

Некоторые медико-социальные аспекты подростковой наркомании

НИКИФОРОВ И.А.

к.м.н., доцент, заведующий кафедрой наркологии и психотерапии
Института повышения квалификации Федерального управления медико-биологических
и экстремальных проблем при МЗ РФ (ИПК ФУ "Медбиоэкстрем" МЗ РФ), Москва

ЧЕРНОБРОВКИНА Т.В.

д.м.н., профессор кафедры наркологии и психотерапии
ИПК ФУ "Медбиоэкстрем" МЗ РФ, зав. лабораторией
ООО «Наркологическая детская и подростковая клиника «Дюнта», Москва

Приведены материалы медико-социального исследования выборки из контингента детей и подростков, состоящих на учете и проходящих амбулаторное лечение в наркологических диспансерах г. Москвы. Дан рейтинговый анализ факторов риска наркологических заболеваний у детей и подростков, изученных путем комплексного клинического и клиничко-лабораторного обследования, включающего методы сбора клинического и семейного анамнеза и анкетирования. Данные подтверждают и дополняют известные сведения о среде, в которой преимущественно рождаются и вырастают девиантные формы поведения, включая наркотизацию. Подчеркивается ведущая роль семьи в оценке степени риска и, в частности, таких ее составляющих, как: структурная целостность, уровень духовности, уровень материальной обеспеченности, психосоматическое здоровье родителей. Выявлена тенденция концентрации в некоторых общеобразовательных и воспитательных учреждениях государственного типа (ПТУ) контингента детей и подростков с девиантным поведением и высоким риском развития химической зависимости от психоактивных веществ (ПАВ). Катамнестическое 5-летнее исследование показало, что самым прогностически тяжелым вариантом первичной наркотизации детей и подростков в смысле медико-социальных и биологических последствий является употребление ПАВ, вызывающих раннюю энцефалопатию. Кроме того, как показали исследования, несомненными воротами в мир полинаркотизации и токсикомании является фактор курения. Полученные результаты предполагают переоценку факторов риска наркологической заболеваемости населения в наркологической превентологии.

Введение

Злоупотребление ПАВ является проблемой, влияющей на нравственное и физическое здоровье нации. В приказе МЗ МП РФ № 68 от 22.02.1996 г. «Об исполнении Федеральной целевой программы «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту на 1995—1997 гг.» выражается тревога за беспрецедентный рост немедицинского потребления наркотических средств населением. Число потребителей ПАВ в этом документе в конце XX века оценивается на уровне 2% населения России. Если учесть, что наркотические средства потребляют в основном молодые люди до 25 лет, становится понятной актуальность проблемы профилактики распространения наркоманий и важность своевременного выявления и лечения лиц, страдающих наркотической зависимостью [4, 10].

Особую тревогу вызывает распространение наркомании среди подростков и молодежи. За последние 10 лет заболеваемость наркоманиями в подростковой среде выросла более чем в 17 раз с 4,9 на 100 тыс. подросткового населения в 1991 г. до 84,5 в 2000 г. Почти в 5 раз увеличилось число подростков, впервые взятых под наблюдение в связи со злоупотреблением наркотическими веществ-

вами — с 31,3 на 100 тыс. подросткового населения в 1991 г. до 151,9 в 2000 г. Число подростков, больных синдромом зависимости от ненаркотических ПАВ, выросло в 1,5 раза: с 32,8 на 100 тыс. подросткового населения в 1991 г. до 48,1 в 2000 г. [1—3, 10, 11].

Не теряет свою «популярность» у подрастающего поколения и алкоголь. В 2000 г. в связи со злоупотреблением алкоголем на учете в наркологических учреждениях состояло 59 394 подростка, что в 1,4 раза больше, чем в 1991 г. Зарегистрировано 1312 подростков, больных алкоголизмом. В последние 2 года участвовавшие наркологи многих городов России регистрируют трех-, четырехкратное увеличение числа подростков с диагнозом пивной *алкоголизм*.

По мнению многих исследователей, эти данные лишь в малой степени отражают реальную картину подросткового наркотизма в силу колоссальной латентности этого явления. По некоторым публикациям [3, 9], уровень злоупотребления ПАВ в подростковой среде в 7—10 раз выше регистрируемого. Ряд авторов относит до 60% юного населения страны к группе риска. Беспрецедентны темпы распространения наркомании в молодежной среде. За последние 5 лет число школьников и студентов, употребляющих наркотики, выросло в 8 раз.

Смертность от употребления ПАВ за последние 10 лет в России выросла в 12 раз, а среди детей и подростков — в 42 раза [9].

Рост наркомании резко обостряет проблему СПИДа. Из зарегистрированных в 1998 г. ВИЧ-инфицированных 80% — больные наркоманиями. Есть прямая связь роста наркомании и быстрого расширения ареала различных видов гепатита, в том числе особенно опасных типов — В и С. Отмечается раннее развитие и других видов органопатологии у подростков, потребляющих ПАВ, включая заболевания печени, почек и мочевыводящей системы, сердечно-сосудистой системы, поджелудочной железы, патологию ткани мозга [8, 12].

Криминальная статистика все теснее коррелирует с цифрами картины распространения и потребления наркотиков. Так, за 6 мес. 1999 г. было совершено более 108 тыс. преступлений, связанных с наркотиками, при этом количество тяжких преступлений по сравнению с аналогичным периодом 1998 г. увеличилось на 40%. Из каждых 10 имущественных преступлений 6 совершается больными наркоманиями [3]. Ранний возраст начала употребления ПАВ способствует формированию криминального поведения у несовершеннолетних [8, 9].

Катамнестические 10-летние исследования, проведенные В.Г. Моск-

вичевым [6—8], также показали достоверную высокую связь между интоксикацией ЛОВ и наркотизацией в раннем (детско-подростковом) возрасте и тяжелыми медико-социальными последствиями в более зрелом возрасте.

Катастрофические последствия развития наркомании для всего общества объясняют все возрастающий интерес исследователей к различным аспектам подросткового наркотизма, и, в частности, к изучению факторов риска, предрасполагающих к употреблению ПАВ в детско-подростковой популяции. Снижение этих факторов является базовой составляющей первичной профилактики алкоголизма, наркоманий и токсикоманий с их медико-социальными и экономическими последствиями.

Объект и методы исследования

С целью изучения социально-психологических факторов, способствующих развитию ранней наркотизации населения, в структуре комплексного обследования проводилось анкетирование потребляющих ПАВ детей и подростков. Анкета содержала 20 вопросов (см. Приложение), позволяющих уточнить семейные и культурно-средовые условия жизни и воспитания подростков, употребляющих ПАВ, наличие у них наследственной отягощенности соматопсихическими расстройствами, изучить структуру потребления ПАВ, частоту криминогенных форм поведения, сферу интересов и др.

Анкетирование носило анонимный характер. Анкету предлагалось заполнить всем детям и подросткам от 7 до 18 лет (ср. возраст 15,3 ± 2,7 года), направленным на консультацию на кафедру наркологии и психотерапии Института повышения квалификации ФУ МБ и ЭП при МЗ РФ и поступавшим в лечебно-реабилитационные отделения для детей и подростков московских диспансеров НД №8 (гл. врач Ибрагимова М.В.) и НД №1 (гл. врач Овчинская А.С.) в связи с предполагаемым или установленным употреблением ПАВ и зависимостью от них. Добровольное анонимное анкетирование проводилось также и среди обследуемых в детской и юношеской наркологической клинике «Дюнта» (директор — д.м.н., проф. Майский А.И.). Методом сплошной выборки в разработку для сравнительного исследования взяты 400 анкет, заполненных в 1994—1999 гг.

В качестве дополнения к ответам на вопросы анкеты использовались данные, полученные методами клинико-anamnestического, клинико-психопатологического и лабораторного исследования этих групп подростков.

Результаты исследования

Структура семьи и характеристика внутрисемейных отношений

Анализ материалов медико-социологического исследования (300 подростков мужского пола, ср. возраст 15,1 ± 1,71 года и 100 — женского пола, ср. возраст 15,6 ± 2,8 года) выявил ряд интересных закономерностей. Только половина подростков (51,3% мальчиков и 49% девочек) воспитывалась в полных семьях. Образовательный, профессиональный и социальный статус родителей был невысок. Как правило, они имели среднее образование и работали на должностях рабочих и служащих низшего звена. В их отношении к детям преобладали педагогическая беспомощность и неправильные виды семейного воспитания, отсутствие интереса к внутреннему миру ребенка (гипоопека или безнадзорность, потворствующая гипопротекция, эмоциональное отвержение и условия жестких взаимоотношений). Об этом свидетельствует и тот факт, что из обследованных только 23,5% мальчиков и 17,3% девочек были привлечены на консультацию к наркологу родителями или старшими братьями и сестрами, а основная часть: 77,4% мальчиков и 75,3% девочек направлена участковыми, и лишь 7,4% (только девочки) обратились за помощью самостоятельно, без содействия старших.

Около половины обследуемых (48,7% мальчиков и 51% девочек) росли в неполных семьях, где воспитанием ребенка занимался один из родителей и/или бабушка. Так, небольшое число детей (4,3% мальчиков и 4% девочек) жили с отцом по причине смерти матери или лишения ее родительских прав. В ряде случаев (7% мальчиков и 1% девочек) жили с отчимом в условиях дискомфортных взаимоотношений, а 1,7% мальчиков и 5% девочек к моменту обследования вообще жили без родителей и воспитывались бабушками, тетками, старшими сестрами. Социально-бытовые условия жизни, как правило, были неудовлетворительными (коммунальная или малогабаритная квартира), где у детей не было своей комнаты. С раннего детства они испытывали фрустрации из-за тесноты, бедности, дефицита заботы родителей, отказов в приобретении игрушек, одежды, обуви, которые им нравились, отсутствия карманных денег, ограниченного рациона питания.

Наследственная отягощенность

По сути, факт наследственной отягощенности, особенно аддиктивными заболеваниями, устанавливался только при явном (в т.ч. и для самого обследуемого) наличии алкогольной зависимости у отца или ма-

тери, как правило, при запойном пьянстве. У 36% мальчиков и 24,7% девочек не удавалось установить отягощенную психическую или соматическую патологию наследственности. Это могло быть связано с тем, что подростки вообще плохо знали своих родственников по обеим линиям, если они не проживали с ними в одном городе или не поддерживали постоянных контактов с их семьями.

Наследственная отягощенность по алкоголизму установлена у 36% обследованных мальчиков и 45,4% девочек.

Структура наследственной отягощенности обследуемых по алкоголизму приведена на рис. 1 и 2. Как у мальчиков, так и у девочек, имеющих наследственную отягощенность по алкоголизму в анамнезе, доминирующее положение занимает алкоголизм отца, соответственно, 77,3% у мальчиков и 55,1% у девочек. Алкоголизм матери обнаружен у 9,2% мальчиков и 6,1% девочек. Похожие показатели по алкоголизму обоих родителей: он был в семьях 10% мальчиков и 11,2% девочек. Алкоголизм у других родственников (в данном случае, дедушек, братьев и сестер) в группе мальчиков регистрировался реже, чем в группе девочек, соответственно 3,5% и 28,6%, что объясняется, возможно, разностью выборки (300 мальчиков против 100 девочек).

Интересен факт, который нуждается в дальнейшем изучении: у родственников 10% мальчиков и 15,6% девочек имел место сахарный диабет, преимущественно у матерей и бабушек. Эти данные были существенно выше, чем наследственная отягощенность по психическим заболеваниям, которая составляла, соответственно, 2,3% у мальчиков и 1,3% у девочек.

Трудовая и учебная занятость

Большинство подростков (85,3% мальчиков и 75% девочек) имело неполное среднее образование и училось в школах и ПТУ, часть — в школах-интернатах. Работали — чаще на временных работах («подработках») — 15,7% мальчиков и 15,6% девочек. Вместе с тем, почти пятая часть их (17% мальчиков и 18,8% девочек), не получив даже среднего образования, бросив учебу в школе или ПТУ, не училась и нигде не работала от года до 3 лет к моменту настоящего обследования.

В силу девиантных форм поведения (распития спиртных напитков в подвалах домов или общественных местах, уходов из дома, группового потребления ингалянтов, воровства, коллективных драк) 58,3% мальчиков и 43,8% девочек находились на

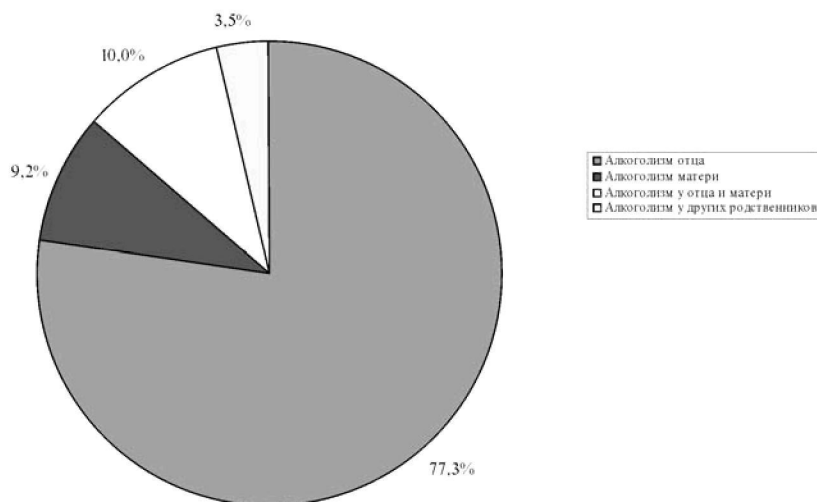


Рис. 1. Наследственная отягощенность по алкоголизму у обследуемых мальчиков

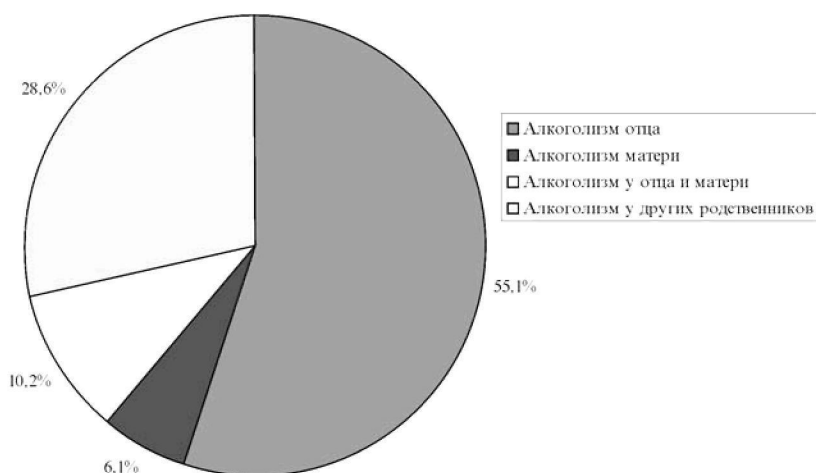


Рис. 2. Наследственная отягощенность по алкоголизму у обследуемых девочек

учете в милиции, а соответственно 20 и 28,8% были фигурантами уголовных дел в связи с кражами личного имущества, угонами машин, хулиганством, хранением наркотиков, и двое мальчиков (0,5%) — в связи с соучастием в убийстве.

Информированность о наркотиках

Абсолютное большинство обследованных (72,1% мальчиков и 75,3% девочек) независимо от возраста были информированы о тех или иных наркотически действующих средствах, галлюциногенных и психотропных препаратах. Источниками таких сведений они указывали средства массовой информации и, прежде всего, телевидение, а также старших товарищей из референтной группы. Многие подростки описывали нюансы воздействия тех или иных ПАВ на психическую сферу, что выдавало наличие собственного опыта их применения, хотя бы на уровне проб. Подростки старшей возрастной группы отмечали в анкетах, что «знают обо всех (или почти обо всех) наркотиках». Вместе

с тем, эти знания характеризовались неполнотой и односторонним характером. Подростки были информированы в основном об эйфоризирующем и психоделическом эффектах ПАВ и очень слабо представляли себе аддитивные и висцеропатические свойства употребляемых ПАВ.

Структура потребления ПАВ

Как видно из рис. 3, доминирующие позиции занимал алкоголь. Спиртные напитки потребляли 77% мальчиков и 77,8% обследуемых девочек.

Второе место по частоте потребления с большим отрывом у мальчиков занимали летучие растворители (38,7%), где самым популярным средством был клей «Момент» и лишь в части случаев использовался бензин. Наркотизация ингалянтами, как правило, проходила в малых подростковых группах, которые уединялись от посторонних глаз, чаще в подвалах жилых домов. Этот вид наркотизации был характерен для младшей и средней подростковой групп (7—10 и 10—14 лет).

Третье место по частоте наркотизации у мальчиков занимали каннабиноиды (13,1%), которые часто потреблялись вместе с табаком и алкоголем, в компаниях, где преобладают подростки в возрасте 15—17 лет.

Группа мальчиков-потребителей галлюциногенов (6,1%) использовала в основном кетамин, который приобретался разными путями в ампулах по 5 мл и вводился внутримышечно в дозах от 2 до 5 мл. Это были подростки из средней возрастной группы 15—17 лет. Дети 10—13 лет чаще экспериментировали с циклодолом в больших дозах.

Психостимуляторы принимали 5,7% обследованных, принадлежащих к старшей подростковой группе. Большинство вводило внутривенно кустарно приготовленные препараты из эфедрина («самодельный первитин», «винт»).

На шестом месте по частоте употребления (5%) были седативные и снотворные вещества. Наибольшей популярностью пользовались транквилизаторы из группы бензодиазепинов, их принимали подростки 15—17 лет, как правило, в сочетании с алкоголем.

Замыкали этот список подростки (4,7%, средний возраст 16,1 года), которые злоупотребляли опиатами, преимущественно героином, которые они вводили как парентально, так и интраназально.

У девочек второе место по частоте потребления ПАВ заняли каннабиноиды (20,2%), 3-ю и 4-ю позиции занимали опиаты и психостимуляторы, при этом разница была статистически недостоверной (не более 2%), а 5-е, 6-е и 7-е места занимали соответственно: летучие растворители, галлюциногены и седативные и снотворные средства. И здесь разница в частоте употребления между группами потребителей разных ПАВ составляла 1—3%.

Различия между группами мальчиков и девочек по частоте потребления одних и тех же ПАВ оказались существенными. Особенно это касалось опиатов, каннабиноидов и психостимуляторов, среди потребителей которых доля девочек была выше, и летучих растворителей, среди потребителей которых существенный перевес был на стороне мальчиков.

Анализ данных, приведенных на рис. 3 и 4, позволяет сделать один печальный вывод: подростки женского пола не только не уступают мальчикам в масштабах вовлеченности в наркотизацию, но даже активнее их экспериментируют с различными ПАВ, что обеспечивает им доминирующие позиции в каждой группе потребителей отдельных ПАВ. Девочки

быстрее расстаются с «детскими наркотиками» (такими, как летучие растворители, седативные и снотворные средства, галлюциногены) и раньше переходят к «тяжелым» наркотикам.

Приведенная структура употребления ПАВ на сегодняшний день и особенно после героинового «бума» 1998—1999 гг. может вызвать неоднозначную реакцию у читателя, но здесь необходимо принять во внимание следующие соображения:

Во-первых, сама когорта обследуемых подростков формировалась не обычным путем, когда подростки приходят в наркологический диспансер «за руку» с родителями или по направлению милиции. Тогда в целом на учете в диспансере оказывается контингент больных, формирующий «типичный» для данного региона срез, отражающий местную структуру потребления ПАВ.

В данном случае на консультацию на кафедру наркологии и психотерапии и в лабораторию параклинических исследований наркологическими диспансерами направлялись подростки, представлявшие трудности в диагностическом процессе либо вследствие сочетанного употребления ПАВ, либо вследствие сокрытия употребления наркотиков под маской бытового пьянства (которое они не считали большим грехом) и любопытства в плане действия доступных седативно-снотворных средств. Особенно часто подростки старались скрывать свое знакомство с опиатами и психостимуляторами, поскольку в их понимании это — «тяжелые» наркотики, употребление которых может повлечь социальные санкции, что не входило в их расчеты. В результате комплексного обследования с применением клинко-психопатологического и лабораторного методов нередко удавалось разоблачить диссимуляцию.

Во-вторых, метод неанонимного добровольного анкетирования предполагает известный субъективизм получаемой информации. В данном случае это обстоятельство усугублялось тем, что большинство обследуемых было направлено в наркологические диспансеры милицией, а приблизительно пятая часть их фигурировала в уголовных делах. Предполагаемая ими «прозрачность» анкетной информации склоняла к известной осторожности в высказываниях (что подтверждается при сопоставлении данных диаграмм с данными по субъективному влечению).

В-третьих, в период проведения настоящего исследования (1994—1997 гг.) в подростковой среде (средний возраст 15 лет) героин как объект потребления не занимал еще доминирующих позиций, по крайней мере, среди школьников и учащихся ПТУ.

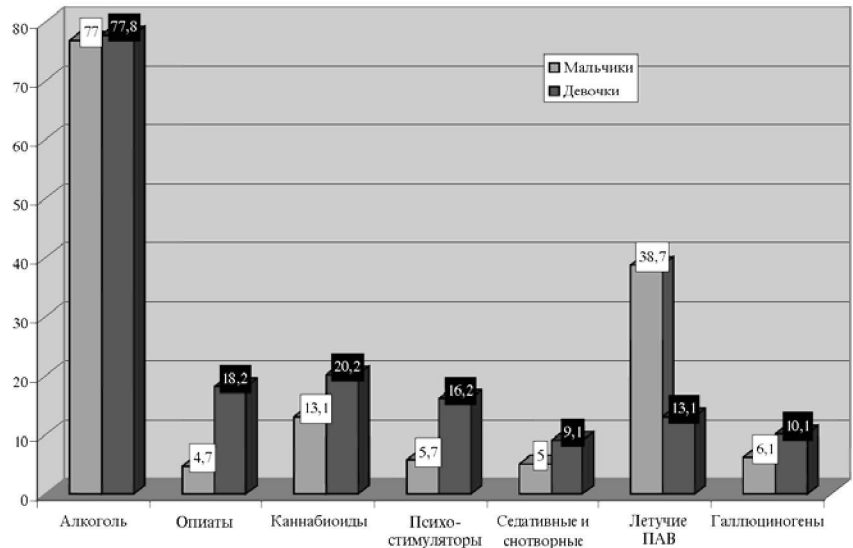


Рис. 3. Структура потребления НДВ у обследуемых подростков

Возраст начала употребления ПАВ подростками

Как видно из рис. 4, мальчики раньше начинали знакомиться с действием ПАВ, в возрасте от 7 до 10 лет таких уже «накопилось» 7%. В то же время только 1% девочек начал принимать ПАВ в возрасте до 10 лет. У мальчиков плавный рост процесса наркотизации продолжается до 13-летнего возраста, в 14 лет происходит скачок кривой потребителей ПАВ до 22%, затем — плавное снижение этого показателя до 16-летнего возраста и резкое падение к 17 годам. Таким образом, пик приобщения мальчиков к употреблению ПАВ приходится на возраст 14—15 лет, когда 43,5% их приобщаются к наркотизации, а самым опасным отрезком жизни можно считать возраст 14—16 лет, на котором 59,6% подростков становятся стабильными потребителями ПАВ.

У девочек возрастная эволюция наркотизации берет свое начало с 10-летнего возраста, ее плавный рост наблюдается до 13 лет. С 14-летнего возраста отмечается взлет показателя приобщения к ПАВ, который в дальнейшем остается высоким и на рубежах 15 и 16 лет, и далее, так же как и у мальчиков, резко снижаясь к 17 годам. Таким образом, у девочек возрастом повышенного риска также являются 14—16 лет, на которые приходится 69,3% всех приобщившихся к потреблению ПАВ.

Изучения субъективного восприятия подростками действия различных ПАВ

Результаты эмоциональной предпочтительности представлены в табл. 1. Несмотря на известную осторо-

жность и «оглядки» при заполнении анкет, в целом, подростки дали высокую позитивную оценку большинству потребляемых ПАВ. Бесспорным лидером эмоциональных предпочтений являлась группа опиатов: 71,4% мальчиков и 72,2% девочек, употребляющих их, заявили о том, что им нравится действие этих наркотиков. Однако, несмотря на предпочтения, распространенность опишной наркомании «отстает» от данных по предпочтениям (вероятно, вследствие структуры цен на наркотики, не позволяющих удовлетворять потребность в уже предпочитаемых опиатах).

Второе место занял алкоголь, а в отношении других групп ПАВ мнения мальчиков и девочек по рангам предпочтительности несколько разошлись (табл. 1).

Как видно из табл. 1, мальчики дают более высокую оценку каннабиноидам (3-е место), тогда как галлюциногены они поставили на последнее, 7-е, место в плане эмоциональных предпочтений. У девочек же, в отличие от мальчиков, каннабиноиды занимают 4-ю позицию, а галлюциногены — третью. Взгляды мальчиков и девочек на действие остальных групп ПАВ почти совпадают.

Можно отметить, что на лестнице эмоциональных предпочтений более высокие ступени занимают ПАВ, обладающие свойством вызывать эйфорию, а более низкие — вызывающие расстройство восприятия и нарушения образного мышления.

Несмотря на указанные в анкетах и представленные в табл. 1 данные, картина потребления ПАВ подростками накануне обследования (табл. 2) плохо коррелировала с полученной

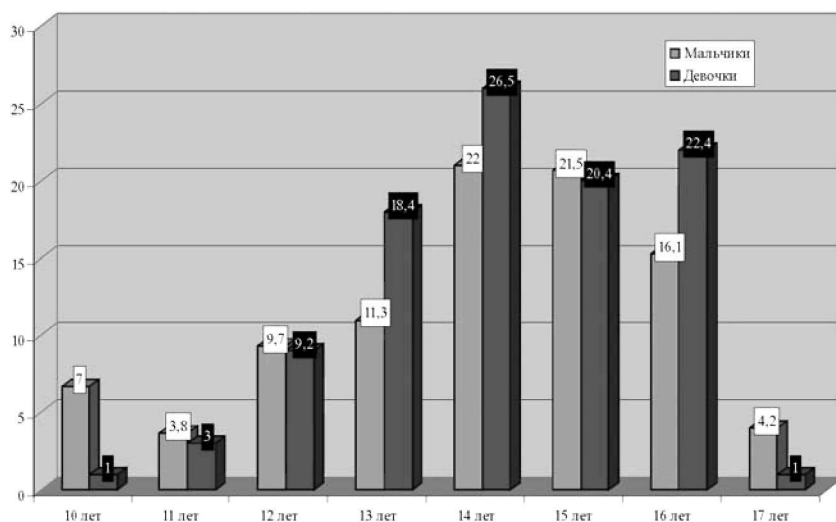


Рис. 4. Возраст начала употребления НДВ у обследуемых подростков

путем анкетирования информации об отношении к различным ПАВ.

Анализ результатов изучения потребления ПАВ накануне (от 1 до 30 дней) обследования обычно отражает реальный срез структуры наркотизации подростков (табл. 2). Он может совпадать или не совпадать с предпочтениями подростков вследствие ограниченных возможностей приобретения предпочитаемых ПАВ.

В связи с этим интересно, что, вопреки относительно слабо выраженному предпочтению летучих ПАВ по результатам анкетирования (табл. 1), значительное распространение и у мальчиков, и у девочек занимает именно эта форма интоксикации, что объясняется доступностью и дешевизной этого вида ПАВ. Учитывая выраженную полиорганную токсичность летучих ПАВ и неблагоприятный медико-социальный прогноз этой формы зависимости [6, 7], необходимо правильно делать

акценты в профилактической работе с детьми из групп риска.

Как видно из табл. 2, «верными своему наркотику» оказались мальчики, потребляющие опиаты, 87,5% их накануне обследования употребляли героин или отвар маковой соломки. Не изменили своим пристрастиям и потребители алкоголя (70,7%), а также летучих растворителей (68,8%). Относительную «верность» своим ПАВ продемонстрировали приверженцы психостимуляторов (44,4%). А вот большинство мальчиков, предпочитавших каннабиноиды, галлюциногены, а также снотворные и седативные средства, накануне обследования принимали другие ПАВ.

Среди девочек наблюдалась та же тенденция несоответствия предпочитаемых и употребляемых ПАВ, только ранги потребляемых ПАВ были иными. Второе место здесь занимали галлюциногены (у мальчиков алкоголь), четвертое — алкоголь (у маль-

чиков — психостимуляторы), а пятое — психостимуляторы (у мальчиков — каннабиноиды). Аутсайдерами явились все те же каннабиноиды и снотворные и седативные средства. Сравнение результатов, представленных в табл. 1 и 2, отчетливо демонстрирует склонность молодежи к полинаркотизации.

Особого обсуждения заслуживают результаты изучения частоты курения подростками табака. Как показали наши исследования, абсолютное большинство обследуемых подростков (92,1% мальчиков и 84,7% девочек) уже имели зависимость от табака и потребляли от 4 до 20 сигарет в день.

Возраст приобщения обследуемого контингента к курению табака приведен на рис. 5.

Как видно из диаграммы, уже среди 7—10-летних в группе обследованных мальчиков имеется 16,8% начавших потребление никотина, после чего прирост их числа плавно продолжается до 14-летнего возраста, где регистрируется пик приобщения подростков к никотину — 19,6%. В дальнейшем идет заметное снижение этой кривой до 17-летнего возраста, в котором курить начинали только 1,2% обследуемых. У девочек кривая зависимости приобщающихся к никотину с увеличением возраста носит более крутой характер с пиком в 13 лет (30,1%), после чего частота начинающих курить круто снижается к 17-летнему возрасту, когда процесс приобщения к никотину среди девочек прекращается. Сравнивая тенденции приобщения к никотину между группами по половозрастным признакам, можно отметить, что девочки позже начинают курить, но процесс их вовлечения в употребление табака идет интенсивнее, чем у мальчиков, опережая последних на год.

Таблица 1

Ранги предпочтительности ПАВ (в % от n) у обследованных подростков мужского и женского пола по результатам письменного анкетирования

Ранг	Мальчики	%	Девочки	%
1	Опиаты	67,5	Опиаты	72,2
2	Алкоголь	49,3	Алкоголь	63,6
3	Каннабиноиды	24,7	Галлюциногены	40,0
4	Психостимуляторы	19,4	Каннабиноиды	30,0
5	Летучие растворители	13,8	Летучие растворители	23,0
6	Снотворные и седативные	8,3	Снотворные и седативные	11,1
7	Галлюциногены	3,3	Психостимуляторы	6,25

Ранги потребления ПАВ у обследованных подростков накануне обследования (в % от n)

Ранг	Мальчики	%	Девочки	%
1	Опиаты	87,5	Опиаты	72,2
2	Алкоголь	70,7	Галлюциногены	60,0
3	Летучие растворители	68,8	Летучие растворители	53,8
4	Психостимуляторы	44,4	Алкоголь	37,7
5	Каннабиноиды	15,0	Психостимуляторы	31,3
6	Галлюциногены	13,3	Снотворные и седативные	22,2
7	Снотворные и седативные	8,3	Каннабиноиды	10,0

Сравнение кривых возрастной динамики показателя приобщения к употреблению ПАВ и к курению (рис. 4 и 5) показывает, что и девочки, и мальчики приобщаются к курению до 10-летнего возраста в гораздо большей своей массе, чем к потреблению других ПАВ, и пик максимальной никотинизации опережает пик наркотизации на целый год, что для периода пубертата с его гормональными перестройками и мощными функциональными нагрузками представляет чрезвычайный (экстремальный) стрессовый фактор возмущения и нарушения эндо- и экзозеологии.

Учитывая столь высокий процент употребления табака у обследованного контингента подростков (мальчики – 92,1%, девочки – 84,7% при среднем возрасте обследованных около 15 лет), можно констатировать следующее: «воротами в мир наркотиков» являются не каннабиноиды и даже не алкоголь, а табак; в силу этого практически у каждого подростка за редким исключением имеет место полинаркотизация.

На наш взгляд, эти показатели являются дополнительным штрихом к портрету семьи, где нормой является потребление табака и алкоголя, где грубость межперсональных отношений соседствует с педагогической беспомощностью, бездуховностью и равнодушием к внутреннему миру ребенка, где бессознательное копирование поведения взрослых служит хорошей почвой для начала девиантного поведения, патохарактерологического развития личности, аддиктивных заболеваний и, в частности, полинаркотизма.

Последнее обстоятельство требует включения в профилактические антинаркотические программы работы с семьями, а также работы в школе по предупреждению курения. Необходимо подчеркнуть, что, на наш

взгляд, курение — очень важная деталь, которая может служить источником искажения медико-статистической информации о видах наркотизации среди детей и подростков из-за неучитываемого приобщения к никотину подростков, уже больных определенной формой наркомании и токсикомании, а фактически — страдающих полинаркотизацией и представляющих собой группу *политоксикоманов* [2, 3, 10].

Как известно, анозогнозия является признаком оформившегося аддиктивного наркологического заболевания, например, алкоголизма. Мы попытались оценить уровень критичного отношения к наркотизации у детей и подростков в зависимости от уточненного клинико-лабораторным обследованием диагноза.

Признавали у себя наличие зависимости от ПАВ и высказывали желание лечиться только 62,5% обследованных мальчиков и 59,6% дево-

чек, поступивших на первичное обследование с целью уточнения диагноза и последующего профилактического наблюдения или лечения. В основном это касалось зависимости от летучих растворителей и табака. В отношении других ПАВ при заполнении анкеты детьми и подростками зависимость чаще либо отрицалась, либо фигурировал мотив «справлюсь сам». При этом у 53,7% мальчиков и 42,9% девочек на момент обследования (включая результаты УЗИ, а также расширенного биохимического анализа крови и мочи на содержание ПАВ методом иммунофлуоресцентного анализа и выявление биохимических синдромов наркотизации и органопатологии) были выявлены различные соматоневрологические расстройства: дискинезия желчевыводящих путей, холестаз, гепатоз, дисфункция печени (нарушения протеинового, липидного, пигментного обмена), ток-

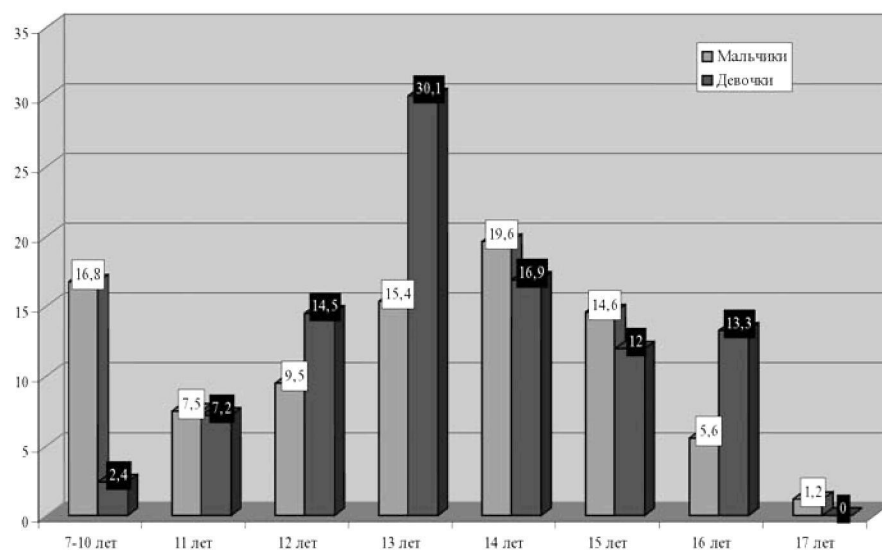


Рис. 5. Возраст начала приобщения к курению табака у обследуемых подростков

сический или вирусный гепатит, функциональная недостаточность либо напряжение функции поджелудочной железы, в том числе токсический панкреатит. Лабораторное и инструментальное исследования свидетельствовали либо о напряжении функции, либо о слабости сердечно-сосудистой системы. Имели место и функциональное напряжение почек, нефропатия, часто – восходящая ренальная инфекция. Нередко диагностировалось состояние повышенной аллергической готовности. Подростки, как правило, часто болели воспалительными заболеваниями верхних дыхательных путей. Распределение органопатологии, сопутствующей наркотизации у подростков, описано нами ранее [12].

По результатам проведенного нами анкетирования, характер времяпрепровождения справедливо оценивается как фактор риска развития девиантного, в том числе и аддиктивного поведения. Только 31,9% мальчиков и 7,5% девочек занимались теми или иными видами спорта, остальные или никогда не занимались в спортивных секциях, или оставили эти занятия задолго до момента обследования (от нескольких месяцев до более года; 56 и 31%), в частности в результате приобщения к ПАВ.

Заключение

Таким образом, проведенное исследование позволило выделить группу факторов, способствующих развитию злоупотребления ПАВ у мальчиков и девочек в раннем возрасте. Основными факторами, предопределяющими раннюю наркотизацию, являются неблагоприятные условия микросоциальной среды и, прежде всего, нарушение структуры семьи и ее функций, что способствует фрустрациям и дисгармоничности развития.

Почти половина обследуемых выросла в «алкогольной» семье, где атмосфера характеризовалась неустойчивостью, дисгармоничностью, непредсказуемостью, отвержением ребенка (если не физическим, то эмоциональным). У детей с раннего возраста формировалось чувство вины и стыда, недоверия к взрослым, пониженная самооценка. В пубертатном возрасте в поведении этих детей появлялась агрессивность, импульсивность, формировалось патологическое развитие личности, по сути социопатия [2]. С этим тесно была связана подростковая делинквентность, неслучайно более половины подростков состояло на учете в милиции, а каждый пятый уже нару-

шал закон, были находившиеся под следствием.

Условия депривации, отсутствие духовной атмосферы в семье и часто – низкий культурный и профессиональный уровень родителей не способствовали мотивации у детей к учебе. Образование в их иерархии ценностей вообще не занимало значимого места. Подавляющее число обследованных девочек высказывало мечту стать мамочкой или продавцом, а большинство мальчиков – водителем (таксистом), охранником. В лучшем случае часть детей хотела выучиться на бухгалтеря или медсестру.

В силу когнитивного дефицита и одновременной склонности к группированию с асоциальными элементами эти дети плохо учились в школе, у них были низкие способности к концентрации внимания, слабая память и перцептивно-моторная координация, речевые затруднения, неразвитая способность к абстрагированию. Независимо от возраста, практически во всех анкетах ответы излагались с грубыми грамматическими ошибками, использованием примитивных оборотов речи, не соответствующих среднему образовате-

льному уровню в их возрасте. Словарный запас был беден и примитивен, речь изобиловала стереотипными оборотами с использованием сленга.

Большинство подростков стремилось проводить все свободное время в референтной группе, где «нормой жизни» было потребление алкоголя, курение каннабиноидов, пробование и прием психотропных лекарственных препаратов для усиления эффекта алкоголя. Подростки младшей возрастной группы уединялись в подвалах домов, где коллективно вдыхали пары летучих растворителей. Старшие подростки переходили на прием психостимуляторов и галлюциногенов, позднее, по мере роста их доступности (цена, предложение), к опиатам.

Микросоциально-педагогическая запущенность, социально-психологическая и нравственно-ценностная незрелость личности, бедность и неустойчивость интересов, отсутствие увлечений и духовных запросов, неразвитость социальных установок и недифференцированность нравственных оценок приводили к делинквентному и криминогенному поведению, отказу от учебы и трудовой деятельности.

Приложение 1

Анкета для лиц, сдающих кровь на биохимический анализ

1. Назовите, пожалуйста, полностью Вашу фамилию, имя, отчество (полностью)
2. Назовите число, месяц и год Вашего рождения
3. С кем из членов семьи Вы проживаете?
4. Употребляют ли (или употреблял ли кто-либо ранее) из Ваших родственников, в том числе не живущие сейчас в Вашей семье, спиртные напитки (или наркотики)?
5. Были ли среди них больные диабетом, эпилепсией, психическими или другими болезнями?
6. В каком учебном заведении Вы учитесь или учились (закончили, бросили, были отчислены)?
7. Чем занимаетесь в свободное от учебы время?
8. Какую профессию хотите приобрести?
9. Было ли у Вас уголовное дело? Если да, то в связи с чем?
10. Есть ли у Вас аллергия на пищевые продукты, солнечные лучи, пыль, цветочную пыльцу и др.?
11. О каких наркотиках, таблетках Вы знаете (из газет, от знакомых и т.д.)?
12. Какие одурманивающие вещества, спиртные напитки Вы употребляли сами и сколько раз?
13. В каком возрасте Вы впервые попробовали их?
14. Какие из них Вам не нравятся?
15. Какие нравятся больше всего?
16. Что именно, когда и в каком количестве Вы употребляли в последний раз перед настоящим обследованием?
17. Курите ли вы? Если да, то в каком возрасте Вы начали курить и сколько выкуриваете в день?
18. Есть ли у Вас искреннее желание освободиться от алкогольной, табачной, наркотической или другой зависимости, и почему?
19. Есть ли у Вас жалобы на боли в сердце, печени, почках, в правом, левом боках, животе, пояснице, на головные боли, слабость, быструю утомляемость, слабость, частые простудные заболевания, или на что-то другое?
20. Занимаетесь ли спортом?

Важным фактором, влияющим на развитие наркотизма, как показал клинико-анамнестический и клинико-психопатологический методы исследования, стала нервно-психическая отягощенность преморбида, включающая в себя резидуально-органическую церебральную недостаточность, наличие черепно-мозговых травм, патохарактерологическое развитие, интеллектуальное недоразвитие и психофизический инфантилизм.

Все эти социальные и биологические факторы искажали нормальное психическое развитие и нравственное становление личности подростков в условиях алкогольной и наркотической среды и приводили к быстрому развитию ранней алкоголизации и различных видов наркотизации.

Принимая во внимание, что курение табака сопутствует практически всем видам аддиктивного поведения подростков, предлагается не игнорировать этот факт сочетанной формы наркотизации (полинаркотизм) как в медико-статистическом учете, так и в работе с контингентами подростков в амбулаторных и стационарных условиях.

Список литературы

1. Арзуманов Ю.Л. Психофизиологические основы алкоголизма и наркоманий. — М., 2001. — 220 с.
2. Киржанова В.В. Динамика заболеваемости наркологическими расстройствами в Российской Федерации в 1991—2001 гг. // Наркология. — 2002. — №11. — С. 2—7.
3. Киржанова В.В. Распространенность наркомании среди подростков // Наркология. — 2003. — №6. — С. 2—6.
4. Кошкина Е.А., Корчагина Г.А., Шамота А.З. Заболеваемость и болезненность алкоголизмом и наркоманиями в Российской Федерации. Пособие для врачей психиатров-наркологов. — М., 2000. — С. 105—163.
5. Москаленко В.Д. Дети больных алкоголизмом. Общая информация. Медицина и здравоохранение. Серия: обзоры по важнейшим проблемам здравоохранения и медицины. / Под редакцией чл.-корр. АМН СССР И.П. Анохиной. — М., 1990. — С. 1—62.
6. Москвичев В.Г. Психопатологические следствия употребления несовершеннолетними летучих наркотически действующих средств: Автореф. дисс. на соискание уч. степени к.м.н. — М., 2003. — 26 с.
7. Москвичев В.Г. Донозологическое употребление летучих одурманивающих веществ (ЛОВ) // Вопросы наркологии. — 2003. — №4. — С.32-37
8. Надеждин А.В. Наркологические заболевания и правонарушения у несовершеннолетних // Наркология. — 2003. — №9. — С. 18—21.
9. Наркомания: Причины, последствия, меры защиты / Под общей редакцией А.Н. Горанского. — Тюмень. 2000. — С. 8—9.
10. Скворцова Е.С., Шелонина О.А., Крошнин С.М., Романова Е.В. Сравнительная характеристика распространенности употребления психоактивных веществ среди подростков, городских и сельских жителей московской области // Наркология. — 2002. — №11. — С. 8—11.
11. Шабанов П.Д., Штакельберг О.Ю. Наркомания: патопсихология, клиника, реабилитация. Изд. 2-е, перераб. и доп. / Под ред. А.Я. Гриненко. — СПб, 2001. — С. 9.
12. Чернобровкина Т.В., Аркавий И.В. Соматические осложнения при наркотизации у детей и подростков // Наркология. — 2002. — №6. — С. 31—39.

SOME MEDICAL-SOCIOLOGICAL ASPECTS OF PSYCHOACTIVE DRUGS USING BY TEENAGERS

NIKIFOROV I .A. cand. med. sci., Head of Chair of drug addicts diseases and psychotherapy of Federal Administration of medical-biological problems of Russian State Public Health, Moscow

CHERNOBROVKINA T.V. Dr. med. sci., professor, Chair of drug addicts diseases and psychotherapy of Federal Administration of medical-biological problems of Russian State Public Health, Moscow

The results of medical-biological study of children and teenagers, who state on prophylactic and treatment programs in connection with alcohol and other psychoactive substances (PAS) using in narcology dispensers is analysed. The main factors of high risk of early alcohol and PAS using and dependent forming are: disturbance family and disharmonic and difficulty living conditions, genetic predisposition, low education level. Leading position in frequency row using and in preferably row has opioides and cannabinoides. The age peak of maximal testing and systematic using of PAS is 14-16 years interval. It is possible say about polynarcotization and polynarcomania taking account for nearly general tobacco smoking in teenager population. This phenomenon must be study and allow for the epidemiology evaluation of addiction diseases as well as for prophylactic and treatment curse.