЭЭГ на увеличение интенсивности бета-ритма.....	148-149
3.7.2. Стратегия коррекции неустойчивого поведения методом АС-БОС.....	149-154
3.8. Аффективно-неустойчивые подростки и скрытая депрессия.....	154-155
3.8.1. Особенности течения психозависимого поведения, коморбидного со скрытой депрессией.....	155
3.9. Заключение.....	155-158
Глава 4. Формирование психологической защиты от стресса.....	159
4.1. Патологические стереотипы «незрелых» форм психологической защиты подростков от стресса.....	159-163
4.2. Конструктивные формы психологической защиты.....	163-164
4.2.1. Немедикаментозные (физиотерапевтические) методы.....	164-171
4.2.2. Непроизвольная коррекция функционального состояния на основе АС-БОС.....	171-176
4.2.3. Формирование осознанных (когнитивных) навыков психологической защиты от стресса.....	176-181
4.3. Физиологические принципы формирования устойчивости к конфликту.....	181-182
4.4. Заключение.....	182-184
Общее заключение.....	185-187
Приложение.....	188-196
Литература.....	197-208

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И ПОЯСНЕНИЙ

АКАТ	способ лечения химической зависимости на основе галлюциногенов
АКТГ	адренкортикотропный гормон
АМГГИНА	амигдаллярно-гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая система
АС-БОС	адаптивная саморегуляция функционального состояния ЦНС с биологической обратной связью
АС-ЭЭГ	АС с электроэнцефалографической обратной связью
АС	ЭМГАС с электромиографической обратной связью
АС-РСА	АС по показателям респираторной синусовой аритмии
АС-Т	АС по температуре кожи
АСФС	артифициальные стабильные функциональные связи
БАК	биоакустическая коррекция функционального состояния
ВАК	возбуждающие аминокислоты
БЭА	биоэлектрическая активность головного мозга
ВНС	вегетативная нервная система
ВСД	вегетососудистая дистония
ГАМК	гамма-аминомасляная кислота
ГТР	генерализованное тревожное расстройство
ДА	дофаминергический
ДРД	диафрагмально-релаксационное дыхание
ЗПР	задержка психического развития
КГР	кожногальваническая реакция
КРГ	кортикотропин — «рилизинг гормон»
КС	кардиосигнализатор состояния
ЛАВ	летучие ароматические вещества
ЛП	латентный период СМР
ЛТ	личностная тревожность по Спилбергеру
ММД	минимальная мозговая дисфункция
МРТ	магнитно-резонансная томография
НЕКИ	нейрокинурины
ННС	невроз неопределенного страха
НЦД	нейроциркуляторная дистония
ПА	паническая атака
ПАВ	психоактивные вещества

РТ	реактивная тревожность
СМР	сенсомоторная реакция
СНВ	синдром нарушения внимания
СНВГ	СНВ с гиперактивностью
ТКМП	транскраниальная микрополяризация мозга
УПС	устойчивое патологическое состояние
ЧМТ	черепно-мозговая травма
ТЭС	транскраниальная электростимуляция мозга
ТКМП	транскраниальная микрополяризация мозга
NOR	норадреналин

Бета-эндорфин — нейрпептид положительного подкрепления
Ноцицептивная система — снимающая боль

«Билатеральная криоцигулотомия» — нейрохирургическая де-
струкция поясной извилины — как способ лечения наркотической
зависимости

Коморбидность — сочетание основного заболевания с другой
патологией

Полевое поведение — отсутствие долгосрочных поведенческих
стереотипов

Агрессия (от греч. «aggredy») — идти вперед, приближаться.
Это открытая форма протеста

Агрессивное поведение — это аутодеструктивное (саморазру-
шающееся) поведение

Аффективное поведение — по З. Фрейду — это процесс разрядки

Агрессивное поведение — это действия и высказывания, направ-
ленные на причинение вреда, душевной и физической боли другому
существу. (Ю. А. Можгинский, 2008)

Мотив агрессии — желание повлиять на других. Может быть
и другой — избежать конфликта

Сублимация — подмена

Гемблинг — патологическое влечение к игре

Копинг-стратегия — преодоление стресса

Пристрастие — влечение

Пассивная форма протеста — отказ от еды, побеги из дома, от-
каз пользоваться речью, суицид

Садизм является частью злокачественного нарциссизма

Садо-мазохистская структура личности — или интеллектуаль-
ная жестокость

Криминальная мотивация — корыстная и насильственно-эгои-
стическая мотивация

Настроение — длительное эмоциональное состояние

Аффект — кратковременная концентрация выраженного настроения; в психиатрии аффект — в значении концентрации эмоции — гнева

Патологический аффект — не адекватен ситуации, возникает без повода, совершается на фоне нарушения сознания («сумеречного типа»).

ВВЕДЕНИЕ

В воспитании личности свобода не приобретается с рождения, а достигается тренировкой интеллекта и эмоций с тем, чтобы сознательно и разумно оценивать окружающий мир и делать выбор. Мы научились управлять атомом, растениями, животными, но не научились управлять собой.

Дельгадо Х. Мозг и сознание. Изд-во «Мир», М 1971, 262 с.

Агрессивное поведение для подросткового возраста — обычное явление. Подросток реализует свою агрессию, чтобы приобрести жизненный опыт, добиться авторитета и самореализации.

В научной литературе широко обсуждается проблема злокачественности протекания алкоголизма и наркомании у подростков с когнитивными, эмоциональными и поведенческими нарушениями. Наименее изучены по данным литературных источников особенности личности и поведения девиантных подростков с перинатальной асфиксией мозга и последующим развитием нарушения внимания и поведения (СНВ). Акцент на этих подростках делается не только по причине значительного увеличения патологии родов (у каждого пятого ребенка диагностируется СНВ), но, главным образом, потому, что у них к пубертатному периоду имеется высокий фактор риска формирования химической зависимости (особенно наркотической) и асоциального поведения, а возникшее заболевание проходит тяжелее и имеет неблагоприятный прогноз.

Не менее важными факторами, вызывающими у подростков неконтролируемое (патологическое) расстройство поведения, являются генетически обусловленные психопатии и акцентуации характера (крайние варианты нормы), а также последствия черепно-мозговой травмы (ЧМТ). В подростковом периоде формируются «незрелые» защитные механизмы деструктивного поведения в виде алкогольной и наркотической зависимости, асоциального поведения.

В настоящее время развитие наркомании в подростковой среде принимает лавинообразный характер. Это свидетельствует о несовершенстве организации антинаркотической деятельности. Следует признать, что имеющийся предшествующий многолетний опыт СССР, полученный на материале профилактики пьянства, табакизма, себя не оправдал. Это касается и функционирующей воспитательно-

образовательной системы (школы, учебные заведения), которая из-за своего несовершенства лишь способствует формированию потребителей зависимого поведения. До сих пор отсутствует научно обоснованная программа комплексного лечения после стационара, когда подростки остаются неспособны к социальной адаптации, быстро «срываются» и возвращаются в больницу. Недостаточно разработаны методологические подходы к функциональной коррекции состояния подростков, склонных к развитию аддиктивных и девиантных форм поведения [Л.О. Бадалян, 2002; А.А. Бажин, 1999; С.А. Кулаков, 1996; Н.Н. Заваденко, 1998; А.Е. Личко, 1991; Н.М. Яковлев, 1998].

С 80-х годов продолжается поиск и до конца не решен вопрос диагностики и коррекции депрессивного синдрома. В ухудшение проблемы душевного здоровья вносят свой вклад разные факторы технического прогресса (информационная перегрузка, интенсификация в сочетании с формализацией межличностных контактов, ускорение темпа жизни). В наиболее развитых странах (Германия, Скандинавия, США) отмечается большая распространенность невротических расстройств, депрессии, суицидов. Из 340 млн. человек с расстройством поведения около 10% наблюдаются в службах первой помощи. В США ежегодные затраты на лечение депрессии оцениваются на уровне 44 млрд. долларов, что равно затратам на лечение всех сердечно-сосудистых болезней. Около 12% всех самоубийств совершают подростки в депрессивном состоянии. Наименее изученной и до сих пор трудно диагностируемой считается скрытая депрессия, под «маской» которой скрываются психозависимые, нервные, соматические заболевания, а также асоциальное поведение.

Проведенный анализ литературы свидетельствует о скудности и противоречии данных относительно генеза, критериев диагностики и новых функциональных подходов в комплексной реабилитации подростков с девиантными формами поведения [А.А. Бажин, 1999; С.А. Кулаков, 1996; К.Б. Фридман, 2003; Г.Е. Бреслав, 2004; Н.М. Яковлев, 2007; И.П. Брызгунов, 2002; Е.К. Лютова-Монина, 2000; Л.С. Чутко, 2004; Ю.Б. Можгинский, 2008].

До сих пор мало изучены и весьма противоречивы данные о нейрофизиологических механизмах компенсации эмоциональных и поведенческих расстройств у подростков с патохарактерологическими расстройствами личности и поведения, с реактивными и депрессивными состояниями на основе применения немедикаментозных методов лечения.

Цель настоящей работы состоит в нейрофизиологическом обосновании «разрешения» внутриличностных конфликтов подростков с патохарактерологическими расстройствами личности и поведения с помощью метода АС–БОС.

В первой главе проведен нейрофизиологический анализ патогенетических механизмов формирования и компенсации зависимого (алкогольного, наркоманического) поведения с помощью метода биоуправления с внешней обратной связью. Впервые показано, что расстройства личности у подростков с алкогольной и наркоманической зависимостью происходят наиболее злокачественно у подростков с СНВ. На основе применения различных вариантов с АС–БОС получены новые данные о конструктивных механизмах осознанной психологической защиты.

Во второй и третьей главах описаны разработанные новые методологические подходы, позволяющие воздействовать на адаптивные механизмы мозга в системе подкрепления у подростков с патохарактерологическими расстройствами поведения (агрессия, депрессия). Обсуждается вопрос о том, что в формировании патологической зависимости ведущим в генезе заболевания является психический симптом как сугубо человеческое переживание. Выработанный пациентами устойчивый навык на комфортное состояние мог использоваться пациентом всякий раз при конфликтной ситуации. Предложены и внедрены в клиническую практику функциональные методы коррекции депрессивного поведения.

В четвертой главе приведены новые данные об условнорефлекторном (непроизвольном или сознательном) формировании в ЦНС новой временной связи, с последующим образованием устойчивого навыка психологической защиты от стрессогенных воздействий у подростков с психоэмоциональными расстройствами и девиантным поведением в процессе психотренинга с АС–БОС.

Работа проводилась в Физиологическом отделе им. И.П. Павлова Института экспериментальной медицины РАМН, а также на базе подросткового отделения Психиатрической больницы № 3 им. И.И. Скворцова-Степанова.

Автор выражает глубокую благодарность заведующей отделением врачу-психиатру высшей категории З.В. Косицкой и сотрудникам отделения за предоставленную возможность проведения работы. Особенно признателен автор руководителю и сотрудникам Физиологического отдела Института экспериментальной медицины за постоянную помощь в проводимой работе.

Я искренне благодарен главному детскому неврологу Санкт-Петербурга Т. А. Лазебник за эмоциональную поддержку и полезные советы при работе над текстом.

ГЛАВА 1. Девиантное поведение и аддикции у подростков

Девиантное поведение — это социально-психологическое расстройство, не соответствующее правовым и морально-этическим нормам поведения. К ним относятся социально неодобряемые стандарты поведения, конфликтность, некомфортность, неподчинение личных интересов общественным.

В отечественной литературе принято выделять непатологические и патологические формы девиантного поведения. Непатологические девиации — это нарушения поведения психически здорового человека. Патологические формы девиантного поведения — понятие, сближающее психологические девиации с патологией личности. В этом случае речь идет о клиническом проявлении заболевания в их непсихотических и психотических формах.

Г.Е. Бреслав считает девиантное (отклоняющееся) поведение следствием патологии в формировании личности [Г.Е. Бреслав, 2004]. А.Е. Личко и В.С. Битенский [1991] прямо указывают, что психопатия и акцентуация являются закономерным предиктом девиантного поведения.

В настоящее время сложились различные подходы к пониманию девиантного поведения:

- * *психологический подход* рассматривает девиантное поведение как проявление внутриличностного конфликта, ведущего к деструкции и саморазрушению личности;

- * *в рамках психиатрии* отклонения поведения рассматривают как преморбидные особенности личности, способствующие формированию психических расстройств;

- * *возрастной подход* рассматривает девиации поведения с позиции возрастных особенностей;

- * *гендерный подход* рассматривает половые стереотипы поведения (мужской, женский);

- * *профессиональный подход* базируется на представлении о существовании профессионального и корпоративного поведения;

- * *феноменологический подход* подразумевает патохарактерологические нарушения личности и поведения [Менделевич В.Д., 2007].

Формы проявления девиантного поведения — алкоголизм и наркомания, асоциальное и суицидальное поведение, сексуальные девиации.

На формирование дисгармоничной личности оказывают влияние как биологические, так и психосоциальные факторы.

1.1. Формирование дисгармоничной личности

Биологическую основу развития дисгармоничной личности составляют психопатии, акцентуации характера, акселерация и инфантилизм, а также искажения воспитания в семье.

Психопатия — это дисгармоничный склад личности, от которого страдает сам человек и его окружающие. Психопатии — это аномалии характера, которые, по словам П.Б. Ганнушкина (1964) «определяют весь психический облик индивидуума, накладывая на весь его душевный склад свой властный отпечаток», «в течение жизни не подвергаются сколько-нибудь резким изменениям» и «мешают приспособляться к окружающей среде».

Имеется три основных критерия психопатии — тотальность, необратимость, дезадаптация (неадекватное поведение в жизненно конфликтной ситуации) вплоть до краха личных планов. Психопатии встречаются у 6–9% населения (одинаково у мужчин и женщин). В подростковом возрасте эти черты проявляются наиболее ярко. Подросток с психопатией проявляет индивидуальные свойства характера в обычных и привычных условиях, а также в кризисной ситуации.

Гипертимный подросток кипит энергией, легко адаптируется, неисправимый оптимист. Неугасающее стремление к лидерству. Из любопытства занимаются алкоголем, курением, наркотиками, легко берутся за все, но никогда не доводят до конца.

Гипотимные психопаты вечно брюзжат, конституционально депрессивны. Старательны, аккуратны, исполнительны.

Эмоционально неустойчивые психопаты. Это люди настроения. Часто вступают в конфликты, непостоянны в любви и дружбе.

Эпилептоидный тип. Склонны к дисфории, аффективной взрывчатости. Они вязки, медлительны, инертны (от моторики, эмоциональности до мышления). Аккуратны, обстоятельны. Трудно адаптируются, консервативны. В кризисных ситуациях невозмутимость сменяется взрывом гнева с разрушительными действиями, они обидчивы и мстительны.

Психопаты со сверхценными идеями. Содержание идей не меняется в течение жизни. Патологические изобретатели, «сутяги». Патологические правдолюбы. Как все психопаты, они лишены гибкости.

Астенические психопаты с детства боятся препятствий. Для них любое дело — учеба, работа, театр, гости — проблема. Помощь окружающих принимают как должное.

Астено-невротический тип. Главная черта — повышенная утомляемость, раздражительность, склонность к ипохондрии. Внимательно прислушиваются к телесным ощущениям. Охотно лечатся.

Психопат психастеник (люди-мимоза). Самое трудное для них — принять решения. Переживают все ментально. Опасаются за свое здоровье, легко декомпенсируются.

Конформный тип. Их главное жизненное правило — «жить как все» (от одежды до мировоззрений и суждений). Поэтому в хорошем окружении — это неплохие люди и исполнительные работники. Попав в дурную среду, они усваивают все ее привычки, манеры, поведение. В такой компании они легко спиваются, идут на правонарушения.

Истероидные психопаты. Основная черта — эгоцентризм, стремление оказаться в центре внимания, им необходима атмосфера восхищения. В любом коллективе стремятся к лидерству. Они обманывают ради обмана, лгуны. Склонны к мифотворчеству. Частые побег из дому начинаются с первых классов школы.

Шизоидные психопаты. С детства эмоционально черствы. Обычно живут в мире абстрактных сложных проблем. Отличаются неловкостью моторики. Любят одиночество, не нуждаются в дружеской и любовной привязанности. Рациональное обычно определяет их на всю жизнь. Они слывут чудаками, людьми не от мира сего. Беспричинное снижение настроения.

Органические психопаты. В анамнезе органическое поражение головного мозга. Задержка психического развития (ЗПР) с цереброастеническим синдромом. У детей с перинатальной патологией — минимальная мозговая дисфункция (ММД) и синдром нарушения внимания (СНВ). Они относятся к краевым формам психопатии. Имеют патохарактерологическое развитие личности. Подробнее особенности личности и поведения подростков СНВ будут изложены ниже. Подростки с органической психопатией — бестормозные, неустойчивые, стремятся к удовольствиям, труд не любят, занятия не выносят, слабовольны, живут здесь и сейчас, часто убегают из дома.

Возбудимые психопаты (люди влечения). Раньше их называли «врагами общества». Им свойственны дисфорические состояния. Очень обидчивы, требовательные, неуживчивые. В сексуальном поведении — садисты. В драках безудержны. Пьют в одиночестве и становятся очень агрессивны.

Акцентуированные личности. Между психической нормой и психопатическими личностями находится группа — акцентуированные личности. Имеют утрированные, обостренные черты

характера. По мнению К. Леонгарда [1981] «Акцентуации характера — это крайние варианты его нормы, при которых отдельные черты характера чрезмерно усилены». Возникают акцентуации чаще при выраженной психической травме. В отличие от психопатов — нет стабильности, нет тотальности проявлений, нет социальной дезадаптации.

Демонстративные личности. Легко вживаются в нужные им роли, самонадеянны, хвастливы.

Педантичные личности. Нерешительные люди, перед тем, как надо начать действовать.

Застревающие личности. Они злопамятны, мстительны, подвержены затяжным аффектам, подозрительны.

Возбудимые личности. Их поступки определяются влечениями, а не логикой. Они нетерпимы к противостоянию, импульсивны, обстоятельны, медлительны в умственных действиях и поступках.

Каждому типу акцентуации характера свойственны свои «слабые» места. Так, трудной ситуацией для гипертимного характера является изоляция от общества, шизоидного — необходимость быстро устанавливать с окружением глубокие неформальные эмоциональные контакты. Однако в отличие от психопатий у акцентуированной личности адаптация нарушается только «при ударах по месту наименьшего сопротивления» — индивидуальная чувствительность к психическим травмам. По мнению К. Леонгарда [1981] в развитых странах более половины популяции относится к акцентуированным личностям. А.Е. Личко и В.С. Битенский [1991] считают психопатии и акцентуации основными генетическими факторами, которые обуславливают аномалию характера.

Акселерация и инфантилизм. Среди биологических факторов, влияющих на искажение развития личности, выделяются также акселерация и инфантилизм. Причины инфантилизма различны.

Наиболее неблагоприятный вариант акселерации — «интенсификация». У этих подростков в 15–16 лет заканчивается половое созревание, но психическая сфера соответствует возрасту ребенка. В результате возникает диспропорция между акселерацией и социальным статусом. Физически подросток в 14–15 лет превращается во взрослого, но еще долго сохраняет детские черты, то-есть имеет место отставание психосоциального созревания. Диспропорция может быть внутри одной возрастной группы. У одних половое созревание еще начинается, у других — в самом разгаре, у третьих — завершено. Подростки с задержкой полового созревания или с чрезмерным его ускорением оказываются в менее выгодном

среди сверстников положении. Все эти диспропорции могут быть факторами, способствующими нарушениям поведения. Не случайно такие подростки направляются в психиатрические больницы с непсихотическими нарушениями поведения (психопатоподобные расстройства, психопатии).

Искажение воспитания ребенка в неблагополучной семье. Формирование дисгармоничной личности подростков складывается также под влиянием неблагоприятных факторов среды (психосоциальные факторы).

Гипопротекция. Чаще встречается «скрытая» гипопротекция, когда контроль поведения со стороны родителей осуществляется формально. Ребенок чувствует, что старшим не до него, они им тяготятся. Тогда подросток живет тайно от них другой жизнью. Особенно неблагоприятно отражается гипопротекция на детях с неустойчивым и конформным типом акцентуации. Они рано оказываются на улице, алкоголизируются.

Доминирующая гиперпротекция. Чрезмерная опека, мелочный контроль за каждым шагом ребенка. Такое воспитание не дает возможности учиться на собственном опыте, пользоваться свободой. У гипертимных подростков резко усиливается эмансипация. Когда родитель усиливает контроль — усиливается реакция эмансипации. Особенно ранимы подростки с гипертимной и эпилептоидной акцентуацией. Подростки «рвут» сразу все родительские запреты и уходят в асоциальную группу.

Потворствующая гиперопека (воспитание по типу «кумира семьи»). Стремление ребенка освободиться от трудностей и неприятных обязанностей, постоянное восхищение родителей мнимыми его талантами в результате приводит к формированию из него бездельника, эгоиста и в последующем к кризису личной жизни. При истероидной акцентуации такое воспитание способствует психопатическому развитию истероидных черт на основе эпилептоидной акцентуации.

Эмоциональное отвержение (воспитание по типу «Золушка»). При скрытой форме родители проявляют подчеркнутую заботу и внимание. Однако подросток чувствует недостаток эмоционального тепла. При гипертимной и эпилептоидной акцентуации — борьба за свободу и самостоятельность. Истероиды обнаруживают выраженную оппозицию. Для привлечения к себе внимания они без особого повода воруют, проявляя неглубокий интерес к алкоголю, наркотику, прибегают к суицидным попыткам. Шизоиды в этих условиях обычно уходят в себя.

Условия жестоких взаимоотношений. Это крайняя форма эмоционального отвержения, полное безразличие друг к другу. Между ними незримая стена. Особенно пагубно такое воспитание для эпилептоидного и конформного типов. У них легче развивается психопатия по эпилептоидному типу.

Повышенная моральная ответственность. Родители питают большие надежды на будущее, подросток чувствует, что от него многого ждут. Подросток неустойчивого типа относится к этому с полным пренебрежением. Гипертимный или эпилептоидный подросток укрепляет лидерские качества. Истероидный тип, поиграв короткое время, начинает ненавидеть своего опекуна.

Противоречивое воспитание (по типу «рак пятится назад, а щука тянет в воду») имеет место, когда сочетаются доминирующая гиперпротекция отца, потворствующая — со стороны матери, эмоциональное отвержение со стороны бабушки, а в совокупности они особенно пагубны для подростка.

Воспитание вне семьи. Само по себе воспитание в условиях интерната для подростка не является отрицательным фактором. Пребывание среди сверстников развивает у него самостоятельность. Но может быть уродливое воспитание при плохих воспитателях.

Воспитание в аморальной семье (правонарушения, алкоголизм).

Анализируя главные факторы риска в генезе отклоняющегося поведения, А.Е. Личко [1983] замечает, что не все подростки, растущие в неблагоприятных условиях, обнаруживают психопатические черты. В одинаковой среде, в одной и той же семье вырастают как разного типа психопаты, так и совершенно здоровые дети. Следует признать, что в настоящее время в клинической оценке декомпенсации личности, девиации поведения имеется большой разброс в количественной оценке расстройств личности, который можно охарактеризовать как «диагностический импрессионизм». В клинике психиатрии, по мнению А. Б. Смулевича [2007], расстройство личности — это патологическое состояние, характеризующееся дисгармоничным психологическим складом в эмоциональной и волевой сфере, а также в сфере влечения и межличностного взаимодействия.

Можно полагать, что не столько сами факторы риска подросткового возраста, сколько приобретенные при рождении и заметные в подростковом возрасте различные психопатии и акцентуированные черты характера накладывают свой отпечаток на линию поведения в течение жизни. Нарушение адаптации в результате конфликта

происходит лишь тогда, когда психическая травма попадает «на слабые места» акцентуации. Причем каждому типу акцентуации характера присуща своя «ахиллесова пята». И аффективная реакция на специфический конфликт бывает наиболее выраженной у детей, воспитанных в негармоничных семьях (фактор социальной дезадаптации).

У подростков патологические расстройства поведения наиболее ярко проявляются нарушением биологической основы развития личности в сочетании с искажением воспитания. Именно эти главные причины (мотивы), обуславливают формирование у подростков патохарактерологических расстройств личности и поведения. Однако аффективные нарушения возникают лишь в условиях индивидуально значимой (для каждой психопатии) стрессовой ситуации или в условиях хронического стресса — дистресса.

Важно определить, каким образом подростки с патохарактерологическими расстройствами личности разрешают внутриличностный конфликт с помощью влечений, предшествующих формированию девиантного поведения.

1.2. Аддиктивное поведение у подростков

Аддиктивные расстройства — любые состояния, при которых человек уходит от реальности, непереносимой для личности, и которую личность не может и не хочет менять. Аддикция — чрезмерная фиксация на определенной деятельности, сосредоточенность на ее узкой сфере, а в медицинской практике — это формирование патологического пристрастия (влечения) к алкоголю, наркотикам, игровой зависимости (гемблинг).

Для снижения тревоги неразрешенного интрапсихического конфликта у подростка неосознанно формируется копинг-поведение психологической защиты. В данном контексте понятие «копинг» или «преодоление стресса» рассматривается как способ управления стрессом [Lazarus, 1981]. Целенаправленное поведение, направленное на устранение или избегание угрозы, предназначенное для уменьшения стрессовой связи с физической или социальной средой, названо активным копинг-поведением. Интрапсихические формы преодоления стресса, являющиеся защитными механизмами и предназначенные для снижения эмоционального напряжения раньше, чем изменится ситуация, рассматриваются как паллиативное, пассивное копинг-поведение. Пассивное копинг-поведение является неконструктивным, так как принципиально не разрешает личностный конфликт.