

На правах рукописи

ТЕТЕНОВА
Елена Юрьевна

**ЛИНИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГЕРОИНОВОЙ НАРКОМАНИИ У
НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ.**

14.00.45 - наркология
14.00.18 - психиатрия

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

МОСКВА - 2002

Работа выполнена в клиническом отделении детской и подростковой наркологии НИИ наркологии Минздрава России (директор - член-корреспондент РАМН, профессор Н.Н. Иваненко)

Научные руководители: - член-корр. РАМН, профессор Н.Н. Иваненко
- кандидат медицинских наук А.В. Надеждина

Официальные оппоненты: - доктор медицинских наук, профессор А.Е. Бобров,
- доктор медицинских наук В.В. Чирков

Ведущая организация: - Московский НИИ психиатрии Минздрава России

Защита диссертации состоится 26 марта 2002г. в 10 часов на заседании диссертационного совета Д 208.051.01 при НИИ наркологии Минздрава России по адресу: 121921, Москва, Малый Могильцевский пер., 3.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке НИИ наркологии (121921, Москва, Малый Могильцевский пер., 3)

Автореферат разослан 21 февраля 2002 года

Ученый секретарь
диссертационного совета
кандидат биологических наук

Р733.645.0.21.13,0

О.Ф. Львов

Общая характеристика работы

Актуальность проблемы.

Наблюдающийся за последние 5-10 лет рост уровня заболеваемости наркоманиями среди несовершеннолетних, торый по данным статистики, почти в 2 раза выше, чем среди селения в целом, представляет серьезную угрозу здоровью нации. отечественных работах, посвященных проблемам наркоманий, вольно подробно описывается симптоматика, течение опийных ркоманий у взрослых больных (Пятницкая И.Н., 1994.; гублевский А.Г., Рохлина М.Л., 1990; Киткина Т.А., 1994; джедин А.В., 1995; Демина М.В., 1999; Винникова М.А., 1999).

Что же касается особенностей клиники и течения роиновой наркомании у несовершеннолетних, то литература, священная этой проблеме очень немногочисленна. В новном изучались социально-психологические предикторы ребления наркотика (Чудновский В.С., Щедренко В.Г., 1985; резин С.В., Лисецкий К.С., Мотыга И.А., 1997; Адылов Д.У., 87; Юлдашев В.Л. с соавт., 1998; Макеева А.Г., 1999). Лишь дельные работы (Личко А.Е., 1991; Битенский В.С. с соавт., 89) в большей степени касаются клинико-психопатологических, циопсихологических и физиологических особенностей дросткового возраста, вариантов аддиктивного поведения при зных типах акцентуаций характера и психопатий.

Такое состояние проблемы приводит к тому, что медицинская мощь несовершеннолетним, страдающим героиновой ркоманией, преимущественно базируется на методиках, именяемых для взрослых, без учета возрастных особенностей мптоматики, течения и последствий наркоманий у детей и дростков (Иванец Н.Н., 1997).

Отмеченные обстоятельства определяют актуальность явленной темы и обуславливают необходимость комплексного ссмотрения механизмов развития и особенностей клиники болевания, которые могут дать основу для правильной агностической оценки, построения оптимальной терапевтической ттики и обоснованного прогноза.

Цель настоящего исследования - определение возрастных обенностей клиники и течения героиновой наркомании у

несовершеннолетних с разработкой на этой основе дифференцированных терапевтических подходов.

Задачи исследования:

1. Определить роль возрастного фактора в формировании героиновой наркомании.
2. Изучить особенности стержневых синдромов героинового наркомании у несовершеннолетних: патологического влечения к наркотику; абстинентного синдрома; постабстинентных аффективных расстройств.
3. Рассмотреть роль возрастного фактора в формировании последствий хронического потребления героина.
4. Разработать дифференцированные лечебные подходы с учетом возрастных критериев.

Научная новизна и практическая ценность результатов исследования:

На большом клиническом материале проанализированы предикторы потребления психоактивных веществ у разных возрастных групп, выявлены возрастные особенности становления заболевания. Впервые проведен сравнительный анализ клиники и течения героиновой наркомании несовершеннолетних и взрослых больных, позволивший выявить отличия в структуре синдрома патологического влечения к наркотику, в клинической картине синдрома отмены и в характере последствий хронической интоксикации. Рассмотрены факторы, влияющие на течение героинового наркомании у несовершеннолетних. Совокупность выявленных особенностей составила основу для разработки практических рекомендаций, касающихся терапевтических подходов прогнозирования течения заболевания. Полученные данные найдут применение в дифференцированных профилактических и лечебно-реабилитационных программах.

На защиту выносятся следующие положения:

1. Возрастной фактор играет решающую роль в быстром развитии героиновой наркомании и патопластическом оформлении ее клинической картины.
2. Предикторы потребления наркотических веществ (социально-психологические и биологические) в разных возрастных периодах (подростки и взрослые) на начальном этапе наркотизации имеют разный удельный вес.

3. Клиническая картина героиновой наркомании у несовершеннолетних отличается незавершенностью и незрелостью синдромальных образований, преобладанием в структуре патологического влечения поведенческих и аффективных расстройств.
4. Характер последствий длительного употребления наркотиков в подростковом возрасте определяется степенью морфофункциональной зрелости организма. Экзогенно-органическое поражение головного мозга в результате токсического действия наркотика является динамическим патологическим состоянием, склонным к регрессивности и компенсации. Ведущими в структуре психоорганического синдрома в подростковом возрасте являются психопатоподобные и церебрастенические состояния.
5. Эффективность медико-реабилитационных мероприятий зависит от правильной организации лечебного процесса, учитывающего возрастные особенности заболевания и психологические нюансы пубертатного периода. Дифференцированный подбор психотерапии направлен на преобладающие расстройства (поведенческие и аффективные) в клинической картине героиновой наркомании у несовершеннолетних.

Апробация работы.

Материалы исследования доложены на заседании секции "Психическое здоровье школьников и организация медицинской помощи" Всероссийского форума школ, содействующих здоровью (Санкт-Петербург, 13-15 декабря 2000г), на конгрессе по детской психиатрии (Москва, 25-28 сентября 2001г), клинических конференциях НИИ наркологии МЗ России (2000, 2001г).

Публикация результатов исследования.

По материалам диссертации опубликованы 6 научных статей, 2 пособия для врачей психиатров-наркологов, получен патент на изобретение № 2162330 РФ. Перечень работ приводится в автореферате.

Реализация результатов работы.

Результаты проведенных исследований применяются в практической работе клинического отделения детской и

подростковой наркологии НИИ МЗ РФ, Наркологической больницы № 19 КЗ г.Москвы.

Объем и структура диссертации.

Работа имеет объем 177 машинописных страниц, состоит из введения, 5 глав, заключения, выводов, указателя литературы включающего 175 отечественных и 82 зарубежных источников приложения - 14 таблиц, 12 диаграмм, 6 графиков.

Материалы и методы исследования.

В сравнительном плане исследовано 230 больных мужского пола, из них 113 подростков и 117 взрослых больных с сформированной зависимостью согласно критериям МКБ - 10. Весь массив больных был разделен на 3 группы:

I-я группа- это пациенты, начавшие прием наркотиков подростковым возрасте и проходившие обследование и лечение в возрасте до 18 лет (113 человек).

II-я группа - это взрослые на момент обследования больные, которые начали наркотизацию в подростковом возрасте (3 человек).

III-я группа - это взрослые пациенты, начавшие употребление наркотических веществ, после 18 лет (86 человек).

Средний возраст больных первой группы составил 17,20,19 года, во второй группе - $19,6 \pm 0,26$ года, средний возраст третьей группы больных - $23,9 \pm 0,39$ года.

Основным методом исследования был клинико-психопатологический, использующийся в процессе стационарного лечения в НИИ наркологии и Наркологической больнице №1 КЗ г.Москвы, с последующим катamnестическим наблюдением. Для количественной оценки результатов наблюдений служил стандартизованная карта исследования больных наркоманиями применяемая в НИИ наркологии и адаптированная в соответствии с целью и задачами настоящей работы. С целью объективизации выраженности осевого синдрома зависимости использовалась шкала оценки синдрома патологической влечения к героину, которая была составлена на основе методики, разработанной В.Б. Альшулером (1994) для количественной оценки патологического влечения к алкоголю. Анамнестические данные, сведения о родительской семье, характер формирования наркологического заболевания

ировались в формализованной карте исследования больных. оценки различных функций интеллекта в постабстинентный од проводилась психологическая диагностика.

Результаты исследования.

Проведенное изучение преморбидного статуса показало, что в группе большинство подростков (76,1%) имеют атопную наследственность. В первую очередь - это оженность алкоголизмом отца (63,7%), что почти в 2 раза е, чем у взрослых больных (III группа). У пациентов II группы ологическая отягощенность отмечалась в 54,8% случаях. ические расстройства у родителей больных I группы также эчались в 2 раза чаще, чем у больных III группы.

Ранние резидуально-органические поражения головного а отмечены у 21,2% подростков (I группы). В группе слых больных (III группа), этот показатель в 2 раза меньше и авляет 8,1%. Во II группе исследуемых ранние резидуально- нические поражения отмечались в 19,4%.

Большинство исследуемых I группы воспитывалось в семьях ушенной структурой (70,47%). Изучая родительскую семью слых больных (III группа), оказалось, что этот процент у них аза ниже. Обращает на себя внимание, что практически с ой частотой встречаются дети из неполных и полных семей, не позволяет говорить о формально полной семье, как о оре, ограждающем подростка от ранней наркологической леваемости. В группе подростков преобладало воспитание типу гипоопеки и скрытой гипопротекции, в группах слых больных чаще встречалось воспитание с элементами нирующей гиперпротекции. Отрицательные социально - ологические влияния усугублялись невысоким образовательным нем больных, особенно в I группе. На момент обследования е половины (67,6%) подростков были не заняты, не учились э работали, имели неполное среднее образование, девять век (7,9%) прервали образование в 6 — 7 классе. Учащиеся авляли 27,4%, из них многие находились на так называемом гашнем обучении".

В I группе больных выявлено преобладание лиц с тойчивыми, демонстративными и астено-невротическими ами характера (45,1%; 13,3%; 11,5%, соответственно) по

сравнению с III группой больных (25,8%, 16,1%, 9,6% соответственно). Указанные личностные особенности выступал на общем облигатном фоне - психическом инфантилизме.

Инициальные мотивы потребления наркотических веществ у наблюдавшихся подростков, в основном были связаны удовлетворением любопытства, получением удовольствия стремлением выйти из состояния скуки, "быть как все" (та называемые "личностные мотивы", по В.Ю. Завьялову, 1986). Этот тип мотивации наиболее часто встречался у подростков неразвитыми коммуникативными навыками, со склонностью отношениям по типу подчинения, некритичности при общении "неспособностью строить независимую индивидуальную программу поведения" (Т.А. Немчин, С.В. Цыцарев, 1989), что находится в соответствии с характеристиками установленными нами доминирующих личностных типов (неустойчивые демонстративные, астеноневротические), является отражением свойств психической незрелости (инфантилизма) - практически универсальным радикалом личности подростка-наркомана.

На этапе приобщения к потреблению психоактивных веществ в 97,3% случаях в I и в 96,7% - во II группах отмечалось "полисубстантное" злоупотребление различными психоактивными веществами, включая алкоголь. Для большинства исследуемых больных I группы этап донологического потребления различных психоактивных веществ носил практически однотипный характер, то есть знакомство с психоактивными веществами, как правило, с табаком, начиналось в возрасте 10-11 лет, первый опыт употребления алкоголя в 12-13 лет, затем в это же возрастном интервале, но с "задержкой" от нескольких месяцев до 1 года была первая проба наркотического вещества: чаще всего из группы каннабиноидов. "Поисковое поведение" некоторых больных дополнялось психостимуляторами галлюциногенами (17,69%). Во II группе исследуемых больных рисунок т.н. аддиктивного поведения не имел различий с группой, но отмечалось более позднее начало потребления психоактивных веществ, примерно на 2 года, что объясняется временным патоморфозом, "омоложением" наркомана (Демина М.В., 1999). У больных с началом потребления героина после достижения совершеннолетия, инициальное потребление

ихоактивных веществ возникало несколько в более позднем возрасте (14-15 лет), этап потребления традиционных бстанций (алкоголя и табака) был существенно более ительным, расширение "индивидуального наркотического сенала" за счет каннабиса происходило в возрасте 17-18 лет. авнивая группы исследования можно сказать, что для больных а II группы характерен более быстрый и "хаотичный" период апа донозологического потребления различных психоактивных, начальное пренебрежение социальными и культуральными рмами, нечеткость грани традиционного (алкоголь и табак) и ркомапического потребления.

У несовершеннолетних героиновых наркоманов отмечалось несколько иное переживание состояния одурманивания при ановлении наркомании. Оно было менее дифференцировано, м у взрослых. Причем эта тенденция тем заметнее, чем меньше возраст. Пациенты затруднялись в описании этапов турманивания, часто не могли вычленить - какие именно зномены оказываются самыми притягательными. В клинике роинового одурманивания у подростков более длительное яемя сохраняется заторможенность, которая редуцируется от ьекции к инъекции медленнее, чем у взрослых.

Несовершеннолетние, в отличие от взрослых, чаще актиковали парентеральный путь введения, начиная с первых юб наркотика. Это объяснялось, во-первых, экономическими юбражениями, а во-вторых, стремлением испытать более ттенсивные психофизические эффекты. Интраназальный юсоб введения наркотика являлся характерной особенностью я больных II и особенно - III группы.

На этапе первых проб героина чаще отмечалось длительное ществование аверсивных реакций (побочные вегетативные рушения в картине интоксикации) в виде головокружения, шноты, рвоты, чувства "дурноты", в большинстве случаев (62,8%) подростков (I группа) эти проявления исчезали после десяти ьекций и более, а иногда - только с началом систематического требления героина, аналогичные данные были получены во II гуппе больных. У пациентов III группы защитные реакции были, к правило, невыраженными и угасли после 1-3 инъекции в 47,6% гучаев и в 24,5% случаев - после 4-5 инъекции.

Отражением изменения толерантности являлось не только увеличение дозы вводимого наркотика, но и скорость становления систематического ритма его потребления, то есть скорость адаптации (привыкания) организма к ксенобиотик. Бесспорно, здесь играли роль и другие факторы, как например доступность наркотика, индивидуальная установка наркомана, его психическое и физическое состояние и т.д. исследуемых нами больных, начавших потребление наркотика в подростковом возрасте (I и II группа), этап эпизодического потребления героина был коротким (от 2 недель до 2 месяцев 54% и 64,5% случаях, соответственно). У взрослых же больных (III группа) этап эпизодического приема наркотика растягивался и в 45,3% случаев составлял от 3-6 месяцев, а 30,3% больных этот этап потребления героина длился более полугода. Сравнивая изменение толерантности к наркотикам скорость установления максимальной суточной дозы, мы увидели аналогичные тенденции: у подростков в более короткий промежуток времени, чем у взрослых, отмечали диагностически значимый подъем толерантности. В I группе временной диапазон от начала систематического потребления героина до установления "оптимальной" суточной дозы наркотика составлял 1 месяц у 46% больных, от 2 до 3 месяцев 30,1% пациентов, при этом необходимо отметить, что в этой группе средняя суточная толерантность составляла 0,3 грамма героина у 51,3% подростков, более высокая доза - до 0 граммов отмечалась у 25,7% больных. У взрослых больных (II группа) в 38,3% случаев "оптимальная" доза составила 0 грамма героина, а у 24,4% больных суточная толерантность была более 1,0 грамма вещества.

У подростков в структуре синдрома патологического влечения преобладали в основном поведенческие и аффективные компоненты. Нарушения поведения проявлялись нежеланием лечиться, поиском контактов с приятелями наркоманами, враждебностью и зачастую агрессивным поведением (на вербальном уровне) по отношению к родителям, медперсоналу, инициацией и поддержкой разговоров о наркотиках, в манипулятивном поведении, попытках убедить врача и родственников в необходимости досрочной выписки.

д. Поведенческий компонент влечения к наркотику у больных подросткового возраста был более выражен, чем у взрослых. Как правило, рисунок поведения зависел от типа личности и эмоционального состояния (аффекта) больного, и довольно часто в поведении наблюдались элементы "детскости".

Аффективная составляющая синдрома патологического течения к наркотику у подростков заключалась в менее выраженных, чем у взрослых расстройствах депрессивного полюса эмоциональная неустойчивость с преимущественно гипотимным загированием, снижение интересов, жалобы на скуку), которые сопровождались типичным для циркулярных депрессий соматовегетативными расстройствами и витализацией аффекта.

У больных подросткового возраста дисфорические расстройства имели меньшую выраженность и были представлены, в основном, раздражительностью, неприязнью, есдержанностью, оппозиционностью.

Тревога, наряду с гипотимией, дисфорическими расстройствами астенией, выступала как универсальное проявление эмоциональных расстройств в постабстинентном состоянии. Глубина тревоги у подростков была, как правило, менее значительной по сравнению со взрослыми больными, и проявлялась, в основном, субъективными ощущениями, объясняемыми ситуацией, без активации вегетативной нервной системы. Чаще наблюдалась неусидчивость, суетливость, беспокойность возможным развитием болевых ощущений или бессонницы. В редких случаях имела место тревожная фиксация на реально существующих хронических соматических заболеваниях.

Другие компоненты, составляющие синдром патологического течения к наркотику (идеаторный, сомато-вегетативный, бессоннический с наркоманическими сновидениями) у больных подросткового возраста были представлены в меньшей степени, чем у взрослых. Общей особенностью синдрома патологического влечения у несовершеннолетних являлась его феноменологическая незавершенность. Оно было наименее дифференцированным у больных, злоупотреблявших на наркологическом этапе несколькими психоактивными веществами, что выражалось в стремлении принимать любые пурманывающие вещества. Подтверждением этому служит

более часто встречающееся у подростков (64,6%) викарное потребление различных доступных психоактивных веществ при вынужденном воздержании от героина.

Как показало исследование, у подростков в более сжатые сроки появлялись первые признаки абстинентного синдрома. 40,7% случаев они стали отмечаться через 2 недели от начала систематического потребления, в 50,4% - через месяц. Большинство же взрослых пациентов эти расстройства стали обнаруживаться через 1,5 - 2 месяца. В клинической картине синдрома отмены алгический компонент у больных подросткового возраста был менее выражен и нивелировался в большинстве случаев на 3-4 сутки, в отличие от взрослых больных, у которых в 47,67% случаях на 4-е сутки наблюдали достаточно выраженные болевые расстройства. Наряду с этим у подростков отмечались некоторые особенности болевых ощущений. Для них была характерна низкая дискриминативность (различительность) сенесталгий и большая частота арталгий, по сравнению с взрослыми, что, по нашему мнению, может объясняться наиболее частым употреблением героина различными примесями.

Возрастная специфика вегетативного реагирования в острый период синдрома отмены у несовершеннолетних заключалась в кратковременности и слабой выраженности вегетативных расстройств, склонности к гипотоническим реакциям, а не к реакциям симпато-адреналового полюса, чаще наблюдаемым у взрослых больных. Диспептические расстройства встречались гораздо реже, по сравнению с взрослыми (у 39,82% больных I группы и у 56,97% больных II группы) и носили невыраженный характер.

Расстройства сна в период абстиненции у подростков на фоне лечения сглаживались быстрее, чем у взрослых (III группа). У большинства больных подросткового возраста диссомнические нарушения нивелировались примерно к 6 дню и только у 12% больных - к 10-15 дню.

Астения наблюдалась на протяжении абстинентного и постабстинентного периода и первых месяцев ремиссии структурно видоизменялась в зависимости от периода болезни и длительности заболевания, преморбидных особенностей

льного. На начальном этапе синдрома отмены преобладала патология с раздражительностью, по мере усиления абстинентных расстройств симптоматика приближалась к синдрому "раздражительной слабости", который отличался от типичных абстинентных состояний большей представленностью аффективных расстройств. У больных подросткового возраста абстинентная симптоматика при абстиненции была менее выраженная, чем у взрослых. Аффективные нарушения в острый период лишения наркотика из-за трудности дифференцированной и изолированной оценки таких составляющих, как гипотимия и дисфория рассматривались комплексно, как гипотимически-дисфорическое состояние. У подростков аффективные расстройства были менее интенсивными, со своеобразным "пиком" на 3 сутки. У взрослых больных эти расстройства были более выраженными и затянутыми во времени. Несколько в "стороне" от других эмоциональных расстройств на протяжении всего синдрома отмены находилась тревога, которая была наиболее ярко выражена у взрослых больных.

С точки зрения феноменологии, общими отличительными особенностями абстинентных расстройств у подростков являлись парциальность, некоторая незавершенность и "незрелость" симптоматики, которая характерна не только для наркологической патологии, но и для многих психических заболеваний у несовершеннолетних. Эту особенность В.В. Овалев (1995) объясняет с позиции возрастной незрелости психики, которая "определяет недифференцированность, фрагментарность многих психопатологических симптомов".

Течение заболевания во многом зависело от возраста начала наркомании, длительности донаркологического этапа систематического потребления различных психоактивных веществ, от разнообразия и наркогенности употребляемых в этот период времени психоактивных веществ, наличия органически компрометированной "почвы". При совокупности всех перечисленных условий течение заболевания носит более прогрессирующий (без значимых ремиссий) характер. Как отрицательное, так и положительное влияние на течение наркомании оказывали социально-психологические факторы.

Особенно важной была адекватная реакция семьи и заболевание. Согласно нашим катamnестическим наблюдениям полная ремиссия формировалась чаще всего при имеющейся установке на отказ от употребления любых психоактивных веществ, длительном пребывании подростка в условиях препятствующих возобновлению наркотизации и исключающих контакты с прежней средой - "друзьями-наркоманами".

Необходимо отметить возрастные особенности характера последствий длительной наркотизации. При безремиссионном течении заболевания у подростков наблюдалась задержка психофизического развития. То есть, героиновая интоксикация является "ретардирующим" фактором. "Классический" психорганический синдром (I стадия по Б.Н. Пивеню (1998), где преобладали сомато-вегетативные расстройства, повышенная истощаемость и расстройства эмоциональной сферы, нарушения интеллектуально-мнестических функций были минимальны) наблюдался в основном у больных, перенесших в анамнезе тяжелую ЧМТ, частые и/или длительные периоды асфиксии при отравлении опиатами, значительный период злоупотребления ЛОВ до формирования наркомании. Наблюдаемые интеллектуально-мнестические расстройства (снижение кратковременной визуальной, аудиальной памяти, нарушения способности к обобщению, преобладание конкретно-ситуационного мышления) мы не сочли возможным отнести к признакам психорганического синдрома, так как психологическое исследование проводилось в постабстинентном периоде на фоне медикаментозного лечения. Кроме того наблюдалась достаточно высокая степень обратимости интеллектуальных дисфункций, у лиц подросткового возраста в процессе формирования ремиссии.

В основном у подростков (12-16 лет - эмоционально-идеаторный уровень реагирования) при безремиссионном течении наркомании в клинике психорганического синдрома на первый план выступают эмоционально-волевые расстройства личности, которые выражаются, согласно Г.Е. Сухаревой (1959) недостаточностью высших свойств личности (отсутствии интеллектуальных интересов, эгоизм, несформированность нравственных установок и т.д.). Скорее речь идет

лихопатоподобном варианте психоорганического синдрома, где еще встречались проявления психической неустойчивости и повышенной аффективной возбудимости.

Значительно реже наблюдались астенопатические состояния, характеризующиеся выраженным снижением уровня возбуждений и астенической симптоматикой. Такие состояния в основном наблюдались у подростков с последствиями ранних органических поражений головного мозга ("минимальная эзговая дисфункция"), при длительном этапе токсикомании ОВ, предшествующем героиновой наркомании.

Социальная дезадаптация вследствие наркотизации у молодых подросткового возраста проявлялась гораздо тяжелее, чем у взрослых. Подростки практически полностью утрачивали способность планировать свои действия, становились полностью "ведомыми" в компаниях, были неспособными к продуктивному взаимодействию даже в рамках анти- и социальных тенденций.

Психологические и физиологические особенности подростков требовали пересмотра ряда традиционных установок в плане организации терапии. Стационарное лечение несовершеннолетних осуществлялось в наркологических отделениях "закрытого" типа, где соблюдался особый терапевтический стиль поведения персонала. В совокупности с лечебными мероприятиями осуществлялась воспитательная работа с элементами системы "поощрения и наказания", с жестким соблюдением лечебного режима, что помогало поддерживать порядок в отделении, способствовало обучению подростка основным правилам бытия и тем самым готовило его к последующей социально-педагогической реабилитации. Естественно, это ни в какой мере не подменяло собой другие методы личностно-ориентированной психотерапевтической работы с несовершеннолетними.

В каждом конкретном случае индивидуально решался спорный вопрос - добровольности лечения, который, на наш взгляд, при работе с подростками зачастую неприемлем, так как уровень личностного развития подростка-наркомана в большинстве случаев не позволяет им правильно прогнозировать последствия своих действий и критически оценивать свое состояние, поэтому

в случаях социально-педагогической запущенности подростка ожидание согласия от него на госпитализацию может повлечь за собой не только дальнейшее формирование наркоманической зависимости, но и развитие осложнений, возникающих в результате хронической интоксикации.

Наиболее актуальный характер именно в детско-подростковой практике приобрела работа с родителями, семьей или опекуном ребенка, нацеленная на выяснение межличностных отношений в семье и его окружении в целом, на достижение понимания родственниками сути болезни и необходимости длительного психофармакологического лечения и реабилитации. Решение только этого узкого круга вопросов организации помощи несовершеннолетним наркоманам уже помогало обеспечить наибольшую эффективность фармакологического и психокоррекционного воздействия.

Выявленные возрастные особенности клиники и течения героиновой наркомании у несовершеннолетних внесли коррективы в терапевтическую тактику. Учитывая морфо-функциональные особенности пубертатного возраста из традиционно используемых схем лечения мы исключали альфа-адреноблокаторы. При этом во внимание преимущественно "поведенческую" феноменологию абстинентных и постабстинентных расстройств основной вектор психофармакологической терапии был направлен на проявление нарушенного поведения. Оптимальные суточные дозы психофармакологических препаратов подбирались индивидуально в зависимости от реального физического развития больного.

Выводы

1. Биологические и социально-психологические предикторы потребления психоактивных веществ в разные возрастные периоды приобщения к наркотику имеют разный удельный вес: чем меньше возраст начала потребления наркотиков, тем в большей степени преобладают биологические факторы, на фоне которых облегчается реализация неблагоприятных социально-психологических влияний. По мере взросления (в среднем и старшем пубертатном возрасте) отмечается уравновешенность обеих групп факторов. Доминирующее значение социально-психологических предикторов наблюдается у взрослых больных, с манифестацией наркомании по выходе из пубертатного возраста.
2. Значительный удельный вес таких преморбидных особенностей как психический инфантилизм, неустойчивые, астено-невротические, демонстративные черты характера являются предрасполагающим фактором развития наркомании в подростковом возрасте.
3. Этап донозологического потребления психоактивных веществ у подростков, по сравнению со взрослыми, имеет значительно более раннее начало. Для него характерен стереотипный набор одурманивающих веществ с быстрой их сменой и с размытыми границами перехода от "легального" (алкоголь, табак) к наркоманическому потреблению.
4. Синдром патологического влечения к наркотику у несовершеннолетних отличается феноменологической незавершенностью. Для них характерна недифференцированность и меньшая осознаваемость влечения к наркотику особенно у подростков, злоупотреблявших несколькими психоактивными веществами на донозологическом этапе. В структуре патологического влечения к наркотику у несовершеннолетних преобладали поведенческий и аффективный компоненты, коррелирующие с преморбидными особенностями личности. Аффективная составляющая включала в себя

расстройства гипотимического полюса без витализации аффекта и более узкий диапазон дисфорических проявлений. Поведенческие расстройства, независимо от аффективного статуса и характерологических особенностей больного, зачастую сохраняли элементы "детскости".

5. Патопластическое влияние возрастного фактора на клиническую картину героиновой наркомании выражается в структурной незавершенности абстинентного синдрома - в виде непродолжительных и слабо выраженных вегетативных (преимущественно гипотонические сосудистые реакции), алгических и диссомнических расстройств; менее глубоких, чем у взрослых астенических проявлений; непостоянстве аффективных колебаний.
6. Течение героиновой наркомании у несовершеннолетних во многом определяется "временным фактором", преморбидными особенностями и влиянием социально-психологических факторов. Ранний возраст начала наркомании, разнообразный арсенал одурманивающих веществ на начальном этапе несистематизированного приема, наличие органически неполноценной "почвы" и признаков инфантилизма, отрицательные социально-психологические факторы в совокупности определяют высокий темп прогрессивности течения героиновой наркомании.
7. Возрастные особенности последствий хронической интоксикации у несовершеннолетних выражаются в задержке психо-физического развития, в раннем появлении признаков психоорганического синдрома, соответствующих уровню нервно-психического реагирования, (чаще наблюдается психопатоподобный вариант психоорганического синдрома). У подростков наблюдается более глубокая, по сравнению со взрослыми больными, социальная дезадаптация.
8. Оптимальная терапевтическая тактика строится с учетом выявленных возрастных особенностей заболевания. Это предполагает длительные стационарные курсы лечения, где наибольшее значение имеет психофармакотерапия, которая согласуется с морфофункциональными особенностями

пубертатного возраста и направлена на доминирующие расстройства (поведенческую и аффективную составляющие) в синдромологической структуре героиновой наркомании у несовершеннолетних.

Практические рекомендации

1. Для повышения эффективности профилактических мероприятий и формирования групп риска целесообразно использовать полученные данные о предикторах наркомании у несовершеннолетних.
2. Для избежания ошибок в диагностике заболевания рекомендуется учитывать выявленную особенность - синдромологическую незавершенность клинической картины наркомании у подростков.
3. При оценке последствий хронической интоксикации у несовершеннолетних следует опираться на степень морфофункциональной зрелости подростка и возрастные особенности проявления психоорганического синдрома.
4. Для построения оптимальной терапевтической тактики рекомендуется учитывать выявленные возрастные отличия заболевания и психологические особенности пубертатного возраста, в том числе низкую мотивированность к проведению лечения. Все это требует длительного стационарного курса лечения с адекватной психофармакотерапией, направленной на преобладающие расстройства в структуре синдрома зависимости у несовершеннолетних.
5. В процессе лечения подростка и дальнейшего наблюдения необходимо найти возможности конструктивного сотрудничества с родителями или лицами их замещающими.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. Надеждин А.В., Иванов А.И., Авдеев С.Н., Тетенова Е.Ю. Социальные и психопатологические предпосылки формирования нарко - и токсикоманий у несовершеннолетних в современных условиях //Пособие для врачей психиатров-наркологов. - М.,1998. - 11с.
2. Надеждин А.В., Тетенова Е.Ю., Авдеев С.Н., Слоневская С.Ю., Стрельцова Ж.Н., Хохлов С.Е. Особенности клиники и течения героиновой наркомании у несовершеннолетних.//Пособие для врачей психиатров-наркологов. - М., 2000.- 15с.
3. Надеждин А.В., Тетенова Е.Ю. Клинические результаты применения антидепрессанта леривона у подростков, страдающих героиновой наркоманией// Вопросы наркологии. - 2000.- № 2. - С.33-38.
4. Авдеев С.Н., Надеждин А.В., Тетенова Е.Ю., Хохлов С.Е. Антидепрессант тритико в лечении героиновой наркомании у несовершеннолетних // VII Российский национальный конгресс "Человек и лекарство". - М., 2000. - С.98.
5. Иванец Н.Н., Надеждин А.В., Тетенова Е.Ю., Авдеев С.Н. Применение клопиксола (зуклопентиксола) у подростков, страдающих героиновой наркоманией // Вопросы наркологии. - 2000.- №3. - С.7-13.
6. Тетенова Е.Ю. Возрастной патоморфоз героиновой наркомании// Материалы конгресса по детской психиатрии. - М., 2001. - С.69.
7. Надеждин А.В., Тетенова Е.Ю., Авдеев С.Н. Клопиксол (зуклопентиксол) как эффективное средство коррекции поведенческих нарушений у несовершеннолетних героиновых наркоманов //Материалы конгресса по детской психиатрии. - М., 2001. - С.249.
8. Надеждин А.В., Тетенова Е.Ю. Леривон при лечении аффективных нарушений у несовершеннолетних героиновых наркоманов // Материалы конгресса по детской психиатрии. - М., 2001. - С.250.

9. Патент на изобретение №2162330 РФ. Средство для лечения наркоманий/ Иванец Н.Н., Панченко Л.Ф., Надеждин А.В., Наумова Т.А., Степаненко Р.Н., Тетенова Е.Ю., 2001.