

Особенности клиники опиоидной зависимости у больных молодого возраста

БЛАГОВ Л.Н.

к.м.н., доцент кафедры наркологии и психотерапии ФПП,
Российский государственный медицинский университет, Москва

НАЙДЕНОВА И.Н.

к.м.н., зав. кафедрой наркологии ФПК РГМУ, Москва

Героиновая зависимость, дебютировавшая в молодом возрасте, является серьезной психопатологической проблемой, требующей психиатрической диагностики и психопатологически детерминированного подхода к работе с данной категорией больных. В своем дебютном формировании и развитии наркомания проявляется на синдромальном уровне и в значительной степени определяется личностными преморбидными особенностями больного. Наиболее злокачественное течение наркомании на ее начальном этапе, как правило, сочетается с выраженными девиациями психики и поведения в преморбиде, отражающими патологический пубертат. Уже в стадии своего формирования болезнь приобретает психотический характер и может здесь рассматриваться как разновидность симптоматического (экспериментального) психоза. Учитывая высокую социальную значимость проблемы, требуется значительно активизировать клинко-психопатологические исследования этой патологии и развивать валидную клиническую инфраструктуру. Очевидным также является необходимый пересмотр существующей правовой базы, регламентирующей работу с наркозависимыми, с отказом от догматического принципа добровольности лечения данной патологии, так как последний не отвечает клиническим реалиям и препятствует осуществлению активной терапии наркотической зависимости уже на ранних ее этапах. Это не только необходимо обществу, но и является, в первую очередь, отражением интересов самого больного и его микроокружения.

Опиоидная зависимость представляет собой в настоящее время одну из наиболее сложных клинических проблем наркологии. Ее изучению посвящено большое количество исследований как в России, так и за рубежом [6—8, 12, 16, 17, 19]. Можно говорить о том, что здесь в полной мере реализуется полиморфизм подходов и точек зрения на проблему, что отражается мультидисциплинарностью исследований. Данные исследования включают как биологический (медицинский) аспект, так и социально-психологический. Это абсолютно уместно и оправданно, поскольку наркология часто выступает на стыке психологии и медицины, которая, в свою очередь, изучает соматический, неврологический и психопатологический (психиатрический) характер последствий хронической интоксикации. В данном случае речь идет о хронической интоксикации опиатами. Поэтому принципиально важным является разделение медицинского и немедицинского аспекта. В этом контексте, однако, часто присутствует изначально некий “конфликт приоритетности”, когда возникает вопрос, что является главным, а что второстепенным, какое направление исследований и какое понимание патологии является наиболее исчерпывающим.

Следует абсолютно четко понимать вполне банальную вещь: наркомания — это всегда болезнь! Поэтому требуется дифференцирование болезненного уровня отклонений от нормы и уровня доклинического, субклинического, который не достигает состояния выраженной болезни. В связи с этим должны существовать такие критерии диагностики и собственно понимания патологии, которые будут объективными, воспроизводимыми в любой ситуации и, определяя приоритетность участия того или иного специалиста в лечебной программе, способными сделать эту программу максимально плодотворной и эффективной. Игнорирование этих положений, пренебрежение квалифицированным клиническим воздействием на болезнь уже в самом ее дебюте, гипертрофирование роли педагога, психолога и социолога в различных “стратегиях” и “схемах” в ущерб врачебно-медицинскому немину-

емо приводит, как показывают наблюдения, к тяжелой клинической запущенности и компрометирует саму клинику и ее терапевтические возможности.

Для решения данной проблемы необходимо дальнейшее изучение клиники наркологических заболеваний.

Именно здесь особую роль играет клиническая наркология, отражающая специфический клинко-психопатологический аспект зависимости и интегрирующая знания, полученные в смежных дисциплинах для обозначения комплексной понятийной научной базы. Именно поэтому важнейшим, на наш взгляд, является четкое формулирование понятия *клиническая наркология*, с четким определением ее задач, “сил и средств” решения этих задач, уровня компетенции участников терапевтического процесса. Безусловно, клиническая наркология — это медицинская специальность, наука, которая изучает причины возникновения, закономерности формирования и развития, а также исход наркологических заболеваний, возникших вследствие злоупотребления психоактивными (наркотическими и токсикоманическими) веществами. Речь поэтому идет о химической зависимости как основной “зоне интересов” клинической наркологии. Она также может являться частью формирующейся новой исследовательской дисциплины — аддиктологии, включающей более широкий спектр аддиктивных (зависимых) форм неправильного поведения, среди которых клинический (медицинский) уровень присутствует не всегда. Поэтому необходимо четко разделять функции врача (клинициста) и психолога. Это — важное положение, отражающее и морально-этическую и юридическую стороны. От этого зависит дальнейшее развитие клинической наркологии или ее постепенное, но неотвратимое превращение из медицинской науки в некое общечеловеческое призвание. Тогда с наркоманами и алкоголиками после их вытрезвления в токсикологическом центре начнут заниматься не врачи, а люди с университетским (не медицинским) образованием, всевозможные энтузиасты и волонтеры или же “бывшие” наркоманы и алкоголики. Ими определено в

значительно большей степени придется заниматься правоохранительным структурам и пенитенциарным учреждениям. Тогда и наркомания и алкоголизм окончательно станут проблемой социологии, токсикологии, психологии и криминологии. Такое развитие событий, все более набирающее силу, просто “похоронит” клиническую наркологию, так и не ставшую серьезной медицинской отраслью. Такая постановка вопроса по сути разделяется опытными психиатрами-клиницистами, активно работающими с больными наркоманией. Мы можем абсолютно точно полагать, что именно такое (вполне вероятное) развитие событий нецелесообразно и не имеет никаких объективных движущих факторов, а является в полной мере процессом конъюнктурно-субъективным.

Вероятно вполне, что “право” заниматься изучением причин развития наркомании, ее клиники и болезненных последствий имеют и психологи, и медики. Одной из серьезных, по сути — из категории конфликтных, ситуаций, сложившихся в наркологии к настоящему времени, как раз и является некое наметившееся противостояние психолога и клинициста. Подчеркнем, что речь идет о диагностике, исследовании закономерностей течения именно болезни и возможностей лечения больного человека. Словесные компромиссы, предъявляющие понятие *клинический психолог* к настоящему времени пока, по всей видимости, несостоятельны, поскольку не определяют четкого содержания этого понятия, четко и исчерпывающе не отвечают на вопрос, в чем принципиальная разница методологии работы просто психолога и клинического психолога. Только лишь в связи с “местом работы”?

Для современной психиатрической и наркологической клиники данные положения и их оценка являются чрезвычайно важными, поскольку для практикующего врача гораздо важнее тенденции психопатологические (как их понимал E. Bleuler), но не примитивные и мало о чем говорящие статистические спекуляции. Тем более, что практически не разработанным остается как клиничко-описательный аспект наркомании, так и его концептуальное (психопатологическое) понимание. Отсюда, на наш взгляд, и методологическая слабость современной наркологии, и ее слабые терапевтические и восстановительные возможности. Очевидно, что стремление к воспроизведению всевозможных психологических (не имеющих оснований считаться клиническими) экспериментальных тестов и шкал, основанных на математическом обобщении простейших самоотчетов обследуемых с последующей спекулятивной интерпретацией “средней температуры по больнице”, для реальной практической клинической работы с наркозависимыми несет мало пользы. Следует отметить, что подобным “подсчетом процентов” и выведением всевозможных “коэффициентов” и “показателей”, в ущерб реальным потребностям клиники, грешат и многие клинические исследования. В данном случае клиничко-описательная, феноменологически-понятийная суть вопроса подменяется безликой и бесполезной статистикой.

Таким образом, чрезвычайно востребованным является определение приоритетности и четкого позиционирования медицины и психологии в их взаимодействии с тем, чтобы данное взаимодействие было максимально плодотворным. Здесь надо абсолютно четко понимать, что такое объединение клиники и психологии ни в коем случае не должно быть формальным и декларативным. К сожалению, в реальной практике мы наблюдаем часто именно такое, предельно формальное присутствие психолога в

наркологической клинике, при котором создаются все возможности для реализации отмеченных нами выше диспропорций, основанных на различии подходов к оценке психического состояния больного. Поэтому, чтобы быть в достаточной мере авторитетным, врач психиатр-нарколог обязан владеть не столько токсикологическими параметрами оценки химической зависимости, сколько клиничко-психопатологическими. Тогда психолог с его реальными возможностями оценки личности и практических навыков проведения психокоррекционной работы находит свое органичное присутствие в лечебно-восстановительной программе в качестве реального ассистента врача.

Итак, при соблюдении должного технологического порядка взаимодействие клиники и психологии не просто возможно, а, как показывает опыт подобной работы, приносит реальные плоды. Это вполне может быть осуществимо в рамках клинической наркологии как при решении вопросов комплексной диагностики, активном терапевтическом воздействии на болезнь, так и при разработке вопросов противорецидивных мероприятий и социально-психологической реабилитации больных наркоманией. Естественно, не избежать такого взаимодействия клиники и психологии в рамках упомянутой выше новой дисциплины — аддиктологии. Установление приоритетности клинициста должно строго опираться на реалии клинической практики. Критерий правильности суждений здесь может быть только один — клиническая целесообразность и безусловное требование исполнения именно данной клинической целесообразности и клинических реалий.

Это особенно актуально при изучении и оценке дебютных проявлений наркомании, клиники химической зависимости у молодежного контингента больных опиоидной (героиновой) зависимостью.

Опиоидная зависимость, являясь самым распространенным видом наркотической зависимости, дебютирует, как правило, в молодом возрасте. Наиболее распространенным ее вариантом (подвидом) в настоящее время является героиновая зависимость.

Цель настоящего исследования — анализ клиничко-психопатологических особенностей опиоидной зависимости у лиц молодого возраста. В связи с этим, требуется конкретизация ряда клинических положений, являющихся базовыми именно для клиники этой зависимости, что отражает характер решаемых в ходе данного изучения задач:

каким образом молодой возраст дебюта заболевания предопределяет особенности его клинических проявлений (форму и вариант течения опиоидной зависимости);

каковы особенности психопатологии и клиники наркомании, свойственные именно больным молодого возраста;

каков уровень поражения психики и, соответственно, каковы здесь роль характера интоксикации (токсического фактора) и степень влияния преморбидных характеристик личности;

какова роль средового фактора в структуре клинических проявлений данной формы наркомании;

каковы особенности терапии и возможности восстановительного лечения, а также структура и стратегия лечебно-реабилитационной работы с молодежным контингентом страдающих зависимостью от опиатов.

Данные положения относятся к основополагающим, и их правильное понимание и возможность в связи с этим

принимать грамотные решения в повседневной клинической практике определяют современное состояние наркологии. Данные положения конкретизируют клинический аспект проблематики. Их исследование требуется для более четкого понимания проявлений именно болезни и возможностей медицинского влияния на эту болезнь.

В широком смысле и в своих “внеклинических” проявлениях они являются предметом постоянного интереса не только клиницистов, но и психологов, педагогов, социологов и даже правоохранительных структур. В связи с этим отражение проблематики молодежной наркомании находит свое место в многочисленных исследованиях и публикациях. Вместе с тем, следует отметить, что для понимания медицинского (клинического) аспекта химической зависимости играет большую роль методология рассмотрения и исследования. В настоящее время здесь преобладают в полной мере токсикологические и психологические рассмотрения, в ущерб психопатологическим. Мы неоднократно высказывались по данному вопросу и имеем вполне определенную точку зрения на то, какой должна быть клиническая наркология [2, 3]. Несмотря на комплексный и мультидисциплинарный ее характер, приоритет здесь принадлежит клинко-психопатологическому пониманию болезненно обусловленной проблематики и, следовательно, методология изучения ее должна опираться на приоритет психиатрического и психопатологического ресурса. Это позволяет избежать чрезмерной психологизации, спекулятивных толкований того или иного феномена, а следовательно, делает клиническое рассмотрение более конкретным и максимально объективным.

Такое понимание проблемы позволяет говорить о создании медицинской технологии, позволяющей работать с зависимостью абсолютно осмысленно и добиваться предсказуемого результата, упорядочив все те довольно разношерстные и часто эклектичные, подходы к лечению зависимости, которые представлены в настоящее время в теории и на практике. Это также позволяет четко структурировать лечебно-реабилитационные мероприятия на этапы первой и неотложной наркологической помощи (детоксикации), активного лечения зависимости, противорецидивного и восстановительного (реконструктивного) лечения, а также четко обозначить последующий этап социально-психологической реадaptации и реабилитации.

Мы также высказывались по поводу оценок современного состояния клинической наркологии как медицинской дисциплины, которая решает вопросы медицинского характера в отношении наркозависимых [2, 3]. Отмечая вполне клинически детерминированную самостоятельность именно психопатологического подхода к решению этих вопросов, мы видим в этом серьезные перспективы развития для клинической наркологии. Вместе с этим, традиционные токсикологический и психологический подходы к изучению проблемы могут быть использованы при дальнейших исследованиях наркологической проблематики, поскольку, с одной стороны, фактор интоксикации и ее последствий является главным “соматическим” и “биологическим” проявлением химической зависимости, а психологическое изучение имеет большую важность при отсутствии или редукции выраженной психопатологической картины. Последнее встречается в различных ситуациях: на донологическом этапе, в фазу ремиссии при приступообразном течении наркомании, при ма-

лопрогредиентной (вялотекущей) форме опиоидной зависимости, а также на фоне результативного активного психофармакологического воздействия на болезнь.

Состояние затрагиваемой нами в данном материале проблематики на сегодняшний день выглядит довольно неоднозначно. Вернее, можно констатировать крайне малое отражение проблемы в литературе клинко-психопатологического направления как в западной, так и отечественной наркологии. Что касается западной наркологии, то ее абсолютное токсико-психологическое освещение делает практически невозможным осуществление серьезных клинических исследований, базирующихся на психопатологических характеристиках болезни. По-видимому, западная наркология, не являясь частью клинической психиатрии, позиционируется как абсолютно самостоятельная (практически — не медицинская, а социально-психологическая) проблема, ставшая той самой общечеловеческой ценностью, о чем мы упоминали выше.

Все основные исследования здесь либо касаются биологических и токсикологических параметров заболевания, либо имеют отношение к социально-психологическим его аспектам. Последнее в большей степени относится к молодежной наркомании. Имеются многочисленные работы, отражающие роль тех или иных средовых факторов, позиционируемых как предполагаемые причины начала наркотизации [1, 10, 15].

Есть работы, указывающие на роль микроокружения при дебюте наркомании [18, 20]. Часть исследований посвящается изучению типологии преморбидной личности и оценке ее роли в возникновении наркотической зависимости [5, 11, 13, 16, 21, 22]. Их общим частым недостатком можно считать, помимо токсиколого-психологического ракурса рассмотрения, либо абсолютизацию статистического компонента исследования, когда фигурируют цифры и их соотношения, но отсутствует или нивелируется их смысловая связь с клиникой, либо периодический научный многолетний мониторинг вопроса о соотношении биологических и средовых факторов приобщения к хронической наркотической интоксикации и ее течения. Последние данные, как правило, получены в результате опросов или тестирования, что, при исключении клинко-динамического наблюдения, делает этот мониторинг практически бессмысленным, поскольку из года в год идет репродукция одних и тех же “открытий”. В этом повинны как методология, так и, по всей вероятности, собственно отсутствие возможностей осуществления непрерывного объективного клинко-психопатологического наблюдения за обследуемым контингентом. Поэтому данные работы во многом малоинформативны для клинициста и, как правило, не представляют серьезного клинического интереса.

Что касается литературы отечественной, то отранно отметить, что ряд ведущих специалистов-психиатров, занимающихся больными с химической зависимостью, акцентируют внимание на необходимость рассмотрения клиники с психопатологических позиций, однако количество подобных работ и исследований все же весьма незначительно [4, 7, 14]. Мы также стремимся рассматривать данную проблему с позиций психопатологии [2, 3]. Наличие подобных исследований, на наш взгляд, основывается на преимуществах отечественной психиатрической школы и абсолютно естественно преломляется в ракурсе клинической наркологии, что делает данный аспект отечественной науки передовым и по факту значительно

опережающим европейскую и американскую синдромальную наркологию. По этой причине видится крайне нецелесообразным отход от этих преемственных позиций отечественной наркологии и переход на “примитивно-синдромальную” наркологию. Еще более ошибочным на наш взгляд является замена психопатологии и психиатрии в клинической наркологии на конъюнктурные вульгарно-психологические приоритеты и подходы, что также можно наблюдать и расценивать как негативную тенденцию.

Понятно, что оценка проблемы молодежной наркомании с точки зрения клиники является проблемой сложной и неоднозначной. Это происходит не только потому, что клинико-психопатологический компонент зависимости на начальном этапе заболевания еще не успел “набрать свою окончательную силу”, но во многом отражает и подход к изучению проблемы. Именно в силу недостаточной (или не слишком явной) специфичности симптоматики в период дебюта умеренно-прогредиентной и малопрогредиентной (вялотекущей) наркомании возникает стремление игнорировать психопатологический подход в принципе. Здесь, естественно, при невыраженности интоксикационного компонента приоритет получает психология. Все проявления наркомании пытаются оценить с помощью психологических критериев и понятий. Методологически это, безусловно, глубоко ошибочно. Однако изучение именно психопатологической специфики дебюта наркомании — важное и перспективное направление клинической наркологии. На сегодняшний день становится понятно, что клинические критерии можно с максимальной эффективностью оценивать только при хорошей психопатологической профессиональной подготовке.

Важность проблемы молодежной наркомании несомненна. Именно в этот период чаще всего отмечается дебют заболевания. Здесь решается вопрос, по какому пути эта наркомания пойдет: закончится быстро и без тяжелых последствий или окажется в прямом смысле смертельной болезнью. Факторами, predisponирующими болезни, являются факторы внутреннего и внешнего характера. К первой категории относятся личностные особенности индивида в их психологическом и психопатологическом “исполнении”. Сюда же относятся факторы биологические и наследственность. Последние 2 категории имеют менее специфичный характер и находятся в стадии активного изучения. Что касается особенностей преморбидных личностных характеристик, то данный параметр изучен значительно полнее. Факторы внешней среды определяются довольно широким перечнем от культуральных, воспитательных, философско-мировоззренческих и духовных до особенностей микросредового уровня. Значение этих факторов в возникновении наркомании как болезни также многократно показано как в медицинской, так и в психологической литературе.

Перечисленные выше причины, способствующие росту эпидемиологических показателей наркомании, являются общепризнанными. Следует, однако, отметить чрезмерно общий, зачастую несколько “беллетристический” характер описания указанных выше факторов, спекулятивно-психологизирующий характер описаний их в аспекте клинической оценки. Это преуменьшает значение их и снижает возможность клинической интерпретации. Следует понимать, что их значение возрастает тогда, когда они проявляются в определенной совокупности и определяют вероятность и саму возможность заболеть

наркоманией. Поиск алгоритмов их сочетаний является насущной задачей и перспективой будущих исследований клинической наркологии.

В данном исследовании с помощью клинико-психопатологического анализа психического статуса больных героиновой зависимостью изучено 120 больных героиновой наркоманией мужского пола в возрасте от 17 до 25 лет. Все больные оценивались также ретроспективно с получением необходимых анамнестических сведений объективного характера по их наследственной отягощенности, детскому и подростковому периоду. Эти сведения также интерпретировались и оценивались с клинико-психопатологических позиций. Контингент исследования — стационарный, с последующим переходом на амбулаторное наблюдение и ведение. Таким образом, осуществлялось динамическое наблюдение на фоне длительного терапевтического континуума (пребывание в стационаре и в период амбулаторного лечения). После окончания активного наблюдения и лечения с частью больных сохранялись связь и возможность объективной оценки их состояния. По этой причине оказались возможными постоянное трехлетнее динамическое наблюдение и лечение (в том числе организация повторных госпитализаций) у 38 больных, что позволило оценить преимущества непрерывного активного терапевтического воздействия на болезнь с учетом микросредового фактора.

Все больные, проходившие стационарное лечение, также прошли стандартное клиническое обследование и психологическую диагностику, достаточные для оценки клинико-динамических параметров наркомании и их клинико-психопатологического описания.

В процессе динамического наблюдения и лечения все больные получали по показаниям активную фармакотерапию, психотерапию и психокоррекцию. Следует особо подчеркнуть, что часть больных находилась в длительных (до нескольких месяцев) программах с привлечением возможностей семейной психотерапии, когда проводилась диагностика и, в основном, психотерапия созависимости. Такое было реально лишь в рамках профильного специализированного медицинского центра. Условия государственного наркологического стационара такую возможность, как правило, не предоставляли (ввиду недостатков и недоработок административно-организационного характера).

Здесь следует отметить трудности чисто организационного и финансового характера, с которыми сталкивается клиницист-исследователь и которые являются (помимо методологических) серьезнейшей помехой в осуществлении адекватного ведения больных наркоманией в условиях ныне действующей официальной наркологической инфраструктуры, многие “возможности” которой на сегодняшний день на поверку являются декларативными и несостоятельными. Это касается как возможностей реализации самой программы динамического наблюдения и лечения, так и банальной возможности удержания больного в этой программе. Нередко требуется, с одной стороны, проявление “нестандартного энтузиазма” со стороны администрации государственной специализированной структуры, а с другой это свидетельствует о серьезных изъянах в законодательстве по вопросам ведения наркозависимых.

По результатам комплексного клинико-психопатологического исследования все изученные случаи распределены на три основных блока. Выделение данных блоков

отражает особенности клиники и психопатологии героиневой наркомании, дебютировавшей в молодом возрасте. В связи с этим находят свое отражение варианты злокачественной наркомании, а также наркомании с умеренными клиническими характеристиками и относительно вялым (малопрогрессирующим) течением. Особо следует отметить, что в исследование не включались больные, у которых имелись диагностические признаки юношеской злокачественной шизофрении и тяжелых расстройств психики в результате врожденного слабоумия или органического поражения ЦНС.

Блок, обозначенный нами как *злокачественная героиневая наркомания*, в своем клиническом воплощении не является полностью однородным. Здесь, ориентируясь на клинико-психопатологические критерии, можно выделить 3 клинически относительно самостоятельные группы больных.

Первая группа характеризуется относительно ранним началом поисковой наркотизации (в 13–15 лет). В преморбиде здесь можно отметить черты возбудимости (в рамках акцентуации или психопатии), ту или иную выраженность гебоидного синдрома (как “результатирующего” проявления дизонтогенеза). Обращает на себя внимание изначальный тропизм к одурманиванию, что практически само по себе, без значительного участия средового компонента, продуцирует поисковую наркотизацию. Эта поисковая наркотизация (первичный интоксикационный континуум) включает в себя всевозможные доступные подростку психоактивные вещества без их четкой дифференцировки. Эта поисковая наркотизация также фактически уже с самого начала ориентирована на максимально возможную эксплуатацию компонента эйфории.

Здесь нет никакой необходимости говорить о “любопытстве”, “следовании в русле наркоманического микроокружения”. Здесь уже изначально просматривается некая “идеология наркотизма”, отражающая ориентированность преморбидной личности на седативно-эйфорический компонент интоксикации. Налицо фактическое изначальное стремление к изменению своего психического состояния, в ряде случаев “обрамленное” в довольно формальный образ “романтического героя наших дней”, зачастую навязываемого ориентированными на молодежь СМИ и культивируемого некоторой частью подростков в рамках “молодежной субкультуры”. Такая наркомания может претендовать, с известными оговорками, конечно, на такое обозначение, как *гениунная*.

Безусловно, это, скорее, метафора. В чистом виде, вероятно, гениунная наркомания (как самостоятельное наркологическое заболевание) все же маловероятна, или, скорее, невозможна (в силу гетерогенности протопатического начала), что отражается спецификой патогенеза опиоидной зависимости как наркологической и психиатрической нозологии. Однако ранний дебют, быстрое и плотное вхождение в основную (героиневую) интоксикационный континуум позволяют говорить о злокачественности болезни. На это указывают также вторичность средового фактора в его “клиническом присутствии” и быстро формирующаяся психопатология зависимости. Говоря о роли наследственности, мы отмечаем алкоголизм родителей (значительно чаще — биологических отцов), что, вероятно, представляет определенный интерес с точки зрения генетических исследований. В совокупности с выраженной и “бесспорной” клиникой это вполне может являться предметом серьезного анализа.

Таким образом, дебют заболевания в данной группе обследованных определяется значительной долей “запрограммированности”, значительным снижением фактора случайности и предсказуемостью мощных эндоформных тенденций в развитии болезни. Эти тенденции реализуются в том, что определенным и специфическим образом затрагиваются все (без исключения) функции психической деятельности: сознание, мышление, аффективная и волевая сферы, интеллект и познавательная функция, что преломляется в неправильном (наркоманическом) поведении. Здесь мы видим довольно быстрое развитие преморбидных особенностей в новой клинической картине, когда быстро формируются психопатоподобный синдром и истероформный поведенческий компонент. Данный психопатоподобный компонент и быстрая истероидизация личности больного в рамках ее довольно быстрых болезненных изменений также являются главными проявлениями нарастающего дефекта.

Особо следует отметить, что речь идет именно о нажитом качестве, когда первоначальное заострение преморбидных черт трансформируется в психопродуктивный фактор, в качестве которого выступают истероформность и психопатоподобный синдром, а затем это новое качество уже преобразуется в характерный опийный дефект, сочетаясь с нарастающей эмоциональной диссоциацией, выхолащиванием, волевыми и другими компонентами дефекта. Такая динамика отражает не просто “движение” синдрома (синдромотаксис), но в полной мере демонстрирует качественные отличия структуры преморбиды от психопатологической продукции и симптоматики дефекта (и то и другое в данном случае — не динамика психопатии, а нажитая патология в результате тяжелого психопатологического процесса). Это — свидетельство злокачественности данного психопатологического процесса и его эндоформного характера.

Здесь также отмечаются быстрое “прохождение” аффективного психопатологического регистра и переход симптоматики на идеаторный (паранойальный) уровень. Такая клиника с самого дебюта “насквозь пропитана” негативизмом, что подчеркивает психотический, “наркоминантный” характер формирующейся зависимости. Присутствие психоорганического радикала на данном этапе заболевания клинически не выражено или вовсе отсутствует. Это, естественно, отражается на характере интоксикации, которая сразу демонстрирует высокий уровень дозировок опиатов, непрерывный (континуальный) характер их потребления, безусловный и бескомпромиссный тип доминанты, требующий при малейших переборах с “поставками” наркотика включать все возможные ресурсы по их приобретению или мгновенно использовать для их замещения всевозможные опиоидные (а впоследствии и неопиоидные) субстанции.

Это также отражается на многочисленных проблемах больного, возникающих в микроокружении и с правоохранительными структурами. При таком сценарии развития наркомании средовой фактор быстро утрачивает свое самостоятельное значение. Болезнь начинает весьма активно его “эксплуатировать”, но только “в своих интересах”. В случае невозможности подобной эксплуатации или реальном или мнимом противодействии (во всяком случае, психика больного часто его идентифицирует именно как реальное противодействующее начало) средового фактора последний либо игнорируется, либо также бескомпромиссно подвергается агрессивному воздействию.

вию со стороны болезни с конечной целью подчинить его “своим интересам”. Сразу и быстро, как уже отмечено выше, начинает меняться личность больного, когда по прошествии нескольких месяцев все преморбидные особенности резко видоизменяются и получают новое качество. Это особо следует помнить при обсуждении всевозможных терапевтических “намерений” и анализе терапевтических возможностей тех или иных “методик”, “стратегий” и “техник”. Также следует понимать, что только длительное стационарное лечение и адекватная фармакотерапия могут в данном случае считаться реальной активной терапией зависимости. Все остальное в данном случае является либо декларацией, либо паллиативом. Это, безусловно, требует соответствующей организации лечебного процесса, что, как мы неоднократно указывали, в настоящее время является камнем преткновения и, по факту, не позволяет активно лечить болезнь.

Вторая группа больных, которые также были отнесены в категорию героиновой зависимости со злокачественным течением, демонстрировала более затяжной вариант дебюта, который в большей степени был обусловлен ситуационными причинами. Вернее, в данном варианте факторы внутреннего и внешнего порядка выступали примерно в равных пропорциях, наследственность отягощена алкоголизмом отца. При этом алкоголизм, являясь “клиническим фактом”, не всегда сопровождался выраженной психопатологической симптоматикой и не всегда приводил к видимым диспропорциям во взаимоотношениях в семье. Тем не менее, такие диспропорции, даже в относительно благополучных семьях, все же имели место, выступая как скрытые, закамуфлированные.

В качестве predisponирующих следует отметить преморбидные характеристики личности больных астенического и неустойчивого уровня в рамках психопатии или акцентуации. Частыми компонентами здесь были факторы гиперопеки или, наоборот, гипоопеки. В качестве истощающих факторов здесь могут выступать чрезмерные требования родителей к подростку с точки зрения достижения высоких спортивных результатов, достижений в области искусства, в высоких школьных требованиях или в насильственном приобщении к наукам с целью подготовки в высшие учебные заведения, соматическая или неврологическая болезнь (травма и ее последствия, включающие выраженный и относительно длительно действующий алгический компонент).

Также возможна прямо противоположная ситуация, когда подросток предоставлен сам себе, легко становится объектом “психопатологического инфицирования” кем-либо из представителей референтной “уличной компании”. Эти характерологические особенности, наряду с обозначенными выше неблагоприятными средовыми факторами, приводили к созданию “оптимальных” условий для осуществления, в целом самостоятельных, попыток испытать психоактивный эффект одурманивающих средств. Мы, однако, также не склонны соотносить эти первые пробы с неким “любопытством” или каким-то “исследовательским” началом. Здесь в значительно большей степени задействован фактор индукции или простого пассивного следования в русле установок неблагоприятного референтного окружения. Об этом говорит также групповой характер приобщения к интоксикации. Первые пробы спиртного (в возрасте 15–16 лет) почти всегда сопровождалась выраженным отрицательным соматовегетативным компонентом. Это, по сути, давало толчок к неприятию алкоголя как средства одурманивания.

Здесь речь идет о востребованности именно эйфорического (психоактивного) начала наркотической интоксикации, а не о какой-либо “любопытности”. Интоксикационный фактор в данной группе практически сразу формируется с изначальным предпочтением опиатов, без выраженного поискового компонента. Во всяком случае, такой компонент отчетливо здесь не прослеживается. Сразу видна тенденция некоей “брутальности” интоксикационного фактора. Наркотик формирует пристрастие быстрое и бескомпромиссное. При этом способ наркотизации (ингаляционный или внутривенный) роли не играет, также необязательным является период ингалирования наркотика, который затем сменяется инъекциями. Инъекционное введение здесь может быть и изначальным.

Третья группа, отнесенная нами в категорию злокачественной опиатной (героиновой) зависимости, также отличалась определенным своеобразием дебюта и начального развития наркомании. Пациенты этой группы, как правило, были из проблемных, неполных семей. Практически постоянным компонентом является наследственная отягощенность алкоголизмом одного или обоих родителей. Важным параметром является проблема дизонтогенеза в детском и подростковом возрасте. Практически всегда в возрастной период 15–17 лет выявляется инфантилизм психический и в меньшей степени — физический. Только в дальнейшем (19–22 года) физический компонент инфантилизма “догоняет” психический, и больной по прошествии нескольких лет заболевания демонстрирует в полной мере их сочетание. Для пациентов данной группы характерны проблемы с интеллектуальным развитием, которые однако не являются проявлением олигофрении.

Следует отметить также *синдром детской гиперактивности*. Пубертатный период так же, как и в предыдущем варианте, демонстрирует черты патологического. Большое значение для данной группы больных в начальный период наркомании имеет средовой фактор. Болезнь в данном случае, как правило, дебютирует через созависимость. Дебют ранний (13–14 лет). Как правило, здесь отмечаются разовые пробы пива, быстрый переход на препараты конопли. В течение 1–2 лет происходит курение анаши, эпизодические пробы различных наркотических и психоактивных препаратов (амфетамины и кустарные амфетаминоподобные препараты, кетамин, седативно-снотворная группа). Постепенный, но, в общем, закономерный переход на героин. Как правило, вначале имеется довольно продолжительный период ингаляционной формы его приема, постепенно сменяющийся на парентеральный.

В качестве замены используются другие опиоиды и вещества, имеющие сродство к опиатным рецепторам мозга: метадон, трамал, кодеинсодержащие противокашлевые препараты. Здесь речь идет именно о викарной интоксикации. Дебют наркомании и ее течение вначале имеют непрерывный характер. В дальнейшем, на фоне постепенно нарастающего психоорганического синдрома (имеющего, как правило, преморбидную почву), обусловленного в том числе и интоксикационным компонентом, все чаще отмечаются интоксикационные дистрессы и необходимость обращения в специализированные наркологические стационары, как правило, за непродолжительной детоксикацией. Тем не менее, тенденция течения данного варианта наркомании заставляет говорить о постепенной трансформации непрерывного и злокачествен-

ного течения в менее злокачественный приступообразный вариант.

Конечно, говорить о полноценных ремиссиях здесь не приходится. Скорее, это временное послабление активной психопатологической симптоматики, обусловленное тотальной астенизацией (повторимся — в рамках формирующегося психоорганического синдрома). Здесь наиболее отчетливо прослеживается необходимость в полноценном комплексном лечении зависимости. Это означает четкое выдерживание технологических требований указанной выше этапности лечебного процесса (детоксикация, активная терапия, противорецидивное и восстановительное лечение, с переходом в последующем к активной ресоциализации и медико-психологической реабилитации). В целом данный вариант молодежной героиновой зависимости имеет затяжное течение.

Тем не менее, не только токсикологические (толерантность, “соматизированный” характер симптоматики синдрома отмены) признаки, но и заметное нарастание дефекта, постепенный переход к полинаркотоксикоманическому паттерну интоксикации, быстрое нарастание дезадаптации и психической инвалидизации свидетельствуют о высокой злокачественности заболевания. Данный вариант злокачественной наркомании отражает, с одной стороны, эндоформные характеристики заболевания, которые так или иначе взаимодействуют с факторами средового и терапевтического уровня, а с другой — довольно значительную роль этих последних средовых параметров. Все это находит отражение в организационных аспектах лечебно-восстановительного процесса.

Умеренная прогрессивность на начальном этапе героиновой зависимости проявляется не какими-либо особенностями преморбиды, а, скорее, динамическими характеристиками болезни. В данном случае речь идет о затягивании периода поискового наркотизма, о более медленном нарастании интенсивности психопатологической симптоматики. Однако здесь следует отметить более редкую встречаемость признаков возбудимости и истероформности в рамках психопатии и акцентуации.

С другой стороны, признаки дизонтогенеза в преморбиде реализуются через стигмы психоорганического характера, что сопровождается психофизическим инфантилизмом, диспластичностью, эмоциональной лабильностью, истощаемостью, нерезко выраженными и, в целом, адаптируемыми задержками интеллектуального развития. Характер интоксикации поэтому в данном случае менее “брутален”. Значительно менее выражены токсикологические характеристики зависимости (дозировки вводимого наркотика и кратность его введения).

Тем не менее, это так или иначе быстрее формирует “наркотическую усталость” (токсический дистресс), что приводит больного в специализированное наркологическое отделение. Это также создает внутренние предпосылки к дискретному характеру интоксикации (когда интоксикационный континуум все чаще прерывается “сухими” промежутками, госпитализациями или викарным замещением легкими наркотиками или слабым алкоголем). Фактически постепенно формируется периодический вариант дальнейшего течения наркомании, однако имеющей, все же, черты злокачественности, и, вместе с тем, более благоприятный в сравнении с предыдущим блоком, характеризующим именно высокую злокачественность.

В случае периодического течения мы также отмечаем нарастание симптоматики, ее непрямой переход на

психотический уровень, что характеризуется специфической наркоманической идеаторикой, описанной нами ранее [2, 3]. Также наступают изменения в рамках *дефекта*. Данная форма героиновой зависимости характеризуется практически обязательным переходом на метадон или кодеинсодержащие препараты, трамал и другие средства, тропные к опиоидным рецепторам мозга. Формально большие объясняют это стремлением “бросить” наркотизацию. Объективно это свидетельствует о приступообразном характере течения и реализации симптоматики в рамках опиатного дефекта: апатико-абулического, энергетического, эмоционального и волевого. В меньшей степени здесь присутствуют психопатоподобный и истероформный компоненты. В данной группе также значительно быстрее нарастает психоорганическая составляющая (токсического генеза на фоне уже имеющихся стигм), что выражается в астении и интеллектуальном снижении.

В последующем, как показывают наблюдения, такие тенденции сохраняются, больные, в общем, закономерно переходят на алкоголь, при этом вначале дозировки высокие, но имеют тенденцию к снижению. Такой сценарий в последующем ускоряет распад наркоманической доминанты и видоизменяет клинику опиоидной (героиновой) зависимости, приводя к выраженной психической инвалидизации.

Малая злокачественность героиновой наркомании (в данном случае идет речь об относительной характеристике в рамках именно героиновой зависимости) характеризуется снижением фактора “внутренней предрасположенности” и усилением фактора средового. С точки зрения преморбиды здесь также имеются черты неустойчивости и инфантилизма, но значительно чаще встречается “чистый” преморбид, где качества личности позволяют характеризовать ее как синтонную. Данная форма молодежной наркомании, в целом, может определяться неблагоприятной микросредовой и эпидемиологической ситуацией, выступать как ятрогения. Здесь в полной мере становится важным фактор психопатологической резистентности, противостоящий этому средовому неблагополучию и фактору психопатологической индукции. Усвоение “норм” наркоманического “кодекса”, “правил наркоманического сообщества” здесь осуществляется с трудом. Наркотизация происходит в устойчивой малой группе, не имеющей тенденции к расширению или какой-либо текучести. Отчасти присутствует некий богемный характер данной микрогруппы, тенденции расслабленного проведения досуга. Психопатология может ограничиваться аффективным регистром и неврозоподобным уровнем со всеми их психопатологическими характеристиками. Дефект малозаметен, нарастает медленнее, его формирование затягивается на месяцы и годы, однако его основные качества, характерные для описанных выше категорий больных, в целом, сохраняют свою направленность. Болезнь (а это, несомненно, следует считать болезнью) подразумевает все свои основные клинические характеристики.

Отличительной чертой здесь является сдерживающий фактор не психоорганики, а устойчивых личностных и мировоззренческих образований, морально-этическое и интеллектуальное развитие в большей степени отражает норматив социума. Это, также, обусловлено сверхценными характеристиками наркоманической доминанты, не достигающими в своих проявлениях бредового уровня. Это не способствует быстрой “коррозии” личности, быст-

рому привитию психопатологических доминантных образований, характеризует устойчивость психики в их отношении. Приобщение к наркотизации почти полностью обусловлено ситуацией, психотравмами или какими-либо подобными вещами. Болезнь поэтому может иметь как непрерывный (дискретная интоксикация) вялотекущий характер, так и транзитный. Такие больные редко оказываются в наркологическом специализированном учреждении, поскольку фактор интоксикационного дистресса не выражен.

Характерным с точки зрения токсикологии здесь является также эпизодическое или более частое и систематическое курение каннабиса, эпизодические пробы кокаина, постепенный и закономерный переход на алкоголизацию и трансформация доминанты из наркотической в алкогольную. Однако это становится реальностью в дальнейшем, с возрастом, хотя возможным является и сохранение прежнего интоксикационного стереотипа.

Вместе с тем, здесь мы можем наблюдать спонтанные ремиссии. Так называемые депривационные ремиссии здесь также возможны. В отношении термина *вынужденная (депривационная) ремиссия* следует оговориться особо. Данный термин является, по сути, вульгаризмом, не несет в себе клинической смысловой нагрузки, так как не отражает клинического и психопатологического содержания понятия *ремиссия*, поскольку отображает лишь факт лишения (депривации) наркотика на некий длительный период. Его употребление поэтому в клинической (психопатологической) наркологии нежелательно. Термин *ремиссия*, в достаточной мере являясь вполне самостоятельным и понятным, характеризует известный клинический феномен абсолютно исчерпывающе и потому не требует дополнительного определения. Все оговорки в данном случае, очевидно, должны характеризовать клинко-психопатологическое качество этой ремиссии, а не переиначивать как-то смысловое значение термина. Ремиссия и трезвость (тем более вынужденная) не являются синонимами. Ремиссия без трезвости невозможна, но сама по себе трезвость отнюдь не свидетельствует о наступлении ремиссии. Ремиссия поэтому — более глубокая, фазовая характеристика болезни, которая включает большой комплекс психопатологических понятий и феноменов в их взаимодействии, а также отражает динамику болезни (нозологически). Трезвость же при активной химической (героиновой) зависимости — это пока всего лишь симптом, так или иначе отражающий статусную характеристику. Поэтому характеризовать фазу болезни одним «идентично узнаваемым признаком», привязывать ее к одному симптому — суждение весьма поспешное и по сути, если оно предъявляется вполне серьезно, проявление недостаточной врачебной квалификации.

Очевидно, что последняя группа больных героиновой наркоманией, описываемая нами, является наиболее «интересной» с точки зрения ее всестороннего исследования и, стало быть, поиска разнообразных форм воздействия на нее, поскольку характеризуется относительно невысокими регистрами психопатологической активности. Вместе с тем, несмотря на относительно благоприятное медленное течение, данная симптоматика также должна рассматриваться как в полной мере болезненная. Несмотря ни на какие, внешне кажущиеся благоприятными проявления зависимости, в данном случае речь идет, безусловно, о заболевании, поэтому все факторы клинко-диагностического и лечебного уровней, выполняемые в отноше-

нии более злокачественных форм опиатной (героиновой) зависимости, также абсолютно и безоговорочно применимы в отношении наркомании с протрагированным (вялым) течением.

Описываемая нами клиническая специфика опиатной (героиновой) зависимости отражает психотический уровень поражения. Этот уровень достигается с первых, дебютных клинических проявлений болезни и отражается специфической психопатологической феноменологией [3]. Такое клиническое и психопатологическое представление данного вида наркомании отражается на требованиях к организации лечебно-восстановительного комплекса. В данном контексте возможность принципиального осуществления этих мероприятий зависит от добровольного желания самого больного находиться в данной программе. Следует четко отметить, что среди наблюдаемого нами контингента больных в полной мере и с полной ответственностью ни в одном случае нельзя было говорить о наличии такого «трезвого» и полностью осмысленного стремления больных находиться в такой программе. Это подтверждается объективно (клинически) выявляемыми психопатологическими характеристиками наркомании — патологии сознания, мышления, волевой, аффективной, интеллектуально-познавательной сфер и поведения. Фактически недобровольное, с элементами давления различного характера и разной степени выраженности, длительное пребывание в терапевтической программе, разработанной для изучаемого контингента больных, было возможным не всегда. Это наблюдалось в случаях:

с умеренной прогрессивностью и тенденцией к приступообразности течения наркомании;

при наличии возможности адекватного структурирования микросоциума и возможности обеспечить основные требования лечебно-охранительного режима на этом уровне, что позволяло продолжать программу вне стен закрытого специализированного учреждения. Здесь также идет речь о характере заболевания с менее выраженными клинко-психопатологическими характеристиками и меньшей злокачественностью;

при условии адекватной и нозологически-ориентированной активной психофармакотерапии основных психопатологических проявлений героиновой зависимости;

этапном (последовательном) принципе организации лечения. При этом характер терапии синдрома отмены опиатов в отношении соматического, неврологического и анестезиологического аспектов никакого самостоятельного значения не имеет и не оказывает решающего (мотивирующего) воздействия на психическую деятельность больного при прогнозировании возможностей и организации дальнейшей лечебно-восстановительной программы.

Такой характер проявлений патологии в полной мере демонстрирует необходимость именно психиатрической оценки и психиатрического ведения данной категории зависимых.

Заключение

Таким образом, героиновая зависимость, дебютировавшая в молодом возрасте, является серьезной психопатологической проблемой, требующей психиатрической диагностики, и психопатологически детерминированным подходом к работе с данной категорией больных. В своем дебютном формировании и развитии наркомания проявляется как синдром. Синдромальный уровень патологии в

нашем понимании рассматривается с позиций психопатологии и выходит за рамки выделяемого в последнее время синдрома зависимости, рассматриваемого в качестве токсикологической и психологической проблематики личности, злоупотребляющей психоактивными (наркотическими) субстанциями. Данный синдром, являясь, в целом, обособленным психопатологическим образованием, тем не менее, в значительной степени “соответствует” характеру преморбиды и во многом модулируется им. Соответственно, клиника на этом этапе формируется “с оглядкой” на преморбид и в различной степени зависима от условий внешнего средового фактора. Гебоидный синдром, патологический пубертатный кризовый период, оформленные на клиническом уровне, в меньшей степени зависят от данного фактора среды. Наоборот, отсутствие выраженных личностных девиаций в преморбиде в значительно большей степени определяет зависимость начальной болезненной симптоматики от неблагоприятного средового фактора. Скорость перехода клиники на психотический уровень, когда патология приобретает свою нозологическую самостоятельность, отражается параметрами прогрессивности наркомании и детерминирует ее форму. Наиболее злокачественное течение наркомании, как правило, сочетается с выраженными девиациями психики и поведения в преморбиде. На этапе своего становления героиновая наркомания может рассматриваться как разновидность симптоматического (экспериментального) психоза.

Учитывая высокую социальную значимость проблемы, необходимо значительно активизировать клинко-психопатологические исследования этой патологии и развивать валидную клиническую инфраструктуру. Очевидным становится необходимый пересмотр существующей правовой базы, регламентирующей работу с наркозависимыми, с отказом от догматического доминирования принципа добровольности лечения данной патологии, как не отвечающим клиническим реалиям и препятствующим активной терапии зависимости уже на ранних ее этапах. Существующий ныне подход в терапии героинового синдрома, ориентированный только на детоксикацию, симптоматическое купирование патологического влечения и абсолютно неэффективную, декларируемую, но не реализуемую на практике (по объективным и субъективным причинам) реабилитацию делает наркологическую службу, в целом, службой скорой и неотложной наркологической помощи, не способной лечить именно зависимость.

В связи с этим, необходимый перечень лечебных мероприятий (стандарты) в работе с наркозависимыми требует критического пересмотра и существенной качественной доработки. Это также требует принципиального пересмотра давно устаревшей организации работы с наркозависимыми, на сегодняшний день демонстрирующей полную беспомощность. Тем не менее, следование данным принципам несколько не умаляет необходимость и саму возможность параклинической и социально-психологической поддержки больных наркоманией, которая может осуществляться в гармоническом и технологичном сочетании с квалифицированной медицинской работой, но не подменять ее.

Выводы

Дебют наркомании в молодом возрасте совпадает с кризовым пубертатным периодом и в самом начальном периоде отражает почти исключительно преморбидные

характеристики заболевшего и особенности его микро-средового окружения. Вместе с тем, выраженность преморбидных девиаций на уровне истеро-возбудимой психопатии и гебоидного синдрома совпадает с наиболее интенсивным дебютом героинового синдрома и злокачественным ее течением в дальнейшем.

Преморбидные характеристики личности на фоне болезни постепенно утрачивают свое клиническое значение, трансформируясь в новое качество, специфическое для наркомании и регламентируемое степенью злокачественности заболевания. Это является дифференциально-диагностическим свидетельством клинической самостоятельности и специфичности заболевания. Чем более злокачественно течет наркомания в молодом возрасте, тем быстрее происходит данная трансформация. Наоборот, при наименее злокачественном течении преморбидные особенности структуры личности могут конкурировать с “нажитой” продуктивной симптоматикой, при этом негативная симптоматика (дефект) имеет меньшую выраженность.

Героиновая наркомания, дебютировавшая в подростковом и молодом возрасте, имеет непрерывный характер течения в данный возрастной период.

Наиболее злокачественно протекающая наркомания, определяемая уже в период ее дебюта и начального развития, сохраняет свой непрерывный вариант течения в дальнейшем, формируя психопатоподобный синдром с выраженным истеро-возбудимым компонентом, асоциальностью, антисоциальными (криминальными) тенденциями и другими быстро прогрессирующими проявлениями дефекта.

Умеренная и малая прогрессивность наркомании в молодом возрасте имеет тенденцию к приступообразному течению и прогнозируемому появлению спонтанных ремиссий разного качества, но требующих своего фармако-терапевтического “углубления” и формирования нового, более высокого их качества. Такой характер течения увеличивает возможности лечебного и средового воздействия на болезнь.

Молодежная наркомания с самого начала имеет клиническую выраженность и поэтому в обязательном порядке все вновь выявленные случаи молодежной наркомании должны быть оценены с медицинских позиций (врачом) и только после этого может быть дана санкция на их неклиническое (психологическое) ведение (всевозможные формы консультирования, самопомощи и т.п.).

Так называемая добровольность лечения героинового синдрома (объективная достаточность мотивации на лечение и возможность ее быстрого достижения) является необоснованным и несостоятельным принципом, не подтверждается психопатологической картиной болезни, поскольку противоречит клиническим реалиям, имеющим в большинстве случаев психотическую выраженность. Недифференцированное следование строгому соблюдению данного принципа, оформленному на настоящий момент в законодательном порядке, является нередко причиной случаев клинической запущенности (отрицательной динамики болезни на фоне неадекватной диагностики и недостаточного лечения) и не позволяет фактически организовать адекватное лечение и социально-психологическую реабилитацию у молодежного контингента больных героинового синдрома уже на ранних этапах заболевания.

Список литературы

1. Беспалько В.В. Медико-социальные факторы формирования наркомании и ее влияние на репродуктивное здоровье учащейся молодежи// Одесский медицинский журнал. — 2003. — № 2. — С. 74–78.
2. Благов Л.Н., Найденова Н.Г., Власова И.Б., Найденова И.Н. О проблемах реабилитации больных с опиоидной зависимостью// Наркология. — 2004. — № 4. — С. 38–41.
3. Благов Л.Н., Найденова Н.Г., Власова И.Б., Найденова И.Н. О роли психопатологии в клинике опиоидной зависимости// Наркология. — 2003. — № 10. — С. 28–33.
4. Демина М.В. “Внутренняя” картина наркологической болезни. — М., 2004. — 59 с.
5. Личко А.Е. Подростковая психиатрия. — Л.: Медицина, 1985. — 256 с.
6. Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология. — М.: Медицина, 1991. — 303 с.
7. Поддубный В.И., Евтушенко В.Я., Грибков В.В., Новицкий Е.В., Раздайков Н.Н. Проблемы оказания стационарной помощи больным наркоманией// Соц. и клин. психиатрия. — 2003. — № 5.
8. Пятницкая И.Н., Найденова Н.Г. Подростковая наркология. — М.: Медицина, 2002. — 256 с.
9. Руководство по наркологии в 2-х т./ Под ред. Иванца Н.Н. — М.: Медпрактика-М, 2002. — Т. 1. — 440 с.; Т. 2. — 504 с.
10. Семенов Д.В. Социально-психологические причины и профилактика употребления подростками токсических и наркотических веществ// Наркология. — 2004. — №10. — С. 76–80.
11. Сидоров П.И. Саморазрушающее поведение у подростков как интегральное качество девиантного образа жизни// Саморазрушающее поведение у подростков. — Л., 1991. — С. 15–21.
12. Сосин И.К. Героиновая наркомания// Междунар. мед. ж. — 2001. — Т. 7, № 3. — С. 29–34.
13. Томиров Т.В. Типологические особенности подростков, предрасположенных к употреблению наркотических и токсических веществ. — М., 1989. — 64 с.
14. Чирко В.В. Закономерности течения и исхода наркоманий и токсикоманий, начавшихся в молодом возрасте (в свете многолетнего катанеза): Автореф. дисс. на соискание учен. степени д.м.н. — М. — 249 с.
15. Eitle D., Turner R.J., McNulty E.T. The deterrence hypothesis reexamined: Sports participation and substance use among young adults// Drug Issues. — 2003. — Vol. 33, № 1. — P. 193–222.
16. Ducanovic B. Kharacteristics of knowledge and attitude to drugs and drug addiction in a population of addicted and non-addicted adolescents// Med. Arch. — 1996. — Vol. 50, №1–2. — P. 41–43.
17. Hastrup S., Jepsen P.W. Eleven years follow-up of 300 young opioid addicts// Acta. Psych. Scand. — 1988. — Vol. 77, №1. — P. 15–25.
18. Hussong A.M.J. Differential peer contexts and risk for adolescent substance use// Youth and Adolescence. — 2002. — Vol. 31, №3. — P. 207–220.
19. Silvestrini B. Tossicomanie: Definizioni e classificazioni// Ann. Ist. Super. Sanita. — 2002. — Vol. 38, № 3. — P. 211–215.
20. Palmquist R.A., Martikainen L.K., von Wright Majjaliisa R. A moving target: Reasons given by adolescents for alcohol and narcotics use// J. Youth and Adolescence. — 2003. — Vol. 32, № 3. — P. 195–203.
21. Vaillant G.E. A 20-year follow-up of New York narcotic addicts// Arch. Gen. Psychiatry. — 1973. — Vol. 29, № 3. — P. 237–241.
22. Winnick C. Maturing out of narcotic addiction// Bull. Narcot. — 1962. — Vol. 14, № 1. — P. 1–6.

PECULIAR PROPERTIES OF OPIOID DEPENDENCE IN YOUNG POPULATION

BLAGOV L.N. Cand.med.sci., docent, Russian State Medical University, Moscow
 NAYDYONOVA I.N. psychiatrist, assistant, Russian State Medical University, Moscow

Heroin dependence in young population is a quite psychiatric problem and needs psychiatric approach for investigation and understanding. It needs for psychiatric managing of this patients too. Addiction is a syndrome in beginning of illness. It closely depends on premorbid personality on this phase. The most malignant dependence is conjuncts with notably appeared psychic and behavior deviations of adolescents. Yet in debut the illness comes by psychotic level. It can be appraised as symptomatic (experimental) psychosis. With this high social significance it is very important to develop further clinical investigations in this field. It is particularly important to develop a valid clinical infrastructure. The obviousness of clinical and psychopathological phenomenology demands to rethink so called voluntariness of treatment towards main compulsive one. It reflects of interests both young addicts and society.