

Преморбидные характеристики больных героиновой наркоманией подросткового возраста

НАДЕЖДИН А.В. к.м.н., главный детский нарколог МЗ РФ, Москва
ТЕТЕНОВА Е.Ю. с.н.с. НИИ наркологии МЗ РФ, Москва

Дан сравнительный анализ предикторов потребления наркотиков, в частности героина, у представителей разных возрастных групп. Подробно рассмотрены биологические и социально-психологические факторы, способствующие наркотизации несовершеннолетних. Приведена характеристика донозологического этапа потребления психоактивных веществ. Полученные данные позволяют повысить эффективность профилактических мероприятий.

Введение

О возрастных особенностях наркологических заболеваний у несовершеннолетних начали говорить с конца 80-х годов, при этом значительное место отводилось изучению причин и условий, способствующих возникновению зависимости от психоактивных веществ (ПАВ) у детей и подростков.

Наркомания, как любое прогрессивное психическое заболевание, в своем развитии проходит несколько этапов. Выделяют этап злоупотребления (доклинический), продромальное состояние, которое, по мнению И.Н.Пятницкой [29, 30], трудно уловимо для врача-исследователя, и затем поступательное и последовательное появление клинических синдромов, в соответствии со стадиями заболевания.

При изучении "преморбида" заболевания А.В. Снежневский (цит. по [32]) сводил проблему исключительно к характеристике "предболезненной" личности и ее типологическим особенностям ("психический склад личности"), в частности указывал на ее "стенический или астенический склад, а все другие факторы эндогенного или экзогенного происхождения, имеющие важное значение в возникновении заболевания, рассматривались им как "внешние и внутренние движущие силы", способствующие развитию болезни. Подобный подход к проблеме "преморбидных особенностей" понятен и методологически оправдан для большей части нозологических единиц в психиатрии, где манифестация заболевания, как правило, жестко детерминирована конституционально-биологически, т.е. эндогенно обусловлена, либо в случае экзогенно-органических заболеваний, где травмирующий (экзогенный) фактор выступает в качестве причины болезни, определяя характер ее последующего развития, но затем утрачивая свое прагматическое значение по отношению к лечебно-реабилитационным мероприятиям. Личность больного рассматривается как бы в отрыве от патологического процесса, представляя собой лишь "ландшафт", на котором, подчиняясь "рельефу" (особенностям личности) и/или "нивелируя" его, разворачивается картина заболевания. По нашему мнению, такой взгляд на проблему "преморбида" существенно обедняет и сужает данное понятие, излишне биологизирует его и вступает в противоречие с биосоциодуховной моделью возникновения химической зависимости. Очевидно, что в случае наркологической патологии природа заболевания мультикаузальна, причем значение каждого фактора в индивидуальной картине формирования и последующего развития заболевания может быть совершенно различным, что диктует необходимость расширения понятия *преморбидных особенностей* с включением в него как биологических, так и социальных факторов.

С учетом "диалектического единства и взаимопроникновения в человеке биологического и социального" [17], биологические факторы рассматриваются как равнозначные социальным.

По данным литературы, больные наркоманиями (опийной наркоманией) часто имеют наследственную отягощенность алкоголизмом. А.А. Козлов [19] выявил, что у 49% больных опийной наркоманией отцы страдали алкоголизмом. Иванец Н.Н. и М.А.Винникова [15] отмечают наследственную отягощенность у 42,8 % больных героиновой наркоманией.

В результате нейрохимических исследований выявлено принципиальное единство центральных механизмов зависимости от различных ПАВ [3, 18], что делает вероятным предположение, что генетические механизмы предрасположенности могут быть также общими. Идентичность основных генетических и нейрохимических механизмов предрасположенности к злоупотреблению ПАВ подтверждают данные молекулярно-генетического изучения генов D2DA и D4DA рецепторов у больных с химической зависимостью [4].

Исследованию этиологической роли социально-психологических факторов в формировании наркологической патологии посвящено довольно много работ. Социальные условия оказывают не однозначное, а многофакторное влияние на психическое здоровье. К ставшим в последнее время актуальным социальным предикторам относят: нестабильную экономическую ситуацию, определенный вклад СМИ в формирование нездорового интереса и позитивного отношения к наркотикам среди молодежи, появление в сети "Интернет" большого числа ресурсов с выраженной наркотической и пронаркотической направленностью, отсутствие целенаправленного характера антинаркотической пропаганды в обществе, недостаточно разработанную молодежную политику, отсутствие четкой системы противодействия незаконному обороту наркотиков [1, 26, 27].

Нарушение взаимоотношений в семье выделяют как один из социально-психологических факторов, способствующих наркотизации [29, 30, 23, 7, 40, 41]. Т.В.Клименко [16], Е. Kaufman [39] считают наркоманию проявлением болезни семьи. Выделяются такие факторы, как неполная семья, негармоничные отношения между родителями [15]. О роли дисфункциональности семьи пишут А. Stoker, Н. Swadi [42].

В исследованиях М.В.Деминой [13] показано изменение, по сравнению с началом 90-х годов, социального статуса больных наркоманией с тенденцией к сдвигу в формально благополучные слои населения.

Существуют различные точки зрения на роль преморбидных личностных свойств и социально-психологиче-

ских факторов в формировании аддиктивного поведения в подростковом возрасте. Одни авторы придерживаются концепции личностной и даже психопатологической предрасположенности к наркомании, другие считают более реалистичным представление о том, что аддиктивное поведение является суммарным негативным феноменом групповой активности подростков, обладающих различными личностными нарушениями [11, 20]. На наличие личностных девиаций в преморбиде у лиц, страдающих зависимостью от ПАВ, указывают многие авторы [37, 22, 12, 34, 25, 36], отмечая высокий риск развития заболевания особенно у лиц с неустойчивым типом личности [9, 23], с акцентуациями по эпилептоидному и конформному типу [21], с чертами повышенной возбудимости [31].

И.В.Воеводин [8] выделяет комплекс предикторов, куда входят нарушенная структура и дисфункциональность родительской семьи, неполучение навыков общения в детском коллективе, неопределенность интересов с повышением доли информативно-коммуникативных увлечений и соответственно усилением реакции группирования, низкий уровень осознания степени тяжести последствий потребления наркотиков при удовлетворительной осведомленности о них и особо выделяется роль несформированности адекватного отношения к ПАВ.

В.А. Дереча с соавт. [14] также отмечают несформированный психологический «иммунитет» к наркотикам.

D.V.Kandel et al. [38] приводят данные, подтверждающие четкую этапность в развитии злоупотребления ПАВ, когда потребление алкоголя и курение сигарет в подростковом возрасте (15 лет) открывают двери наркотизации в более старшем возрасте. Р.Я.Марьянчик и соавт. [24], считают, что в основе наркотизации и других поведенческих отклонений лежит отставание в развитии мотивационной сферы подростков, их оценочных и критических возможностей, не сопровождающееся какими-либо нарушениями интеллекта.

Под преморбидным статусом мы понимаем состояние индивида в целом до начала заболевания, т.е. сочетание доступных клиническому изучению параметров, имеющих отношение к проблеме исследования и способных отразить современные представления о природе формирования наркологических заболеваний.

Учитывались особенности личности, наследственность, возраст и пол больного, предшествующие и сопутствующие соматические заболевания, социально-психологические и средовые факторы. В своей совокупности они оказывают влияние на особенности проявления болезни и позволяют сделать предварительные выводы о возможном прогнозе.

Материал и методы исследования

С целью изучения преморбидного статуса нами с 1998 по 2000 гг., было обследовано 230 больных мужского пола, находившихся на стационарном лечении в клиническом отделении детской и подростковой наркологии НИИ наркологии Минздрава России и отделения наркологической больницы № 19 Комитета здравоохранения г. Москвы, со сформированным синдромом зависимости вследствие потребления героина, согласно диагностическим критериям Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10).

Весь массив больных был разделен на 3 группы: 1-я группа — это пациенты, начавшие наркотизацию в подростковом возрасте и проходившие обследование и

лечение в возрасте до 18 лет (113 человек), 2-я группа — это взрослые на момент обследования больные, которые начали наркотизацию в подростковом возрасте (31 человек), 3-я группа — это взрослые пациенты, начавшие употребление наркотических веществ после 18 лет (86 человек).

Основным методом исследования был клинико-психопатологический. Анамнестические данные, сведения о родительской семье, характер формирования наркологического заболевания фиксировались в формализованной карте исследования больных.

Результаты исследования

Средний возраст больных 1-й группы составил 17,2 ± 0,19 года, во 2-й группе — 19,6 ± 0,26 года, средний возраст 3-й группы больных — 23,9 ± 0,39 года.

До знакомства с ПАВ практически все подростки учились в средней школе, типичными были удовлетворительная и средняя успеваемость до 5—7-го классов, посещение спортивных секций, кружков. На момент обследования более половины (67,6%) подростков не учились и не работали, имели неполное среднее образование, 9 чел. (7,9%) прервали образование в 6—7-м классе. Учащиеся составляли 27,4%, из них многие находились на так называемом домашнем обучении (распространенная в настоящее время форма обучения, выражающаяся в необязательности посещения школьных занятий по медицинским и социальным причинам. Фактически является распространенной практикой в образовательных учреждениях без должных на то оснований. Приводит к снижению, а порой и к утрате контроля со стороны администрации учебного заведения за поведением несовершеннолетнего) или учились в вечерней школе и 5% были временно трудоустроены, в отличие от группы взрослых, где среднее образование имели 56,7% и высшее — 14,4%. У обследованных подростков значительно ниже был образовательный уровень, чем у здоровых лиц той же возрастной группы, и, что естественно, ниже, чем у взрослых больных наркоманией.

Семья является важным звеном в социализации подростка, именно в ней он видит образцы паттернов социальной активности: способов достижения целей, реализации своих потенциальных возможностей, характера интерперсональных отношений. Дисфункция родительской семьи является одним из важнейших факторов в этиологии и патогенезе состояний химической зависимости.

Социально-профессиональный статус родителей 1-й группы характеризовался тем, что большинство из них было занято в сфере обслуживания (43,25%), на рабочих специальностях трудились 25,28%, безработные и потерявшие работу в результате сокращения штатов составили 16,29%, служащие — 8,98%, предприниматели и бизнесмены — 6,17%. При сравнении этих показателей с данными других двух групп принципиальных различий выявлено не было.

Обращает на себя внимание, что в 1-й группе исследуемых больных наблюдался наибольший процент семей с нарушенной структурой (70,47%), которые распределялись следующим образом: 42,47% подростков воспитывались одним родителем, как правило, матерью, в 28,31% семей один из родителей был неродным (чаще всего отчимом). Представляет интерес небольшая разница в численности подростков из полных (57,53%) и неполных (42,47%) семей, которая указывает на то, что наличие формально сохраненной структуры семьи, по нашему мнению, в современных условиях не является протекти-

рующим фактором по отношению к развитию наркологической патологии у несовершеннолетних.

При изучении наследственного фона в 1-й группе больных обращает на себя внимание наибольший процент наследственной отягощенности наркологическими и психическими заболеваниями по сравнению с больными героиновой наркоманией с началом заболевания после 18 лет (3-я группа обследованных больных). Отягощенность алкоголизмом по линии отца отмечена у 78,5 % подростков, у взрослых — в 39,5 % случаев. Алкоголизм по линии матери, сформировавшийся до рождения ребенка, в 1-й группе встречался в 14,3% случаев, у взрослых пациентов в 15,1 % отмечался алкоголизм матери, но точные сведения о начале развития алкогольной зависимости до рождения ребенка получено только от шести человек, что составляет 6,9 %. Число диагностированных психических расстройств (пизофрения, эпилепсия, пограничные психические нарушения) у родителей больных 1-й группы составило 23,8%, что почти в 2 раза выше по сравнению с данными в 3-й группе.

При анализе конституционально-биологических характеристик у значительной части обследованных больных выявлены в анамнезе черепно-мозговые травмы: в 1-й группе у 21,4 % больных, во 2-й группе у 22% больных, в 3-й группе в 28,5 % случаев. Сведения о ранних резидуальных церебрально-органических нарушениях, обусловленных патологией беременности и родов у матери, получены в 21 % случаев у больных 1-й группы, во 2-й группе у 18,2% больных, и у 7,7 % обследуемых больных 3-й группы.

В нашем клиническом материале в 1-й группе преобладало воспитание по типу гипоопеки и скрытой гипопротекции (30,09%), когда вседозволенность и бесконтрольное поведение детей становится непредсказуемым и зависимым от внешних социальных влияний. Очень часто (21,24%) встречалось противоречивое воспитание, которое преимущественно наблюдалось в семьях с повторными браками, где отчим и мать использовали разные стили воспитания, или в распадающихся семьях, когда в результате конфликтной ситуации отношения между родителями становятся формальными, но супруги вынуждены проживать вместе.

Воспитание по типу потворствующей гипопротекции встречалось в 15,93% случаев, где вседозволенность и бесконтрольность сочетаются со стремлением родителей, чаще всего матери, нерационально оправдать и защитить ребенка от наказания, что приводит к формированию слабых волевых качеств, неумению сдерживать аффективные проявления, сиюминутные гедонистические желания. В 14,16% случаев, обычно в семьях с единственным ребенком или при значительной возрастной разнице детей, наблюдалось "инфантилизирующее" (оранжерейное) воспитание (по Сухаревой Г.Е. [35]), с элементами потворствующей гиперпротекции, когда удовлетворялись любые желания ребенка, родители преувеличивали его способности и успехи, он находился в обстановке общего обожания и избалованности, "кумира семьи", все его поступки родители объясняли с оправдательных позиций. (Данный тип воспитания имеет сходство с воспитанием по типу "кумира семьи" в классификации А.Е. Личко [23], но оказывается, по нашему мнению, не вполне тождественным ему).

Воспитание с элементами доминирующей гиперпротекции преобладало во 2-й и 3-й группах исследованных больных (соответственно у 38,71 и 37,21% пациентов) с односторонним жестким контролем за выполнением обязанностей, поручений, кругом общения ребенка с не-

редким применением физического наказания, с одновременным стремлением родителей оградить ребенка от любых жизненных трудностей.

В ряде клинко-психопатологических исследований на основании изучения больших когорт пациентов показана значительная, а зачастую и ведущая роль индивидуально-типологических характеристик и личностных особенностей в развитии и становлении наркологических заболеваний [23, 15]. В этой связи при обследовании больного обращалось внимание на характерологические особенности личности, преобладающий общий рисунок поведения и способы реагирования на те или иные события.

При квалификации личностных особенностей наркоманов мы не использовали общепринятые классификации, где представлены крайние варианты психической деятельности человека, полностью разделяя мнение П.Б. Ганнушкина [10], согласно которому "границы между отдельными психопатиями расплывчаты и неопределенны. Выделяемые отдельные формы большей частью представляют искусственный продукт схематической обработки того, что наблюдается в действительности". В жизни преобладают формы "смешанные", "переходные", "мозаичные", что, по мнению Ю.А. Александровского [2], "дает основание составлять многочисленные классификации".

Этот вопрос нами решался с помощью систематики психопатий и акцентуаций характера А.Е.Личко [23], разработанной на основе синтеза классификаций психопатий П.Б.Ганнушкина [10], Г.Е. Сухаревой [35], с учетом основных психопатологических критериев того или иного типа патологии личности А.К.Ануфриева [5].

Определенные затруднения возникли при оценке типов личности больных в 1-й группе, обусловленные, во-первых, незрелостью эмоционально-волевых характеристик личности подростков с повышенной склонностью к имитации, подражанию форм поведения окружающих. Во-вторых, в младшем и среднем пубертатном возрасте можно говорить лишь о преимущественном модусе реагирования, так как законченной градации типов личности в этом возрасте не выделено. И, в-третьих, у лиц старшего подросткового возраста к ведущим личностным характеристикам присоединяются факультативные и транзиторные характерологические проявления, свойственные пубертатному кризу. Здесь же необходимо отметить сложную проблему динамической оценки личностных особенностей человека, которые за время болезни претерпевают психогенно обусловленные возрастные изменения, в том числе привнесенные собственно наркологической патологией.

В 1-й группе больных выявлено преобладание лиц с неустойчивыми (45,1%), демонстративными (13,3%) и астеноневротическими чертами характера (11,5%). При сравнении данных 2-й и 3-й групп наблюдаемых взрослых больных, отмечается тенденция к увеличению числа с возбудимыми, истероидными, психастеническими и апатическими чертами характера. Полученные данные у взрослого контингента больных существенно не отличаются от представленных другими авторами для лиц с героиновой зависимостью [13, 15].

Для больных с неустойчивыми чертами характера были свойственны: слабование и неспособность противопоставить себя влияниям референтного окружения, затруднения при планировании и предвидении будущих событий, неустойчивое настроение, "летучесть интересов", жажда новых впечатлений, развлечений и удовольствий.

У больных с демонстративными (истерическими) особенностями личности наблюдались: желание постоянно находиться в центре внимания, демонстративность поведения, повышенная внушаемость, эмоциональная неуравновешенность, лживость.

У пациентов с астеноневротическими чертами характера отмечались: повышенная физическая и психическая утомляемость, раздражительность, неустойчивость настроения, робость, впечатлительность, вазовегетативная лабильность, усиливающаяся при физических нагрузках, нарушения сна и аппетита, отсутствие интереса к учебе, ипохондрические проявления.

Меньше представлены, по сравнению с наблюдаемой группой взрослых больных (3-я группа — 19,4%), личности с возбудимыми чертами характера (9,7%), для которых присущи неадекватная взрывоподобная раздражительность со склонностью к жестокости, нестабильное настроение.

Лица с эпилептоидными чертами характера встречались примерно с одинаковой частотой в 1-й и 3-й группах (5,31 и 6,45% соответственно). Для таких больных были свойственны расстройства настроения по типу дисфорий, мелочность, злопамятность, лицемерие, упрямство, стремление к лидерству.

В отличие от взрослых больных 3-й группы в подростковой 1-й группе встречаются чаще и представлены в равной степени лица с эмоционально-лабильными и гипертимными чертами характера. У эмоционально-лабильных (эмотивно-лабильных) (4,4%) субъектов эмоциональная неустойчивость, изменчивость настроения по незначительным поводам является облигатной чертой характера. Подростки с гипертимными чертами (4,4%) были общительны, непоследовательны, не выносили ограничений, нарушали дисциплину, часто стремились к лидерству, были склонны к асоциальному поведению.

Шизоидный тип личности по сравнению со взрослыми больными 3-й группы (6,5%) в подростковой группе встречался в несколько раз меньше (1,8%), возможно, это связано с тем, что типичные черты — замкнутость, невыразительность эмоций, различная степень проявления сниженной потребности в контактах, пассивность, склонность к резонерству и сверхценным увлечениям — не являются предрасполагающими к аддиктивному поведению. И по данным А.Е. Личко [23], у подростков с шизоидными чертами характера редко встречаются реакции группирования и асоциальное поведение, что отодвигает сроки начала наркотизации у подростков с шизоидным радикалом личности на более поздний возрастной период.

Среди исследуемых нами пациентов в единичных случаях наблюдались лица с психастеническими чертами характера (1,8% случаев в 1-й группе и 3,2% — в 3-й группе). Вероятно, вследствие присущей им неуверенности в своих действиях, нерешительности, частых сомнений в правильности своих решений и опасений за свое здоровье они менее склонны к аддиктивному поведению.

Также мы наблюдали пациентов с апатическими чертами характера: вялых, пассивных, бездеятельных, которые довольствуются случайным времяпровождением, объясняя свое состояние "скукой", "ленью", отсутствием интереса к чему-либо, даже к коммуникативным формам досуга, характерным для подросткового возраста, что, по нашему мнению, и отличает эту группу больных от лиц с неустойчивыми чертами характера. В одном клиническом случае было затруднительным дать однозначный ответ на

вопрос о том, являются ли выявленные психологические особенности преморбидными качествами подростка или это изменения, возникшие в результате потребления ПАВ, по причине невозможности адекватного сбора объективных анамнестических сведений ввиду его фактического социального сиротства. Вместе с тем, подростки, страдающие героиновой наркоманией с такими психологическими особенностями присутствовали в нашем материале в 2,7 % случаев. С одной стороны, эти изменения напоминают признаки дефицитарных изменений личности, развивающиеся вследствие различных психических заболеваний, и в том числе так называемый наркоманический дефект. С другой стороны, отсутствие факта систематического потребления ПАВ до формирования апатических черт личности, а также указаний на наличие значимых органических вредностей или признаков поражения ЦНС, эпизодов, которые можно было бы расценить как проявление перенесенного эндогенного психического заболевания, позволяют нам выделить эту группу больных как апатический вариант личностных особенностей.

Наибольший удельный вес в 1-й группе исследованных больных лиц с неустойчивым, демонстративным (истерическим), астеноневротическим модусом реагирования можно интерпретировать, учитывая феномен психического инфантилизма, понимаемый нами как достаточно универсальное и интегральное свойство личности, особенно для лиц подросткового возраста вне жесткой "привязки" к определенному личностному типу.

В рамках научной дискуссии о роли тех или иных личностных радикалов в возникновении состояний химической зависимости неоднократно поднимался вопрос о психическом инфантилизме как значимом предикторе для наркологических заболеваний, и в литературе встречается достаточно большое количество данных, указывающих на присущую психофизическому инфантилизму гедонистической установки, которая способствует формированию аддиктивного поведения. Та или иная степень психической незрелости наиболее часто представлена именно в структуре астенических, истероидных, неустойчивых типов личности. Наличие психического инфантилизма способствует закреплению черт неустойчивости и демонстративности [17]. У исследуемых нами больных подросткового возраста (1-я группа) признаки психического инфантилизма являлись облигатным фоном.

Различными исследователями, работавшими в области возрастной психиатрии, инфантилизм как свойство личности или отдельных этапов ее развития понимается довольно неоднозначно: если научные интересы автора сосредоточены на детском и препубертатном возрастном периодах, то понятие *психический инфантилизм* является либо основной, либо значимой составляющей для объяснения тех или иных отклонений в рамках пограничной психиатрии [17, 35]. Если область научных исследований лежит в пределах пубертатного периода, то феноменологически схожие с инфантильными черты личности подростка получают названия *неустойчивых* [23], которые также рассматриваются в качестве достаточно универсального радикала, "ответственного" за большинство случаев девиантного поведения, включая и аддиктивные его варианты. Данное противоречие представляется нам кажущимся и носит по сути терминологический характер, обусловленный различными проявлениями ретартированного или асинхронного развития на разных этапах взросления: то, что в детском возрасте проявляется "своей" поведенче-

ской феноменологией, с началом пубертата, ввиду имманентной необходимости социализации, формирования "взрослых" паттернов поведения искажается, огрубляется, приобретает большое социальное и даже криминальное значение и объективно трудно воспринимается как незрелость, "детскость" личностной структуры индивида. При этом психопатологическая основа как в детском, так и в подростковом возрасте остается одинаковой — незрелость целого ряда психических функций, т.е. психический инфантилизм.

Характеристики личности тесно связаны с мотивами поведения и с побуждениями (влечениями, стремлениями, потребностями [28]. Изучая инициальные мотивы потребления ПАВ у подростков, мы наблюдали в основном так называемые "личностные мотивы" (по Завьялову В.Ю., 1986), связанные с удовлетворением любопытства, получением удовольствия, стремлением выйти из состояния скуки, "быть как все". Этот тип мотивации наиболее часто встречается у лиц с неразвитыми коммуникативными навыками, со склонностью к отношениям по типу подчинения, некритичности при общении, "неспособностью строить независимую индивидуальную программу поведения" [28], что находится в соответствии с характеристиками установленных нами доминирующих личностных типов (неустойчивые, демонстративные, астеноневротические) и является отражением свойств психической незрелости (инфантилизма), практически универсальным радикалом личности подростка-наркомана. А с другой стороны, этот тип мотивации можно вывести из присущих пубертатному периоду психологических черт: реакции имитации, группирования, оппозиции и т.д.

У взрослых больных (3-я группа) доминировали "рекреационные мотивы", наиболее распространенным было: потребление наркотиков с целью релаксации и изменения эмоционального состояния. Следует отдельно отметить также часто встречающийся для них мотив — для облегчения своего состояния после массивной алкоголизации, который связан с наличием в анамнезе у 30% больных сформированной зависимости от алкоголя (согласно критериям МКБ-10).

На этапе приобщения к потреблению ПАВ в 99% случаев в 1-й и 2-й группах отмечалось полисубстантное аддиктивное поведение [6], под которым понимается злоупотребление различными ПАВ, включая алкоголь и курение. Для большинства исследуемых больных 1-й группы аддиктивное поведение носило практически однотипный характер, т.е. знакомство с ПАВ, как правило с табаком, начиналось в возрасте 10-11 лет, первый опыт употребления алкоголя в 12—13 лет, затем в этом же возрастном интервале, но с "задержкой" от нескольких месяцев до 1 года была первая проба наркотического вещества, чаще всего из группы каннабиноидов. "Поисковое поведение" у некоторых больных дополнялось психостимуляторами, галлюциногенами (17,69%). Во 2-й группе исследуемых больных рисунок аддиктивного поведения не имел отличий от 1-й группы, но отчетливо наблюдалось более позднее начало потребления ПАВ, примерно на 2 года, что объясняется временным патоморфозом, "омоложением" наркоманий [13]. У больных с началом потребления героина после достижения совершеннолетия этап начала потребления ПАВ возникал несколько в более позднем возрасте (14—15 лет), этап потребления традиционных

субстанций (алкоголя и табака) был существенно более длительным, расширение "индивидуального наркотического арсенала" за счет каннабиса происходило в возрасте 17—18 лет. Сравнивая группы исследования, можно сказать, что для больных 1-й и 2-й групп характерны: более быстрый и "хаотичный" период собственно аддиктивного поведения, изначальное пренебрежение социальными и культуральными нормами, нечеткость грани традиционного (алкоголь и табак) и наркоманического потребления. У больных героиновой наркоманией с началом заболевания во взрослом возрасте (3-я группа) существовала определенная инерция при переходе от одного вещества к другому. Отсутствие сформированного синдрома химической зависимости на этапе несистематического потребления ПАВ, по всей видимости, можно объяснить быстротой смены психоактивных агентов и скоростью формирования последующей мононаркомании (героиновой зависимости), сам термин *аддиктивное поведение* как этап в формировании частной формы наркологической патологии нуждается в отдельном клинико-наркологическом анализе, выходящем за рамки настоящей работы.

Выводы

Таким образом, преморбидный статус несовершеннолетних больных в большинстве случаев характеризовался низким образовательным уровнем, подавляющее число подростков росло в дисфункциональных, проблемных семьях, часто в условиях недостатка целенаправленного воспитания или полной безнадзорности. Многих подростков объединяло наличие наследственной отягощенности — преимущественно алкоголизм по линии отца. Наиболее склонными к аддиктивному поведению и в дальнейшем формированию героиновой наркомании оказались подростки с неустойчивыми, демонстративными и астеноневротическими чертами характера с присущими не только им, а практически всем исследованным несовершеннолетним, "личностными мотивами" инициального потребления наркотиков. Процесс формирования наркомании у несовершеннолетних имел определенные закономерности — у подавляющего большинства прослеживался этап аддиктивного поведения, который начинался в 10—11-летнем возрасте и имел определенную "схематичность" развития: курение табака, ранняя алкоголизация и первые пробы веществ, содержащих каннабиноиды, — в возрасте 12—13 лет. У части больных помимо этого имели место потребление кустарно изготовленных психостимуляторов, вдыхание летучих органических веществ.

Условно выделяемые биологические и социально-психологические предикторы потребления ПАВ в разные возрастные периоды приобщения к наркотику имеют разный удельный вес: чем меньше возраст начала потребления наркотиков, тем в большей степени преобладают биологические факторы, на фоне которых облегчается реализация неблагоприятных социально-психологических влияний. По мере взросления (в среднем и старшем пубертатном возрасте) отмечается уравнивание обеих групп факторов. Доминирующее значение социально-психологических предикторов наблюдается у взрослых больных, с манифестацией наркомании по выходу из пубертатного возраста.

Список литературы

1. Авдеев С.Н., Тетенова Е.Ю., Слоневская С.Ю. Наркологические проблемы в "Интернете" // Материалы XIII съезда психиатров России. — Москва, 2000. — С. 224—225.
2. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1993. — С. 152—269.
3. Анохина И.П. Биологические механизмы зависимости от психоактивных веществ // Вопросы наркологии. — 1995. — №2. — С. 27—31.
4. Анохина И.П., Вертинская А.Г., Шамакина И.Ю. // Материалы XIII съезда психиатров России. — Москва, 2000. — С. 227.
5. Ануфриев А.К., Либман Ю.И., Остроглазов В.С. Глоссарий психопатологических синдромов и состояний: Методическое пособие для унифицированной клинической оценки психопатологических состояний. — М., 1990. — С. 5—12.
6. Битенский В.С., Херсонский Б.Г., Мотивировка и условия, способствующие злоупотреблению опиатами у подростков. // В сб.: Психологические исследования и психотерапия в наркологии. — Л., 1989.
7. Братусь Б.С., Сидоров П.И. Психология, клиника и профилактика раннего алкоголизма. — М., 1984. — С. 106—107.
8. Воеводин И.В. Социально-психологические особенности и клиническая динамика этапов формирования опиной наркомании у подростков // Автореф. дисс. на соискание уч. степени к.м.н. — Томск, 2000.
9. Вострокнутов Н.В. Токсикоманическое поведение — проблема комплексного взаимодействия в наркологии // Актуальные вопросы наркологии: Тезисы республ. совещания наркологов. — Ашхабад, 1989. — С. 5—7.
10. Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика. — Н.Новгород: Изд-во НГМА, 1998. — 128 с.
11. Гульдан В.В., Романова О.Л., Сиденко О.К. // Вопр. психологии. — 1993. — №2. — С. 44—48.
12. Гулямов М.Г. Гашишная наркомания // Здравоохранение Таджикистана. — 1988. — № 2. — С. 36—42.
13. Демина М.В. Патоморфоз опийных наркоманий: Автореф. дисс. на соискание уч. степени. к.м.н. — М., 1998.
14. Дереча В.А., Карпец В.В. Основы первичной позитивной наркопрофилактики: Пособие для врачей, педагогов, психологов, родителей, работников правоохранительных органов, журналистов. — Оренбург, 2000. — 41 с.
15. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Героиновая наркомания (постабстинентное состояние: клиника и лечение) — М.: Медпрактика, 2000. — 122 с.
16. Клименко Т.В., Калинина Е.А. Роль семьи при формировании аномального поведения, связанного с употреблением психоактивных веществ // Материалы XIII съезда психиатров России. — Москва, 2000. — С. 245.
17. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей: Изд. 2-е. — М.: Медицина, 1995. — 560 с.
18. Коган Б.М. Состояние катехоламиновой нейромедиации при алкоголизме: Автореф. дисс. на соискание уч. степени д.б.н. — М., 1988.
19. Козлов А.А. Клинические проявления изменений личности у больных наркоманиями: Автореф. дисс. на соискание уч. степени к.м.н. — М., 1999.
20. Коломеец А.А. Об этиологических факторах наркоманий // Вопр. наркологии. — 1989. — №1. — С. 34—37.
21. Колотилин Г.Ф., Михайлов В.И. О мотивации антисоциальных действий подростков, склонных к приему наркотических веществ // Тезисы докладов II конференции психиатров Сибири и Дальнего Востока, 13—14 сентября 1979. — Хабаровск, 1979. — С. 5—8.
22. Личко А.Е. Наркотизм (употребление наркотиков) и подростковая наркомания // Психопатии и акцентуации характера у подростков. — Л., 1977. — С. 61—70.
23. Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркомания: Руководство. — Л.: Медицина, 1991. — С. 150.
24. Марьянчик Р.Я., Москети К.В., Майер Д.И. и др. К профилактике формирования наркотизма у лиц, эпизодически употребляющих наркотики. // В кн.: Вопросы психотерапии. — М., 1977. — С. 302—305.
25. Морозов Г.В., Боголепов Н.Н. Морфинизм. — М., 1984. — 174 с.
26. Надеждин А.В. Профилактика наркомании // Материалы III научно-практической конференции, Омск, 3 февраля 2000 г. — Омск, 2000. — С. 68—71.
27. Надеждин А.В., Иванов А.И., Авдеев С.Н., и др. Социальные и психопатологические предпосылки формирования наркоманий у несовершеннолетних в современных условиях: Пособие для врачей психиатров-наркологов. — М., 1998. — 11 с.
28. Немчин Т.А., Цыпарев С.В. Личность и алкоголизм. — Л.: Изд-во ЛГУ, 1989. — 192 с.
29. Пятницкая И.Н. Злоупотребление алкоголем и начальная стадия алкоголизма. — М.: Медицина, 1988. — 288 с.
30. Пятницкая И.Н. Наркомании: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1994. — С. 377—404.
31. Рохлина М.Л., Воронин К.Э. Ремиссии и причины рецидивов у больных моно- и полинаркоманиями // Профилактика рецидивов при алкоголизме и наркоманиях: Сб. науч. трудов. — СПб., 1991. — С. 46—50.
32. Руководство по психиатрии / Под ред. А.В. Снежневского. — М., 1983. — Т. 1—2.
33. Сидоров П.И., Митюхляев А.В. Ранний алкоголизм. — Архангельск: Изд-во АГМА, 1999. — 306 с.
34. Стрельчук И.В. Клиника и лечение наркоманий. — М.: Медгиз, 1956. — 346 с.
35. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. — Т. 2. — М., 1959. — С. 197.
36. Трайнина Е.Г. Особенности аутоагрессивных проявлений и расстройств при некоторых формах полинаркоманий: Автореф. дисс. на соискание уч. степени к.м.н. — М., 1984.
37. Ураков И.Г., Дудко Т.Н., Пузиенко В.А. Особенности формирования, течения и терапии поли- и осложненных опийных наркоманий в возрастном аспекте: Методические рекомендации. — М.: Изд-во МЗ СССР, 1981. — 16 с.
38. Kandel D.B., Yamaguchi K., Chen K. // J. Stud. Alcohol. — 1992. — Vol. 53, №5. — P. 447—457.
39. Kaufman E. Family Systems and Family Therapy of substance Abuse: an Overview of Decades of Research and Clinical Experiences // Int. J. Addict. — 1985. — Vol. 20, № 6/7. — P. 897—916.
40. Pilke A., Plomin R. // J. Amer. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry. — 1996. — №35. — P. 560—570.
41. Steinhausen H.Ch., Aster S., Gobel D. Family composition and psychiatric disorders // J. Amer. Acad. Child Psychiatry. — 1987. — Vol. 26, № 2. — P. 242—247.
42. Stoker A., Swadi H. Perceived Family Relationships in Drug Abusing Adolescents // Drug and Alcohol Dependence. — 1990. — № 25. — P. 293—297.

PREMORBIDE CHARACTERISTICS OF TEENAGERS WITH HEROIN ADDICTION

NADEZDIN A.V. Ph.D., Chief specialist in child's drug addiction diseases of Russian Ministry of Public Health, Moscow
TETENOVA E.YU. senior research scientist of National Research Institute on Addictions of Russian Ministry of Public Health, Moscow

The range of premorbid behaviour personal peculiarities as a risk factors for drug addiction disease in teenagers is investigated.