

616.89  
Г 81



**С.В. ГРЕЧАНЫЙ**  
**Б.Е. МИКИРТУМОВ**

**БИБЛИОТЕКА ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ АКАДЕМИИ**

**ОСНОВЫ  
КЛИНИЧЕСКОЙ  
НАРКОЛОГИИ**

**САНКТ-ПЕТЕРБУРГ**

616.89  
Г81

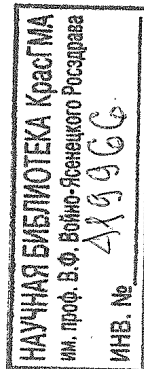
С. В. ГРЕЧАНЫЙ, Б. Е. МИКИРТУМОВ

# ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ НАРКОЛОГИИ

Учебное пособие для педиатрических факультетов  
медицинских вузов

ВОЗВРАТИТЕ КНИГУ НЕ ПОЗЖЕ  
обозначенного здесь срока


2/12



Санкт-Петербург  
2008

Гречаный С. В., Микиртумов Б. Е. **Основы клинической наркологии. Учебное пособие для педиатрических факультетов медицинских вузов.** Издание СПбГПМА, 2008. — 140 с.

**Рецензенты:**

Заведующая кафедрой психиатрии и наркологии медицинского факультета Санкт-Петербургского государственного университета, д.м.н., профессор **Петрова Н. Н.**

Профессор кафедры психиатрии и наркологии Санкт-Петербургской государственной академии им. И. И. Мечникова, д.м.н. **Снедков Е. В.**

**Рекомендуется Учебно-методическим объединением по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России в качестве учебного пособия для студентов, обучающихся по специальности 060103 (040200) — педиатрия.**

**Утверждено учебно-методическим советом Академии.**

## ВВЕДЕНИЕ

Учебник «Основы клинической наркологии» предназначен для студентов педиатрического факультета медицинских вузов. Он содержит все разделы, необходимые для полного и всестороннего изучения данной дисциплины. Материал общих глав составлен на основе традиционных руководств по клинической наркологии, используемых в нашей стране. Раздел, касающийся медикаментозного лечения наркологических больных, представлен обобщенно и концептивно. В первую очередь отражены общие принципы и методы терапии наркозависимых. Многочисленные частные методики, применяемые в настоящее время в комплексе с базисными средствами лечения алкоголизма и наркоманий, представлены в информационно-справочном виде — в форме компендиума. Таким образом удалось избежать проблемы предпочтительности использования тех или иных методик и обойти дискуссионные стороны их применения в наркологической практике, т. е. избежать вопросов, выходящих за рамки академического преподавания дисциплины.

Отличительными особенностями издания является подробное освещение вопросов первичной профилактики наркозависимости, реабилитации больных, проблемы семейной созависимости. Большое внимание уделено восстановлению семейных отношений наркологически больных, семейной психотерапии. Данный раздел написан на основе современных данных, касающихся психологического аспекта наркологических заболеваний.

В учебник включены 2 приложения. В них содержатся краткие исторические сведения о наркологических заболеваниях, этапы развития системы первичной профилактики. Данные сведения необходимы студентам как для повышения общего уровня образования и эрудиции, так и для всестороннего изучения клинической наркологии.

Содержание учебного материала отражает требование государственного образовательного стандарта медицинского профессионального образования по дисциплине «Психиатрия, наркология» для педиатрических факультетов. Объем представленных в учебнике разделов и тем позволяет использовать их для расширенного преподавания наркологической дисциплины в рамках элективного курса «Возрастная наркология», рекомендуемого для введения в учебную программу подготовки педиатрических факультетов медрес.

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

### 1. Распространенность употребления психоактивных веществ (ПАВ) в последние десятилетия

#### 1.1. Распространенность употребления ПАВ в странах Запада.

Динамика распространенности злоупотребления ПАВ в мире в течение последних десятилетий имеет выраженную тенденцию к волнообразному изменению. В США, например, в период с середины 60-х гг. до 90-х гг. наблюдались 3 волны наркоманической «эпидемии», и лишь с середины 90-х гг. отмечена отчетливая тенденция к стабилизации показателей потребления наркотиков. По данным «Monitoring the Future Study» (ежегодный опрос выпускников средних школ Соединенных Штатов Америки), количество неоднократно пробовавших наркотики изменилось с 65,5% в 1981 г. (максимальные цифры) до 41% в 1992 г. (минимальные цифры) и на 2000 г. составило 54%.

В 80-е гг. в мире число злоупотребляющих наркотики и др. ПАВ составляло 47,2 млн. чел., 3 млн. из которых употребляли опиаты, 6 млн. — производные коки, 29,7 млн. — препараты конопли, 2,3 млн. — стимуляторы, 2 млн. — галлюциногены и 4,2 млн. — лекарственные средства с психотропным действием. Наибольшее количество злоупотребляющих ПАВ — 39,8 млн. — было отмечено в странах Америки (84,3%), большинство из которых — 23 млн. — жители США. На втором месте — около 4 млн. чел. — страны Азии (8,3%). Далее — 842,4 тыс. — страны Африки (1,7%) и, наконец, 766,8 тыс. — страны Европы (1,6%). В целом в европейских странах наркоманией страдает 0,11% населения. Наиболее высокий процент распространенности наркомании отмечается в Польше (0,6%) и Италии (0,5%). Среди азиатских стран наиболее высокий процент больных в Таиланде (в Бангкоке наркомания отмечается среди 7% населения), Пакистане (около 2%), Индии (1%).

В настоящее время можно говорить о следующих общих закономерностях потребления ПАВ в мировом масштабе:

- 1) неуклонный рост за последние 15 лет объема производства наркотиков при сохранении прежнего уровня цен (или незначительном повышении цен);
- 2) увеличение доступности наркотических средств с высокими наркотическими свойствами (героин, кокаин);

3) увеличение распространенности инъекционных форм наркотиков и, как следствие, рост распространенности ВИЧ-инфекции;

4) вовлечение в наркотизацию новых групп населения и, как следствие, расширение рынка сбыта наркотиков;

5) исчезновение различия по объему употребления наркотиков между странами-производителями и странами-потребителями наркотиков.

#### 1.2. Распространенность употребления ПАВ в СССР и Российской Федерации.

В течение многих десятилетий в СССР распространенность наркоманий и токсикоманий была на низком уровне и с годами практически не менялась. В 1980 г. на официальном учете состояло 36 тыс. наркоманов. Данная тенденция прослеживалась до середины 80-х гг.

С 1985 г. и по настоящее время в нашей стране отмечается неуклонный рост числа наркозависимых<sup>1</sup>. Уже в 1987 г. в СССР было зарегистрировано более 53 тыс. больных наркоманиями и около 8 тыс. токсикоманиями. В начале 1994 г. в РФ на учете находилось 38,7 тыс. больных наркоманиями и 7,1 тыс. токсикоманиями. В начале 1996 г. эти цифры составляли соответственно 65 тыс. и 7,7 тыс.

С середины 90-х гг. показатели распространенности наркоманий и токсикоманий в нашей стране стали оцениваться как угрожающие, а само явление — как национальная катастрофа, представляющее опасность для государства и ставящая под сомнение здоровье будущих поколений. Число впервые выявленных больных наркоманией за 1996 г. увеличилось по сравнению с 1995 г. на 34%, токсикоманией — на 42%. Число лиц, злоупотребляющих наркотическими средствами без признаков зависимости (профилактический учет), увеличилось за тот же срок на 25%. Средний показатель заболеваемости наркоманиями по России в 1996 г. составил 20,7 на 100 тыс. населения.

В начале 1997 г. на официальном учете находилось 88 тыс. больных наркоманией и 53 тыс. лиц, употребляющих ПАВ без признаков зависимости. Эти цифры к началу 1998 г. составили соответственно 120 тыс. и 72 тыс. В целом в течение 90-х гг. распространенность злоупотребления ПАВ с каждым годом увеличивалась примерно на 30%.

<sup>1</sup> Точных данных распространенности употребления ПАВ нет. Реальная численность наркоманов более чем в 10 раз превышает зарегистрированную [Пятницкая И.Н., 1995].

Таким образом, в период с 1984 по 1996 гг. заболеваемость наркоманиями выросла почти в 13 раз, болезненность — в 6 раз; заболеваемость токсикоманиями выросла в 9 раз, болезненность — в 5 раз.

С 2000 г. отмечается уменьшение темпов роста заболеваемости наркоманиями и токсикоманиями. В 1999 г. показатель распространности злоупотребления ПАВ увеличился на 31,6%, в 2000 г. — на 28,2%, в 2001 г. — на 17,6%, в 2002 г. — на 2,7%, в 2003 г. — лишь на 0,6%. Таким образом, в 2002-2003 гг. наметилась тенденция к стабилизации данного процесса. Показатель первичного выявления лиц, злоупотребляющих наркотиками (первичная заболеваемость), снизился с 36,1 на 100 тыс. населения в 1999 г. до 22,8 в 2003 г., т. е. на 36,8%.

В период с 1999 г. по 2004 г. показатель распространности наркоманий и токсикоманий увеличился в лишь 1,6 раз. В 2003 г. на официальном учете состояло 343 тыс. лиц, употребляющих ПАВ (241 на 100 тыс. населения). Среди них 152 тыс. больных наркоманиями и 15 тыс. больных токсикоманиями.

## 2. Распространенность употребления ПАВ в региональном аспекте

Существенной особенностью современных показателей распространности злоупотребления ПАВ является их неравномерный характер, существенно отличающийся в различных регионах и областях РФ. Так, например, максимальный и минимальный показатели распространности наркоманий и токсикоманий в 2003 г. (Самарская обл. — 657,1 на 100 тыс., Архангельская обл. — 17,9 на 100 тыс.) различаются в 36 раз.

В то же время для большинства регионов РФ характерна общая закономерность в виде тенденции к увеличению случаев употребления ПАВ. Так, в период с 1999 г. по 2004 г. общая численность лиц, употребляющих наркотики и др. ПАВ, увеличилась в 75 субъектах РФ, а снизилась лишь в 4-х регионах. Наибольшее увеличение этих показателей отмечено в Костромской (в 5 раз), Вологодской (в 4 раза) и Ивановской (в 3 раза) областях (в предыдущие годы уровень распространности употребления ПАВ в этих областях был невысок).

Среди федеральных округов наибольшее увеличение показателей распространности заболеваний в 1999—2004 гг. отмечен в Северо-Западном (на 75, 8%), Центральном (на 69,8%) и Приволжском (на 69,0%), минимальный — в Южном федеральном округе (на 38,2%).

Наиболее высокие показатели распространности наркомании, кроме уже упомянутой Самарской области, сохранились в следующих областях (на 100 тыс. населения): Томской — 637,3, Кемеровской — 591,8, Тюменской — 538,8, Иркутской — 519,2, Приморском крае — 552,3. Среди автономных округов лидирует Ханты-Мансийский округ — 696,9.

В 47 субъектах Российской Федерации все еще отмечался рост показателя распространности лиц, злоупотребляющих наркотиками, в 7 — он остался на уровне 1999 г., в 25 — наметилось его снижение. Выраженный рост этого показателя отмечался в Камчатской области (увеличение показателя в 5,9 раза). В республике Ингушетия (в 3,3 раза), Белгородской и Сахалинской областях (соответственно в 3,1 и 3,0 раза). Заметное снижение имело место в Рязанской области (в 2,9 раза), Ульяновской (в 3,6 раза), Тверской (в 3,7 раза) областях и Чукотском АО (в 3,6 раза).

Количество впервые выявленных случаев заболевания наркоманиями (заболеваемость) в 2003 г. был наиболее высоким в Приморском крае (52,0), Кемеровской (49,3) и Иркутской областях (42,7). В целом по РФ данный показатель в том же году составил 16,1 на 100 тыс., что меньше по сравнению с 1999 г. снизился в 2,6 раза (максимум был отмечен в 2000 г. — 50,7 на 100 тыс.).

Самые высокие показатели распространности наркомании и злоупотребления наркотиками среди женщин в 2003 г. наблюдались в Сибирском, Уральском и Дальневосточном федеральных округах. Более благополучной представляется ситуация в Центральном федеральном округе. Максимальный показатель имел место в Самарской области.

Распространенность наркомании среди подростков в регионах России различается весьма существенно. В 2003 г. число потребителей наркотиков наиболее высоким было в Сибирском, Северо-Западном и Уральском федеральном округах. Самые высокие показатели распространности наркомании отмечены в Иркутской — 384,3, Кемеровской — 180,8, Новосибирской областях — 175,7.

## 3. Распространенность употребления ПАВ среди детей и подростков

Данные о распространности наркомании у детей и подростков впервые стали появляться с 1985 г. прежде всего в связи с увеличением числа случаев употребления летучих органических веществ (ЛОВ).

Детско-подростковый возраст традиционно оценивался как один из факторов риска начала наркотизации. Дети и подростки вместе с ли-

цами молодого возраста составляют 79% всех нарко- и токсикозависимых.

Особенностью показателей распространенности нарколологических заболеваний у подростков является явное преобладание числа лиц, употребляющих ПАВ без признаков зависимости. Так, по данным 2003 г., среди 16 тыс. подростков, состоящих на официальном учете в нарколологических учреждениях, на больных наркоманией приходится всего 3,5 тыс. (21,8%).

В соответствии с общей тенденцией многократного возрастания злоупотребления ПАВ в общей популяции аналогичная закономерность отмечается в последние десятилетия среди детско-подросткового населения.

### **3.1. Распространенность употребления ПАВ среди детей и подростков по данным социологических опросов**

В 1991 г. 12% подростков до 16 лет неоднократно пробовали наркотические вещества и 18,9% токсические вещества, 0,9% принимали ПАВ регулярно. Наиболее высокий процент приходился на употребление конопли — 65%. 10–15% детей и подростков различного возраста употребляли ЛОВ. Среди учащихся СПТУ Москвы число пробовавших ПАВ в период 1987–92 гг. возросло с 8,6% до 19,9%. По данным МВД России, число подростков г. Москвы, употребляющих наркотики в период 1986–1994 гг. увеличилось с 6,4 до 16,5%.

В 2003 г. при опросе 2312 студентов разнопрофильных вузов Санкт-Петербурга выяснилось, что наиболее часто студенты пробовали препараты конопли. 31,3% опрошенных хотя бы один раз употребил их в течение жизни. При этом регулярно их употребляющих — в 3 раза меньше в целом опрошенных. На втором месте после препаратов конопли — галлюциногенные грибы (6,7%), ЛСД (5,5%), экстази (4,8%), амфетамины (винт, эфедрон) (3,4%). Весьма распространенным является употребление в студенческой среде сочетания алкоголя с махуаной (14,6% опрошенных), значительно чаще юношами, чем девушками (21,6% и 4,2% соответственно). Алкоголь с таблетками употребляло 5,4% от общего числа опрошенных. ЛОВ (летучие органические вещества) в течение жизни пробовали 4,4% студентов, причем 2,2% из них — в течение последнего года. В целом ПАВ когда-либо пробовали 29,9% студентов.

### **3.2. Распространенность употребления ПАВ среди детей и подростков по данным медицинской статистики**

Наиболее высокие цифр показатели распространенности употребления ПАВ среди подростков отмечаются с середины 90-х гг. За 1995 г. заболеваемость наркоманиями среди подростков увеличилась на 46,6%, токсикоманиями — на 48,5%. В возрасте до 14 лет заболеваемость

наркоманиями за тот же срок увеличилась на 60%, а токсикомания — на 73%. На начало 1997 г. заболеваемость наркоманией и токсикоманией среди подростков составила 67,5 на 100 тыс. и возросла в течение года до 89,7 на 100 тыс., что превысило уровень 1991 г. в 12,5 раз.

Показатель распространенности наркоманий в 1997 г. составил 166,9 на 100 тыс. подростков, а количество употребляющих ПАВ — 14 тыс. (213,5 на 100 тыс.). Среди общего количества больных, состоявших на учете в связи с употреблением ПАВ, доля подростков в 1997 г. составила 19,5% (в 1991 г. — 13,2%).

Наиболее высокие показатели распространенности злоупотребления ПАВ среди детско-подросткового населения («клик») зафиксированы в 2000 г. — 482,2 на 100 тыс. подросткового населения (0,5% подросткового населения). Это превысило аналогичный показатель в 1993 г. почти в 4,7 раза. При этом распространенность наркоманий возросла более чем в 11 раз (с 14,0 на 100 тыс. в 1993 г. до 159,2 на 100 тыс. в 2000 г.). Показатель заболеваемости в 2000 г. также достиг максимальных цифр и составил 84,1 на 100 тыс. подросткового населения.

В соответствии с общей тенденцией распространенности злоупотребления ПАВ в конце 1990-х — начале 2000-х гг. существенно снизились такие показатели и среди детско-подросткового населения. Так в период 2001–2003 гг. распространенность наркоманий среди данного возрастного контингента снизилась в 3,3 раза и составила 47,6 больных на 100 тыс. подростков. Распространенность злоупотребления ПАВ при этом снизилась до 218,6 на 100 тыс., а показатель заболеваемости — до 11,2 на 100 тыс., что меньше по сравнению с 2000 г. в 7,5 раза.

В целом в 2004 г. выявлено 22 тыс. случаев нарколологических заболеваний среди детей в возрасте 10–14 лет. Показатель болезненности составил 245,7 на 100 тыс. (по сравнению с 2003 г. увеличился на 0,6%). Среди указанного контингента только 10% страдают наркологами заболеваниями с признаками зависимости.

### **3.3. Распространенность употребления токсических веществ среди детей и подростков**

Динамика распространенности употребления подростками токсических веществ (летучих органических веществ) с середины 80-х по начало 2000-х гг. характеризуется волнообразным изменением. «Пик» распространенности пришелся на середину—конец 80-х гг. с последующим снижением к началу 90-х гг. С конца 90-х гг. и по настоящее время отмечается новый подъем заболеваемости.

Среди употребляющих летучие органические вещества (ЛОВ) преобладают дети и подростки из асоциальных, неполных, неблагополучных семей, проживающие в детдомах, учащиеся школ-интернатов и, наконец, просто безнадзорные. Средний возраст начала употребления — 9—11 лет. Важной особенностью пациентов, употребляющих ЛОВ, является крайне низкая самостоятельная обращаемость данного контингента в наркологические учреждения, что затрудняет объективную оценку масштабов заболеваемости.

В период с 1999 г. по 2002 г. заболеваемость токсикоманиями ЛОВ среди детей увеличилась от 1,36 на 100 тыс. до 2,85 на 100 тыс. детского населения. Среди подростков заболеваемость данной патологией за тот же период также увеличилась — от 9,18 на 100 тыс. до 12,8 на 100 тыс. подросткового населения. Опрос подростков и молодых людей 11—24-летнего возраста показал, что среди потребителей ЛОВ доля употребляющих составляет 15,9%. ЛОВ занимают 3-е место среди всех потребляемых подростками и молодыми людьми ЛОВ, уступая позиции лишь препаратам конопли и опиатам.

### 3.4. Распространенность употребления алкоголя и ранний алкоголизм

Формированию наркомании в детско-подростковом возрасте чаще предшествует ранняя алкоголизация. В СССР в 1989 г. среди учащихся 8, 9, 10 классов однократно пробовали спиртные напитки 68% мальчиков и 74% девочек. Чаще одного раза в месяц в 8—9 классах употребляли алкоголь около 5%, в 10 классе — 11%.

В дальнейшем отмечается рост ранней алкоголизации. В 1990—92 гг. однократно употребляли спиртные напитки 72—92% мальчиков-старшеклассников и 80—94% девочек-старшеклассниц. Число мальчиков, употребляющих алкоголь 2 раза в месяц и более, составило в среднем — 25%, число девочек — 17%.

Среди учащихся ПТУ отмечаются более высокие цифры ранней алкоголизации. В группу риска по алкоголизму входит не менее 40% юношей и 30% девушек, учащихся ПТУ.

Средний возраст начала употребления алкоголя среди мальчиков за последнее десятилетие снизился до 12,5 лет, а среди девочек до 12,9 лет.

С середины 90-х гг. отмечается тенденция к росту числа подростков, состоящих на учете по поводу раннего алкоголизма. В 1995 г. этот показатель составил 16,6 на 100 тыс. подростков, в 1996 г. — 17,2, в 1997 г. — 17,8. За период 1991—2000 гг. заболеваемость алкоголизмом среди подростков возросла в 1,5 раза.

Наибольшее число больных алкоголизмом подростков состоялось на учете в 1997 г. в Республике Алтай (146,9), Челябинской (68,8) и Новгородской (59,7) областях. Общее количество подростков, употребляющих алкоголь, в 1997 г. составило 830 на 100 тыс.

Сходные данные характерны и для западных стран. В США до 90% старшеклассников пробовали алкоголь, 54% школьников входят в группу риска по раннему алкоголизму.

### 3.5. Возраст начала употребления ПАВ

Снижение возраста начала употребления наркотиков в последние десятилетия является общей мировой тенденцией, наблюдающейся в различных регионах. Первоначально эта тенденция стала выявляться в США с конца 50-х гг., затем распространилась на другие страны.

В конце 90-х гг. — начале 2000-х гг. средний возраст начала употребления ПАВ снизился до 14,2 лет среди мальчиков и 14,6 лет среди девочек.

В 60% случаев первые пробы наркотиков происходят в возрасте 14—15 лет. В 57% это случается в компании сверстников (одноклассников). В 25% случаев первые пробы происходят при участии старших подростков. В большинстве случаев (77%) впервые употребляемыми наркотиками являются препараты конопли, на втором месте — опиаты (27%).

Согласно данным социологического мониторинга по Москве (НИИ наркологии МЗ РФ) доля знакомых с токсикоманическими средствами и наркотиками среди школьников 7—11 классов составила 14%. Удельный вес пробовавших наркотки увеличивается с возрастом — с 3% в 7-х классе до 24% в 11 классе.

### 3.6. Информированность детей, подростков, людей молодого возраста о ПАВ

В качестве одного из ведущих факторов широкого распространения употребления наркотиков традиционного рассматривалась их доступность. Осведомленность детей, подростков, молодых людей о наркотиках, их действии на организм, путях их приобретения в настоящее время оценивается как достаточно высокая. По данным опросов около 1/3 детей и подростков в возрасте 11—14 лет имеют друзей и знакомых, употребляющих наркотки, знают места их распространения, имена наркоторговцев. Почти 60% несовершеннолетних подростков, употребляющих наркотки, отмечают относительную несложность их приобретения.

При опросе 2312 студентов разнопрофильных вузов Санкт-Петербурга наиболее доступными наркотиками студенты считают марихуану

или гашиш. Полагают, что при желании легко сумеют их достать 44,6 % молодых людей. За препаратами конопли следуют ингалянты (39,6 %), ЛСД (30,0 %), галлюциногенные грибы (27,7 %), экстази (23,6%).

В подавляющем большинстве случаев проба происходит в компании сверстников — 50,3 %. Следующим по значимости способом является бесплатное получение наркотиков от сверстников или младшего друга (15,3 %) и от старшего друга (10,6 %). Таким образом, наркотическая инициация чаще всего происходит в компании сверстников, ранее употреблявших наркотические вещества.

Покупка и прием наркотика первый раз происходит чаще всего на дискотеке, в баре (45,3 %), на улице, в парке (26,2 %), дома у торговца наркотиками (25,8 %) или же в других местах (35,0 %) — переходы метро, парадные, соседские квартиры, школьные дворы, кафе.

Традиционно, основной причиной первой пробы наркотиков было названо любопытство (16,1 %), а также «желание получить приятные ощущения» — 3,8 %; «от нечего делать» — 2,3 %, «другие причины» («беспокойство», «девушка бросила», «подруга настояла», «бессоница», «в жизни надо попробовать все» и т.д.) — 3,9 %. 2,7 % опрошенных вообще не могут вспомнить причину первого употребления наркотиков.

Более 2/3 опрошенных студентов адекватно оценивают риск от употребления наркотиков. Наиболее рискованными формами наркотического поведения молодые люди считают употребление инъекционных форм наркотиков (85,9 %), регулярное употребление марихуаны или гашиша (84,2 %).

**3.7. Распространенность употребления ПАВ в группах риска**  
Традиционно «группой риска» по нарко- и токсикозависимости считаются дети и подростки из неблагополучных семей, лица, склонные к девиантным формам поведения и делинквентности. Среди пациентов детских психиатрических клиник 40% составляют дети и подростки, ведущие асоциальный образ жизни, сочетающийся с токсико- и наркозависимостью. 65% подростков, больных наркоманией и токсикоманией, не учатся и не работают, лишь 33% являются учащимися школ, ТПУ, техникумов.

В настоящее время группа риска по наркотизации значительно пополнилась учащимися элитных общеобразовательных учреждений, лицеев, колледжей. Злоупотребление ПАВ у данного контингента выше в 2–2,5 раза по сравнению с обычными общеобразовательными школами. В старших классах элитных школ она достигает 27% (в обычной общеобразовательной школе — 12–15%, в сельской школе — 2–3%).

Элитные учебные заведения рассматриваются как значимые рынки сбыта наркотиков в детско-подростковой среде.

#### 4. Распространенность употребления ПАВ в зависимости от пола

Традиционно на протяжении многих десятилетий среди наркозависимых значительно преобладали мужчины. Удельный вес больных женщин оставался на стабильно низком уровне.

Увеличение темпов роста заболеваемости наркоманиями среди женщин были приурочены к периоду возникновения наркоманической эпидемии и наблюдались, прежде всего, в 60–70 гг. в странах Запада. Так с середины 60-х по середину 70-х гг. процент женщин среди больных наркоманиями возрос с 14% до 25%.

В СССР в 1989 г. среди лиц, состоявших на учете с наркоманиями и токсикоманиями, женщины составляли около 13 %. В дальнейшем отмечен неуклонный рост доли женщин среди всех наркозависимых. В 1991 г. соотношение мужчин и женщин, страдающих наркоманией, было 4:1, в 1993 г. — 3:1. Удельный вес девушек среди наркозависимых подросткового возраста всегда оценивался как более высокий по сравнению с взрослой популяцией. Соотношение наркозависимых юношей и девушек в настоящее время расценивается как 2:1.

В период 1995–97 гг. болезненность наркоманиями и токсикоманиями среди женщин увеличилась в 2 раза и составила 20,8 на 100 тыс. нас. Заболеваемость за те же годы увеличилась в 1,4 раза. В целом в 1991–2003 гг. число наркозависимых женщин возросло в 14,4 раза. В 2003 г. с диагнозом «наркомания» наблюдалось более 54 тыс. женщин — 71,2 на 100 тыс. женского нас. Количество женщин, злоупотребляющих наркотическими средствами, в том же году составило 16 тыс., или 21,0 на 100 тыс. женского нас. Рост первичной заболеваемости наркоманиями среди женщин, по данным обращения в наркологические учреждения, достиг максимального значения в 2000 г. — 16,1 больных на 100 тысяч женского населения. Это в 20 раз больше по сравнению с 1991 г. В соответствии с общей тенденцией снижения заболеваемости наркоманиями с 2001 г. подобная тенденция отмечается и среди женщин с того же времени. С 2000 г. показатель заболеваемости наркоманиями у женщин уменьшился в 3,6 раза.

#### 5. Структура потребления ПАВ

Динамика изменения структуры употребляемых ПАВ характеризуется следующими соотношениями: в 1970 г. 22,3 % употребляемых

наркотиков составлял морфин, 18,7 % — кодеин. В 1985 г. доля указанных наркотиков снизилась соответственно до 1,5 % и 0,2 %. 57 % употребляемых наркотических средств составили кустарно приготовленные наркотики из разных сортов мака. В 1989 г. среди всех употребляемых наркотических веществ кустарно приготовленные препараты составили 54 %, морфий — 0,8 %, кодеин — 0,06 %, промедол — 0,2 %, омнопон — 0,01 %.

Таким образом, к 90-м гг. отмечено значительное снижение удельного веса потребления официальных наркотических анальгетиков. Одновременно существенно снизилась распространенность кустарно приготовленных наркотиков.

Отчетливое изменение структуры употребляемых наркотиков отмечается с 1993 г. С этого времени широкое распространение получили полусинтетические и синтетические препараты: героин, кокаин, амфетамины (включая метилendioксиметамфетамин — «экстази»), галлюциногены. Значительно вырос удельный вес употребления т. н. «тяжелых» наркотиков (обладающих сильной наркогенностью), ведущее место среди которых занимает героин.

С широким распространением героина в последние десятилетия связывается значительный рост заболеваемости наркоманиями. Героин является наиболее часто изымаемым наркотиком правоохранительными органами, а также ведущей причиной преступлений, совершенных на почве наркомании.

В настоящее время в структуре зарегистрированных больных наркоманиями доля наркомании препаратами опиоидной группы составляет около 88%. Показатель распространенности наркомании препаратами опиоидной группы увеличился с 133,1 на 100 тыс. нас. в 1999 г. до 213,5 в 2002 г. Опиаты — наиболее часто употребляемые наркотики среди наркозависимых женщин (90,6%).

Имеются объективные трудности оценки распространенности употребления каннабиноидов (в связи с низкой обращаемостью больных в медицинские учреждения, связанной, в свою очередь, с особенностью формирования зависимости от данного наркотика). По имеющимся данным число зарегистрированных больных гашишной наркоманией в 2003 г. составило 20,8 тыс. Динамика этого показателя выросла за последние 5 лет: в 1999 г. отмечалось 9,7 больных на 100 тыс. нас., в 2003 г. — 14,6 на 1000 тыс. (в 1,5 раза больше). Производные каннабиса употребляют 2,2% наркозависимых женщин.

Число зарегистрированных больных, употребляющих стимуляторы и кокаин традиционно составляло незначительный удельный вес в общей

структуре потребления наркотиков (1,6—2,6% в 1999—2003 гг.). Среди женщин данный показатель соответствует среднестатистическому — 2,1%.

Важной тенденцией в последние годы является уменьшение числа первичной обращаемости больных опиоидной наркоманией, начавшаяся в 2001 г. Показатель заболеваемости этой наркоманией снизился с 2000 г. по 2003 г. в 3,6 раза. Первичная заболеваемость гашишной наркоманией в анализируемый период стабилизировалась на уровне 1,7—1,8 больных на 100 тыс. населения (среди женщин — 0,2 на 100 тыс.). Снижение заболеваемости наркоманией, вызванной употреблением психостимуляторов и других наркотических веществ, а также полинаркоманией из-за небольшого числа первично выявляемых случаев значительного влияния на уменьшение общего показателя заболеваемости не оказало.

## 6. Употребление ПАВ и сопутствующие заболевания

Увеличение числа потребителей ПАВ сопровождается увеличением заболеваемости ВИЧ-инфекцией, вирусными гепатитами «В» и «С» и др. заболеваниями. 70 % ВИЧ-инфицированных — лица, злоупотребляющие ПАВ. Инфекционные заболевания печени у наркозависимых имеют тенденцию к хроническому течению, протекают скрыто, вследствие чего больные всегда являются источником инфекции.

Ранняя наркотизация часто сочетается с различными формами сексуальных девиаций, обуславливающие высокую частоту распространенности среди несовершеннолетних инфекционных заболеваний, передающихся половым путем. В 1999 г. зарегистрировано свыше 63 тыс. больных в возрасте 17 лет, страдающих данной патологией. Заболеваемость сифилисом в последние годы в возрастной группе 15—17 лет выросла в 31,5 раза, гонорей на 18,5%. Число девочек до 14 лет, больных сифилисом, за последние 10 лет возросло в 112 раз. В целом в 1997 г. уровень заболеваемости сифилисом вырос по сравнению с 1989 г. в 50 раз. Каждый 10-й аборт в стране производится у девочек-подростков.

Таким образом, можно отметить следующие основные тенденции в показателях распространённости злоупотребления ПАВ в настоящее время:

- 1) увеличение распространённости наркозависимости среди детей, подростков, молодых людей; преобладание роста темпа потребления ПАВ в детско-подростковой популяции над аналогичными показателями среди взрослого населения;
- 2) снижение возраста начала наркотической инициации; первые пробы ПАВ отмечаются в возрасте 11—14 лет;

3) более высокие темпы увеличения распространности потребления наркотиков в женской популяции: увеличение первичной заболеваемости наркологическими заболеваниями среди женщин в период 1991–2000 гг. в 20 раз; изменение соотношения заболеваемости мужчин/женщин с 8–9:1 в 1989 г. до 3:1 в 2000 г. Наибольшая распространенность женской наркозависимости в молодом возрасте — соотношение юношей/девушек — 2:1;

4) значительное увеличение в последнее десятилетие доли высоко наркогенных ПАВ среди всех используемых наркотиков (героин — 88%), снижение удельного веса потребления кустарно изготавливаемых наркотиков;

5) неравномерность распространения потребления наркотиков среди разных слоев населения; существование групп риска злоупотребления ПАВ — возрастных (79% употребляющих ПАВ — молодые люди до 30 лет), социальных (значительное преобладание потребления наркотиков среди городского населения по сравнению с сельским).

#### Литература

1. Иванец Н. Н., Анохина И. П., Стрелец Н. В. Современное состояние проблемы наркоманий в России / Вопросы наркологии. — 1997. — № 3. — С. 3–12.
2. Киржанова В. В., Кошкина Е. А. Распространенность наркологических расстройств среди детей и подростков в 2003–2004 годах / Вопросы наркологии. — 2005. — № 4–5. — С. 5–12.
3. Надеждин А. В. Токсикомания летучими углеводородами: эпидемиология, клиника, лечение // Ингалаты: сборник научных трудов под ред. Э. Э. Звартау. — СПб.: Изд-во СПбГМУ, 2005. — С. 188–208.
4. О концепции профилактики злоупотребления психоактивными веществами в образовательной среде. Приказ МЗ РФ № 619 от 28.02.2000 г. Приложение 1. Сайт [www.NARKOTIKI.RU](http://www.NARKOTIKI.RU).
5. О распространенности потребления психоактивных веществ в студенческой среде. Учебно-методический межвузовский центр по противодействию наркомании в молодежной среде. — СПб, 2003. — С. 16–23.
6. Парламентские слушания по теме: «О законодательном обеспечении предупреждения и профилактики наркомании в Российской Федерации». — Часть 1. — Москва, 15 апреля 2005 года. — С. 23–27.

## Глава 2 ОБЩИЕ ПОНЯТИЯ

1. Определение понятия «наркотическое вещество», «токсическое вещество», «лекарственное вещество с психотропным действием», «психоактивное вещество».

1.1. Понятие «наркотическое вещество» включает в себя:

- 1) способность оказывать специфическое воздействие на психику (медицинский критерий);
- 2) использование вещества для медицинских целей, что приобретает широкомасштабный характер («эпидемия») и социальную значимость (социальный критерий);
- 3) включение вещества в «Список наркотических средств МЗ РФ» (юридический критерий). Список составлен на основании «Единой конвенции о наркотических средствах 1953 года» и «Конвенции о психотропных веществах 1971 года».

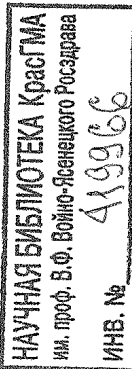
1.2. Понятие «токсическое вещество» включает в себя:

- 1) способность оказывать специфическое воздействие на психические процессы (как и наркотическое вещество);
- 2) невключенность в государственный перечень наркотических веществ;
- 3) невозможность контролировать оборот этого вещества, т. к. он относится к товарам широкого потребления (табак, средства бытовой химии и др.)

1.3. Понятие «лекарственное средство с психотропным действием» включает в себя:

- 1) способность оказывать специфическое воздействие на психические процессы (как наркотическое и токсическое вещество);
- 2) разрешенность к использованию Фармакологическим комитетом МЗ в качестве лечебного средства;
- 3) меры контроля за оборотом в соответствии с государственным законодательством и «Конвенции о психотропных веществах 1971 года».

В настоящее время понятия «наркотическое вещество», «токсическое вещество» и «лекарственное средство с психотропным действием» объединены в понятие «психоактивное вещество» (ПАВ). Данный термин употребляется в современной международной класси-



фикации психических расстройств — МКБ-10. Критерии объединения: способность оказывать специфическое воздействие на психические процессы — вызывать состояние опьянения; единство патогенетических механизмов формирования зависимости от данных веществ.

1.4. Определение понятия «психоактивное вещество»: психоактивное вещество — это любое химическое вещество, способное при однократном приеме изменить настроение, физическое состояние, самоощущение, восприятие окружающего, поведение, либо вызывать другие, нежелательные с точки зрения потребителя психофизические эффекты, а при систематическом приеме вызывать психическую и физическую зависимость.

1.5. В Государственный список наркотических средств входят 4 перечня:

1) вещества, запрещенные для производства и применения на людях, не подлежащие включению в рецептурные справочники и учебные пособия (героин, ЛСД, мескалин, псилоцибин, каннабис, маковая соломка и др.);

2) наркотические лекарственные средства, оборот которых ограничен и в отношении которых установлены меры контроля в соответствии с законодательством РФ и международными договорами (кодеин, кокаин, морфин, опиум, омнопон, промедол, бармил, этаминнал-натрия и др.);

3) психотропные средства, оборот которых в РФ ограничен и в отношении которых допускается исключение некоторых мер контроля в соответствии с законодательством (оксидбутират натрия, фторотан и др.);

4) прекурсоры, оборот которых ограничен и в отношении которых установлены меры контроля в соответствии с законодательством (ацетон, перманганат калия, серная и соляная кислоты, толуол и др.)

## 2. Определение понятия «наркомания»

2.1. Случаи эпизодического или умеренного употребления ПАВ носят название наркотизма (синонимы: эпизодическая наркотизация, аддиктивное поведение, донозологическая стадия наркомании и др.).

2.2. Согласно рекомендациям ВОЗ, наркоманией считается заблуждение, отвечающее нескольким из следующих критериев:

1) в связи с частым приемом наркотика возникает состояние перидической или постоянной интоксикации, приносящее материальный и моральный ущерб больному, его близким, обществу в целом;

2) ввиду нарастающей толерантности больной постоянно повышает дозу вещества для получения желаемого наркотического эффекта;

3) наблюдается выраженная психическая и физическая зависимость от вводимого препарата, что проявляется в neodолжимом влечении к наркотику;

4) neodолжимое влечение к наркотику вынуждает наркомана добиваться его приобретения любыми способами.

Вышеуказанным критериям отвечает также понятие «токсикомания». Ввиду схожести патогенетических механизмов формирования понятия наркомании и токсикомании объединяются термином «лекарственная зависимость» (drug dependence). Данный термин используется в документах ВОЗ.

## 3. Определение понятия «наркотическое опьянение»

3.1. Под «наркотическим опьянением» понимается состояние, проявляющееся психопатологическими, соматовегетативными и неврологическими симптомами, возникающими в ответ на прием психоактивного вещества.

Различают субъективные признаки наркотического опьянения (периживаются больным) и объективные признаки (распознаются окружающими).

Клиническая картина опьянения представляет собой сложный симптомокомплекс, включающий в себя нарушение настроения, мышления, восприятия, сознания, соматовегетативные, неврологические симптомы. Можно выделить 4 фазы наркотического опьянения:

- 1) защитные соматовегетативные реакции;
- 2) развернутые клинические симптомы опьянения;
- 3) наркотический сон (медикаментозная сомноленция);
- 4) постинтоксикационное состояние: слабость, чувство разбитости, головная боль, беспокойство, тревожность, тошнота, головокружение, мелкий тремор рук и др.

Наркотическое опьянение с выраженными психопатологическими, соматовегетативными и неврологическими симптомами представляют собой острую экзогенную (интоксикационную) форму психического реагирования.

3.2. В зависимости от химической структуры ПАВ клинические симптомы наркотического опьянения имеют относительно специфический характер. Далее приводятся наиболее частые формы наркотического опьянения.

3.2.1. При использовании опиатов наблюдается подъем настроения с экзотическим оттенком, переживание «покоя, блаженства, ясности мыслей в голове». Отмечается сужение сознания, сосредоточенность на телесных ощущениях, двигательная заторможенность, переживание «расслабленности», гиперпатия восприятия («все ясное и блестящее»). Характерны парестезии («воздушное покалывание») и сенестопатии («теплая волна поднимается вверх»). Соматовегетативные симптомы проявляются миозом (зрачки «со спичечную головку»), гиперемией лица и склер, сухостью во рту и зудом кожи.

3.2.2. При опьянении психостимуляторами также отмечается подъем настроения с экзотическим оттенком (радость, восторг). В отличие от опьянения опиатами характерна повышенная двигательная активность с многоречивостью и суетливостью, усилением продуктивной деятельности с планированием и реализацией разного рода дел. Характерно субъективное чувство ускорения течения мыслей, ощущение их «ясности». Появляется убежденность в собственных способностях. Характерна бледность лица с серым оттенком, расширение зрачков, сухой язык с беловатым налетом по краю, белый налет на зубах. Обращает на себя внимание своеобразный хабитус: тревожный взгляд, «постаревшее» выражение лица. Неврологические симптомы проявляются нарушением координации движений, латеральным нистагмом, мелким тремором пальцев.

3.3.3. При использовании летучих органических веществ (ЛОВ) наблюдается эйфория. Специфика опьянения ЛОВ связана с присутствием симптомов искажения восприятия — метаморфозий, расстройств схемы тела. Характерно нарушение сознания в форме оглушенности, онейроидного и делириозного помрачения. Отмечается двигательная заторможенность, нарушение координации движений, нистагм.

3.3.4. При опьянении холинолитическими веществами (циклодол, димедрол) наряду с эйфорией, расстройствами схемы тела, парейдолиями и гиперпатией восприятия характерны элементарные, отрицательные галлюцинации (симптом «исчезающей сигареты»), оглушенность сознания, онейроидный и делириозный синдромы. Для неврологического статуса типичны парез аккомодации, мозжечковая атакия.

3.3.5. В клинике наркотического опьянения каннабиоидами (гашиш, марихуана) преобладают нарушения настроения с эпизодами эйфории, тревоги, страха, растерянности и подозрительности. На их фоне отмечаются психосенсорные расстройства и нарушения схемы тела. Характерно концентрическое сужение сознания (симптом «замк-

нутого круга» по И. Н. Пятницкой). При тяжелых формах наблюдается помрачение сознания делириозно-онейроидного типа, сумеречное состояние. Выражены вегетативные симптомы — головокружение, звон в ушах, тяжесть в голове, коллаптоидное состояние, тошнота, рвота. Неврологические симптомы проявляются анизокорией, латеральным нистагмом, мелким тремором рук, век и языка. Отмечается жажда, голод, расторможение влечений.

3.3.6. Для кокаинового опьянения характерно повышение настроения экзотического типа с переживанием ускорения течения мыслей, ощущением прозрения, чувством высоких творческих возможностей. К относительно специфическим расстройствам относятся делирий с яркими тактильными галлюцинациями ощущения «насекомых под кожей» (симптом Маньяна), отрывочными идеями преследования с последующей амнезией. Наблюдаются выраженные вегетативно-сосудистые симптомы: тяжелая головная боль, головокружение, тошнота, повышение температуры тела до 38—39, одышка, тахикардия, аритмия, стенокардия, коллапс. Нередко отмечаются судорожные припадки, остановка сердца, угнетение дыхания.

#### 4. Общие клинические проявления наркомании

4.1. Общими клиническими проявлениями наркомании являются:

1) *синдром измененной реактивности* организма к действию наркотика. Он включает в себя: а) исчезновение защитных реакций на введение наркотического вещества; б) изменение толерантности организма к наркотическому веществу; в) изменение формы потребления наркотика; г) изменение клинической картины опьянения;

2) *синдром психической зависимости*. Включает в себя патологического влечение к наркотику обсессивного типа, состояние психического комфорта в момент опьянения;

3) *синдром физической зависимости*. Включает в себя патологическое влечение к наркотику компульсивного типа, абстинентный синдром, переживание физического комфорта в момент опьянения.

#### 4.2. Синдром психической зависимости

4.2.1. В понятие *психической зависимости* входит:

- переживание подъема настроения и психофизической активности в состоянии опьянения ПАВ;
- потребность в возобновлении приема ПАВ с целью повторения испытанных в состоянии опьянения переживаний или с целью избегания психофизического дискомфорта.

**Психическая зависимость** характеризуется:

- наличием чувства дискомфорта вне состояния опьянения; потребность в возобновлении употребления психоактивного вещества с целью избежания дискомфорта;
- зависимостью интенсивности переживаний в момент опьянения от обстановки и окружения (местонахождение, компания и т. д.);
- экзацербацией в период терапевтической ремиссии в условиях редукции симптомов физической зависимости;
- взаимосвязью с личностными характеристиками наркозависимых: наркоманическим образом жизни и кругом общения, наркотической субкультурой, гедонистическим мировоззрением, в широком смысле — с наркотической системой ценностей;
- тесной взаимосвязью с первичным влечением к ПАВ.

**4.2.2. Для первичного влечения к ПАВ характерны:**

- сверхценные мысли о ПАВ;
- подъем настроения и оживление в предвкушении приема ПАВ; подавленность и неудовлетворенность в его отсутствие;
- обсессивный психопатологический механизм формирования. Первичное влечение реализуется в виде навязчивых мыслей о наркотике, сопровождается борьбой мотивов, критикой;
- явная (действия, направленные на получение и употребление ПАВ) и латентная (наркотические сновидения, разговоры о наркотиках, наркотические ассоциации при беседе с врачом, интерес к специальной литературе о наркотиках, интерес к наркотической субкультуре, атрибутам, одежде и т. д.) форма проявления;
- актуализация под влиянием ситуационных факторов, напр., при попадании больного в привычную обстановку (компанию употребляющих наркотики и др.), что делает его основной психотерапевтической мишенью в постабстинентный период и период неустойчивой ремиссии.

**4.3. Синдром физической зависимости.**

**4.3.1. Основным проявлением физической зависимости является абстинентный синдром** (син. синдром отмены, синдром лишения). Он характеризуется:

- выраженными соматовегетативными и психопатологическими проявлениями в ответ на прекращение поступления наркотика в организм;
- полным купированием при введении новых доз наркотика (или веществ со сходным механизмом действия);
- различными сроками формирования и различными клиническими проявлениями при разных видах наркомании;

— зависимостью тяжести клинических проявлений — зависит от стадии болезни, возраста формирования наркозависимости, наркогенности применяемых наркотических веществ;

- наличием определенной фазности течения: 1) острый период; 2) постострый («отставленный») период; 3) постабстинентный период (период «неустойчивого равновесия»). Последний характеризуется в основном психопатологической симптоматикой (симптомы астении, аффективные колебания настроения, психопатологические нарушения поведения и др.);
- наличием периодов т. н. «псевдоабстиненции» («сухой» абстиненции): симптоматика острого абстинентного синдрома, возникающая на фоне длительного (недели, месяцы) воздержания от психоактивных веществ; является причиной обострения патологического влечения и возникновения рецидива заболевания;

**4.3.2. Для вторичного влечения к ПАВ характерны:**

- компульсивный (непреодолимый) характер;
- активный поиск ПАВ, тотальная охваченность мыслью о ПАВ, сужение сознания, психомоторное возбуждение, психопатологические нарушения на высоте влечения;
- соматоневрологические эквиваленты вторичного влечения: мидриаз, гипергидроз, сухость во рту, гиперрефлексия, тремор;
- связь с физической зависимостью от ПАВ. Вторичное влечение является одним из проявлений физической зависимости.

**4.4. Изменение толерантности**

Для симптома изменения толерантности (роста толерантности) характерно:

- изменение физиологического действия ПАВ, что отражается в изменении клинической картины опьянения;
- увеличение дозы ПАВ и увеличение частоты случаев употребления ПАВ;
- переносимость доз, во много раз превышающих терапевтические дозы (переносимость смертельных для здорового человека доз ПАВ);
- исчезновение защитных реакций в ответ на прием ПАВ;
- закономерная динамика по мере течения заболевания: а) резкое увеличение толерантности на начальной стадии; б) появление «плато» на стадии развернутых клинических проявлений; в) снижение на исходной стадии (в силу истощения функциональных систем организма, отвечающих за метаболизм ПАВ);
- наличие перекрестной толерантности в случае полинаркоманий: снижение дозы употребляемого ранее ПАВ по мере увеличения дозы вновь используемого.

## 5. Стадии заболевания

### 5.1. Выделяют следующие стадии заболевания (таблица 1):

- **стадия эпизодического употребления** (донзологическая стадия). Характеризуется эпизодическим случайным употреблением ПАВ, отсутствием изменения толерантности, наличием начальных проявлений психической зависимости;
- **начальная стадия** (1-я стадия). Отмечается формирование синематического регулярного приема ПАВ, рост толерантности, появление начальных признаков физической зависимости;
- **стадия развернутых клинических проявлений** (2-я стадия). Характерны развернутые проявления психической и физической зависимости (развернутый абстинентный синдром), рост толерантности до максимальных проявлений, достижение «плато» толерантности;
- **исходная стадия** (3-я стадия). Наблюдается снижение толерантности, изменение картины опьянения (преобладание стимулирующего действия ПАВ), изменение картины абстинентного (преобладание соматоневрологических симптомов).

Таблица 1  
Основные стадии наркомании и основные клинические проявления

Стадия	клинические проявления
Стадия эпизодического употребления	<ul style="list-style-type: none"> <li>• эпизодическая (случайная) форма потребления ПАВ;</li> <li>• чередование периодов опьянения с длительными периодами воздержания;</li> <li>• отсутствие критической оценки употребления ПАВ, преобладание легковесности в отношении его употребления;</li> <li>• формирование предпочтения определенного вида ПАВ</li> </ul> <p>Признаки продрома заболевания:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• увеличение суточной толерантности за счет многократного употребления;</li> <li>• дисхроноз (невыраженность суточного изменения активности);</li> </ul>
Начальная	<p>Клинические проявления синдрома измененной реактивности и психической зависимости:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• систематический (регулярный) прием наркотика;</li> <li>• рост толерантности;</li> <li>• ослабление защитных реакций;</li> <li>• обсессивное влечение к ПАВ;</li> <li>• способность достижения психического комфорта только в состоянии интоксикации;</li> </ul>
Стадия развернутых клинических проявлений	<ul style="list-style-type: none"> <li>• синдром измененной реактивности (рост толерантности до максимальных проявлений, достижение «плато» толерантности);</li> <li>• синдром психической зависимости;</li> <li>• синдром физической зависимости (развернутый абстинентный синдром);</li> </ul>

стадия	клинические проявления
Исходная стадия	<ul style="list-style-type: none"> <li>• видоизменения синдромов измененной реактивности, психической зависимости и физической зависимости (снижение толерантности, изменение картины опьянения – преобладание стимулирующего действия ПАВ, изменение картины абстинентного синдрома – преобладание соматоневрологических симптомов);</li> <li>• синдром последствий наркотизации (энергетическое снижение, функциональное полисистемное истощение организма).</li> </ul>

### 5.2. Взаимосвязь синдромов наркомании и стадии заболевания. Для динамики развития синдромов наркомании характерна следующая закономерность:

- 1) для начальной стадии заболевания характерны синдром измененной реактивности (различной степени выраженности) и синдром психической зависимости;
  - 2) на стадии развернутых клинических проявлений возникает синдром физической зависимости (на фоне сформированного синдрома измененной реактивности и синдрома психической зависимости);
  - 3) исходная стадия характеризуется развитием синдрома последствий наркотизации, который включает в себя: энергетическое снижение (прогрессирующее падение работоспособности и активности, угасание потребностей и влечений, снижение резистентности организма и др.) и полисистемное функциональное истощение организма.
- Вышеуказанные закономерности иллюстрирует таблица 2.

Таблица 2  
Взаимосвязь основных синдромов наркомании и стадии заболевания

синдром	симптомы	стадия болезни
1. Синдром измененной реактивности организма к действию наркотика	<ul style="list-style-type: none"> <li>• исчезновение защитных реакций;</li> <li>• изменение толерантности;</li> <li>• изменение формы потребления наркотика;</li> <li>• изменение клинической картины опьянения</li> </ul>	начальная
2. Синдром психической зависимости	<ul style="list-style-type: none"> <li>• влечение к наркоту обсессивного типа;</li> <li>• переживание психического дискомфорта в состоянии опьянения</li> </ul>	начальная
3. Синдром физической зависимости	<ul style="list-style-type: none"> <li>• компульсивное влечение к наркоту;</li> <li>• абстинентный синдром;</li> <li>• переживание физического дискомфорта в состоянии опьянения</li> </ul>	стадия развернутых клинических проявлений

синдром	симптомы	стадия болезни
4. Синдром последствий наркотизации	<ul style="list-style-type: none"> <li>• синдром изменной реактивности, синдром психической зависимости, синдром физической зависимости</li> <li>• энергетическое снижение – прогрессирующее падение работоспособности и активности, угасание потребностей и влечений, снижение резистентности организма и др.</li> <li>• полисистемное функциональное истощение организма</li> </ul>	стадия болезни конечная

### 6. Течение наркомании

- для большинства форм наркоманий характерно безрецидивное течение;
- более характерными являются вынужденные ремиссии, связанные с отсутствием доступа к ПАВ (заключение, госпитализация и др.);
- терапевтическая ремиссия (больше 1 года) наблюдается у 10–50% в зависимости от формы наркомании, стадии развития, сроков употребления, доз употребляемых ПАВ;
- степень прогредиентности зависит от сроков начала употребления ПАВ: при раннем начале отмечается высокая прогредиентность.

### 7. Синдром последствий наркотизации

- 7.1. Для общесоматических нарушений характерны:**
- трофическая недостаточность: пастозность, бледность кожи, утрата тургора тканей, снижение блеска глаз, ногтей, волос, расслоение ногтей, выпадение волос, похудание, «постаревший» внешний вид;
  - токсический гепатит;
  - токсическое поражение миокарда, стенокардия;
  - септическое поражение сосудов, эндокарда;
  - поражение центральной и периферической нервной системы.
  - нарушение клеточного и гуморального иммунитета;
  - нарушение эндокринной регуляции.

- 7.2. Специфическими последствиями наркотизации являются:**
- При опийной наркомании отмечается желтоватый оттенок кожи, выпадение зубов, тромбофлебит (тромбоз, разрастание соединительной ткани и пигментация в местах инъекций), расстройство желудочно-кишечного тракта.

- Для каннабиноидной наркомании характерны темно-желтый оттенок кожи («старческая» пигментация), расстройство органов дыхания.

- Для кокаиновой наркомании характерны атрофия слизистой оболочки носа, прободение носовой перегородки (интраназальное употребление).

### 8. Изменения личности

- 8.1. Для наркомании характерны специфические изменения личности. В процессе развития заболевания утрачиваются индивидуальные личностные особенности. Отмечается относительная схожесть изменений личности у разных больных, т. е. формируется наркоманический дефект личности (таблица 3).**

**8.1.1. Наблюдаются психопатоподобные характерологические изменения истеро-возбудимого и неустойчивого круга. Например, в поведенческих реакциях преобладает такая форма психического реагирования, как суицидный шантаж.**

**8.1.2. В основе наркоманического дефекта личности – морально-этическая деградация. Характерны такие черты, как эгоцентризм, цинизм, лживость, паразитические тенденции, иждивенство, легковесность и безразличие к своей судьбе, безответственность, жестокость к близким, развязность, отсутствие чувства дистанции при общении, притупление родительского чувства.**

**8.1.3. Интеллектуально-мнестические нарушения характеризуются постепенным формированием психоорганического синдрома, выраженность которого зависит от вида употребляемого ПАВ, прогредиентности заболевания, соматических и неврологических последствий заболевания. Выраженный психоорганический синдром наблюдаются при барбитуратовой наркомании, токсикомании от летучих органических веществ. В структуре психоорганического синдрома на первом плане анергические проявления – вялость, адинамия, снижение побуждений. Характерны также такие проявления, как некритичность и поверхностность суждений, слабость внимания, торпидность мышления, бедность воображения, нарушение мотивационного компонента памяти, симптомы эмоциональной неустойчивости (эксплозивность, лабильность).**

**8.1.4. Социальная деградация** включает в себя утрату профессионального статуса, нарушение семейных связей, криминальное поведение.

**9. Особенности наркомании у подростков**

**9.1. Особенности употребляемых ПАВ:**

- недоступность на ранних этапах заболевания дорогостоящих наркотиков, вследствие этого употребление токсических средств (летучие органические вещества);
- предпочтение галлюциногенных средств: циклодол, летучие органические вещества, гашиш.

**9.2. Особенности клинических проявлений наркомании:**

- рудиментарность основных синдромов заболевания, в частности абстинентного синдрома (преобладание психопатологических проявлений над соматовегетативными);
- нестойкий характер первичного патологического влечения к ПАВ;
- преобладание групповой формы психической зависимости над индивидуальной.

**9.3. Особенности течения заболевания:**

- размытость границ синдромов и этапов болезни, затрудняющих отграничение ее стадий;
- относительно благоприятный прогноз при прекращении злоупотребления ПАВ на донологической стадии (стадия аддиктивного поведения), положительная роль микросоциального контроля в процессе прерывания болезни;
- быстрая формирования психического дефекта и синдрома последствий наркотизации в случае прогрессивного течения.

**Литература**

1. Бабаян Э. А., Гонопольский М. Х. Наркология. — М.: Медицина, 1987.
2. Битенский В. С., Херсонский Б. Г., Дворяк С. В., Глушков В. А. Наркомании у подростков. — Киев: Здоров'я, 1989.
3. Гофман А. Г. Наркология. — М.: Миклош, 2003.
4. Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология: Руководство для врачей. — Л.: Медгиз, 1991.
5. Пятницкая И. Н. Наркомании. — М: Медицина, 1994.
6. Пятницкая И.Н., Найденова Н.Г. Подростковая наркология: Руководство для врачей. М.: Медицина, 2002.
7. Руководство по наркологии. В 2 томах / Под ред. Н. Н. Иванца. — М.: Медпрактика, 2002.

**1.1. Опиная (опиатная) наркомания** включает в себя следующие разновидности:

- 1) опиомания (употребление кустарно полученного опия — опий-сырец, маковая соломка);
- 2) морфиновая наркомания (употребление наркотических аналогов — морфин, опион, в т. ч. синтетических препаратов — промедол и др.);
- 3) героиновая наркомания (употребление героина — полусинтетического препарата);
- 4) метадоновая наркомания (употребление метадона — синтетического наркотического аналога);
- 5) кодеиновая наркомания (употребление кодеина — одного из алкалоидов опия).

**1.2.** Опиаты получают из разных сортов мака (*Papaver somniferum*), опия и его препаратов, алкалоидов и дериватов опия (морфин, кодеин, тебаин, героин, дионин, пантолон, опион и др.), синтетических препаратов с морфиноподобным действием (фенадон, промедол и др.).  
Общее свойство у всех опиатов — морфиноподобное действие.

**1.3. Способы употребления.** Основной способ употребления — инъекционный. На начальных стадиях заболевания встречается курение, ингалирование, пероральное употребление с обязательным переходом в дальнейшем к парентеральному внутривенному употреблению. В странах Средней Азии распространено традиционное употребление отвара головок мака — «кокнар» (опиофагия, кокнарная наркомания).

**2. Клиническая картина опиатного опьянения**

**2.1.1.** Клиническая картина опиатного опьянения включает в себя:

- 1) аффективные нарушения в виде экстатического подъема настроения (переживание блаженства, физического и психического комфорта с выраженными соматовегетативными эквивалентами — ощущение «распирания от радости» в груди, ощущение «ясности», ощущение «прозрачности в голове»);
- 2) нарушения восприятия в виде визуализированных представлений (воспоминание счастливых минут прошлого — «что захочу, то и увижу»);

- 3) аффективно-суженное сознание — сосредоточенность на собственных ощущениях, отсутствие реакции на внешние события и окружающих людей;
- 4) двигательная заторможенность — неподвижность, вялость, замедленность движений, гипомимия, уединение, отказ от общения, бездеятельность;
- 5) соматовегетативные симптомы: миоз, парестезии (ощущение «воздушного покалывания»), сухость и бледность кожи, снижение АД, зуд кожи, тошнота, рвота.

2.1.2. В динамике опийного опьянения выделяют 4 фазы (см. таблицу 3).

Таблица 3

Фазы опийного опьянения

Фазы	Длительность	Клинические проявления
1 фаза — эйфорическая	первые 5 мин	1) соматовегетативные проявления: миоз, гиперемия лица, сухость во рту, зуд кожи; 2) гиперпатия восприятия («все ясное и блестящее»); 3) парестезии («воздушное покалывание») и сенестопатии (ощущение поднимающейся вверх тепловой волны);
2 фаза — седативная	40 мин — 2 час	1) настроение приподнятое с экзотическим оттенком; 2) сужение сознания, сосредоточенность на внутренних телесных ощущениях; 3) визуализированные представления; 4) двигательная заторможенность, гипокинезия;
3 фаза — сомнолентная	2—3 час	поверхностный сон
4 — постинтоксикационное состояние	неск. час	головная боль, беспокойство, тревожность, тошнота, головокружение

2.1.3. Клиническая диагностика опийного опьянения

Объективными признаками опийного опьянения являются:

- 1) сужение зрачка — миоз (наиболее важный и постоянный признак);
- 2) вегетативные проявления: сухость кожи и слизистых, артериальная гипотензия, брадикардия, повышение сухожильных рефлексов.
- 3) внешний вид опьяненного: неподвижность, замедленность движений и речи, амимия лица, полуприкрытые глаза, открытый рот, бледность лица, легкая гиперемия склер.

2.1.4. Особенности клинической картины опьянения при употреблении различных опиатов. В зависимости от вида опиата наблюдаются специфические особенности опьянения. При героиновом опьянении отмечается экзотический оттенок настроения и менее выражены вегетативные проявления. Для опьянения синтетическими опиатами (морфин, омнопон) характерны выраженные вегетативные реакции (гиперемия лица и шеи, миоз, зуд кожи лица и кончика носа, брадикардия, сухость слизистых) и меньшая выраженность эйфорического компонента. При употреблении кодеина отмечаются тягостные вегетативные нарушения — отек шеи, лица, сильный зуд, чувство дурноты, обморок. Использование кустарных препаратов (млечный сок, экстракт маковой соломки) также сопровождается тяжелыми вегетативными нарушениями.

2.1.5. Особенности опийного опьянения у подростков:

- 1) наличие атипичных форм опьянения: настроение с тревожным или дисфорическим оттенком;
- 2) легкость возникновения токсической формы опьянения (острое отравление, «передозировка»): нарушение сознания оглушенного или выключенного типов, снижение АД, тахикардия, тахипноэ, слюнотечение, тошнота, рвота, остановка дыхания.

3. Клинические проявления опийной наркомании

3.1. Донозологическая стадия (стадия «злоупотребления без зависимости»).

Клинические проявления:

- «ситуационное» влечение к употреблению наркотика — употребление только в строго определенной обстановке (напр., в компании друзей), и «групповую» форму психической зависимости;
  - феномен «первичного поискового полинаркотизма» — употребление нескольких наркотических веществ с целью выбора предпочтительного;
  - употреблению опиатов предшествует в порядке перечисления: табакокурение, употребление алкоголя, употребление каннабиноидов.
- Отличительные особенности донозологической стадии:
- кратковременность в связи с выраженной наркогенностью опиатов, быстрый переход к 1-й стадии заболевания;
  - наличие положительной оценки первых проб опиатов как предвестника формирования опийной наркозависимости;
  - предпочтение интраназального способа введения при относительно благоприятном течении заболевания;

• зависимость выбора опиатов в качестве предпочтительного наркотика от криминогенного характера подростковой группы.

### 3.2. Начальная стадия (1-я стадия).

Формируется в срок от 1 нед до нескольких мес. Длительность формирования зависит от наркогенности употребляемого опиата. Продолжительность стадии — от 2–3 нед до 1–2 мес.

Клинические проявления:

- изменение **формы потребления** — регулярный прием (не менее 1 раз в нед);
- повышение **толерантности** — в 2–3 раза за счет увеличения кратности приема — 2–3 раза в сут.;
- ослабление **защитных реакций** (исчезает кожный зуд);
- относительная сохранность **физиологического действия наркотика** (пониженный аппетит, уменьшение продолжительности сна, дисхроноз, сниженный диурез, склонность к запорам, подавление кашлевого рефлекса);
- незначительное изменение **картины опьянения**: исчезает тошнота и рвота, сохраняется поверхностный сон;
- **обсессивный характер влечения**: а) имеет волнообразное течение; б) определяет сохранность формальной критики (минимое ощущение контроля за наркотизацией); в) определяет жизнь и поведение подростка, эмоциональные привязанности, искажение нравственных принципов (наркотизация становится главным интересом в жизни, эмоциональная привязанность к компании); г) обуславливает возможность к диссимуляции (сокрытие наркоманического поведения).

### 3.3. Стадия развернутых клинических проявлений (2 стадия).

Клинические проявления:

- изменение **формы потребления** — ежедневный прием;
- резкое повышение **толерантности** — в десятки/сотни раз;
- изменение **картины опьянения**: а) сокращение длительности 1 фазы; б) изменение 2 фазы — седативный эффект сменяется стимулирующим (появляется собранность, общительность, желание ч.-л. сделать); в) отсутствие 3 фазы опьянения;
- исчезновение физиологического действия наркотика;
- способность испытывать физический комфорт только в состоянии опьянения;
- **патологическое влечение к наркоту компульсивного типа**. Выделяют 3 разновидности: а) патологическое влечение на спаде интоксикации; б) патологическое влечение в структуре абстинентного синдрома; в) патологическое влечение после редукции острой стадии

абстинентного синдрома (неустойчивая ремиссия). В динамике различают 3 фазы патологического влечения: а) продром (2–5 сут.); б) выраженность соматовегетативных, неврологических и психопатологических симптомов (1–2 сут.); в) редукция симптомов (5–7 сут.)

— абстинентный синдром. Включает в себя соматовегетативные, алгические и психопатологические проявления, по-разному проявляющиеся в зависимости от тяжести и фазы синдрома (см. таблицу 4).

**Особенности героинового абстинентного синдрома у больных с резидуально-органическим поражением мозга.** Наблюдается затяжной характер течения с преобладанием тяжелых клинических форм абстиненции. На глубину нарушений указывает транзиторный экзогенный психоз в форме делириозного помрачения сознания, что заставляет дифференцировать героиновый абстинентный синдром с холинолитическими и соматогенными психозами.

**3.3.1. Течение опиатного абстинентного синдрома.** Общая продолжительность — 10–14 дней. Основные симптомы купируются, как правило, к 10 дню. Характерно обострение симптоматики абстинентного синдрома к 14 дню отмены («вторая волна абстиненции»). В течение 2–5 дней наблюдается повышенное потоотделение, озноб, боли в мышцах, бессонница, подавленное настроение, мысли о наркотике, нарушение режима лечения, отказ от терапии и др.

**3.3.2. Клинические проявления постабстинентного синдрома (период «остаточных явлений»).** Для постабстинентного синдрома характерно:

- начало — с 14 дня отмены опиатов, продолжительность от 2–3 нед до 1–1,5 мес.;
- преобладание психопатологических симптомов как проявления патологического влечения к наркоту;
- клинические проявления патологического влечения включают в себя колебания аффекта, диссомнию (или инсомнию), психопатологические нарушения поведения;
- аффективные нарушения: угнетенное настроение с переживанием безысходности, осознанием собственной несостоятельности, бесцельности существования; дисфорический фон настроения — недовольство собой и поведением окружающих («никто специально не хочет понимать...», ни от кого не дождешься помощи);
- психопатологические нарушения поведения: демонстративность, предьявления жалоб, нарушение режима лечения и др.

**3.3.3. Клинические проявления псевдоабстинентного синдрома («сухая ломка»):**

Таблица 4

## Фазы и клинические проявления опиатного абстинентного синдрома

Фаза	Продолжительность	Клинические проявления
1	Через 8–12 час	Начальные проявления: тревога, плаксивость, резкое усиление компульсивного влечения к наркотику; вегетативные проявления: мидриаз, зевота, слезотечение, насморк с чиханием, «гусиная кожа», исчезновение сна и аппетита.
2	Конец первых – начало вторых сут	Усиление вегетативных проявлений, появление алгического синдрома: «болезненная» зевота, слюнотечение, слезотечение с режью в глазах, приступы озноба-жара, повышенное потоотделение, «внутренняя дрожь» в теле; мышечные боли в пояснице, спине, ногах и руках, боли в суставах; выраженные аффективные нарушения: тревога с агитацией, чувство отчаяния, безнадежности, переживания собственной ненужности, анорексия, инсомния; тошнота, рвота, боли в животе, диспепсия, жидкий стул по 5–6 раз (до 20 в день);
3	2–3 сут	Период наиболее выраженных клинических проявлений: выраженные мышечные боли – «выкручивает», «выворачивает», «выламывает»; сниженное настроение с переживанием отчаяния, безнадежности. На высоте отмечается субступор с амимией лица. Выражен дисфорический компонент гипотимии (аффективные «вспышки») и истериформный характер эмоциональных проявлений (демонстративный плач, жалобы на «непонимание», мольбы о помощи, суицидный шантаж); выраженная инсомния или поверхностный сон с кошмарными сновидениями; усиление вегетативных симптомов, а также колебания АД, тахикардия, тахипноэ, субфебрилитет, повышение сахара и свертываемости крови.
4	5–6 сут.	Редукция соматовегетативных и алгических симптомов: снижение интенсивности мышечных болей и диспептических явлений; выраженность аффективных нарушений: переживание отчаяния, безысходности, агитация, истериформный рисунок поведения (привлечение внимания к своему «тяжелому» состоянию, назойливость, жалобы на непонимание)

• возникает спонтанно на фоне полного воздержания от опиатов в период неустойчивой ремиссии;

• характерны соматовегетативные симптомы, сходные с абстинентными: усиленное потоотделение, слезотечение, слизистые выделения из носа, мидриаз и др.;

• представляет собой вегетативный эквивалент обострения компульсивного влечения к наркотику;

• имеет ситуационно провоцируемый характер: наблюдается после возвращения в привычную наркоманическую среду;

• является одной из главных причин рецидивов заболевания.

### 3.4. Исходная стадия (3-я стадия).

#### Характеристика:

• у подростков встречается редко;

• отмечаются клинически видоизмененные основные наркоманические синдромы и синдром последствий наркотизации;

• трансформация синдрома измененной реактивности и синдрома физической зависимости отражает полисистемное истощение организма вследствие хронической интоксикации наркотиком;

• отмечаются тяжелые сопутствующие заболевания – синдром приобретенного иммунодефицита, инфекционный сепсис, гепатоз, кардиомиопатия и др.

#### Клинические проявления:

• снижение толерантности (разовой);

• стимулирующий характер действия опиатов на организм;

• слабая выраженность соматовегетативных компонентов в структуре абстинентного синдрома.

### 4. Синдром последствий наркотизации

Включают в себя наркоманические изменения личности (деградация личности), психоорганические нарушения (токсическая энцефалопатия), соматические осложнения.

#### 4.1. Особенности измененной личности:

• морально-этическая трансформация: патологический эгоцентризм (напр., представление о собственной исключительности), цинизм, лживость, эмоциональное огрубление (черствость), демонстративность, развязность;

• жестокость к близкими, утрата чувства любви, уважения, долга, потребительское отношение к родственникам, притупление родительского чувства (инстинкт материнства);

• склонность к аффективным и демонстративным суицидам;

• пренебрежение традиционными ценностями семьи, карьеры, профессионального роста, представление о малой значимости человеческой жизни.

• криминальная направленность деятельности: вовлеченность в оборот наркотиков, совершение кражи, ограблений, убийств. Преступ-

ления отличаются отсутствием продуманности, разумных оснований, крайней жестокостью, полным отсутствием раскаяния в совершенных преступлениях. Жертвами преступлений, как правило, являются слабые и беззащитные — пенсионеры, дети;

**4.2. Психоорганические нарушения.** Характерны истощаемость процессов внимания и памяти, торпидность мышления, снижение образительности, эмоциональная неустойчивость, снижение круга интересов (все интересы сосредотачиваются на поиске наркотиков), нарастание вялости, пассивности, слабая мотивация к продуктивной деятельности, паразитический образ жизни.

**4.3. Соматические нарушения.** Отмечаются снижение иммунитета, токсическая энцефалопатия, гепатоз, кардиомиопатия, эндоринные расстройства, инфекционные заболевания (хронические инфекционные гепатиты С и В, ВИЧ-инфекция), тромбозы, эндокердиты. Хабитус больных характеризуется признаками соматического истощения (похудание, атрофия мышц, утрата тургора тканей), изменением кожи (сухость, шелушение, морщинистость, бледность), выпадением волос и расслоением ногтей. Отмечается «постаревший» внешний вид.

**5. Течение.** Особенности течения опиатной наркомании являются непрерывно-прогредиентный характер, отсутствие цикличности, крайняя редкость спонтанных ремиссий. Наибольшая частота рецидивов отмечается в период неустойчивой ремиссии в первые 1—6 мес.

**6. Современный патоморфоз опиной наркомании.** Отмечаемый в последнее десятилетие патоморфоз опиной наркомании связан с усилением наркогенности используемых опиатов (употребляется преимущественно героин вместо экстракта маковой соломки) и снижением возраста начала наркотизации (11—14 лет).

**6.1.** С высокой наркогенностью героина связаны трансформация картины опьянения (преобладание гиперимии и психомоторного возбуждения) и быстрые сроки формирования патологического влечения к наркотику (отсутствует период эпизодического употребления).

**6.2.** С возрастными особенностями клиники и течения героиновой наркомании связана трансформация таких проявлений заболевания, как отставленный рост толерантности, периодическая форма потребления героина, тенденция к протрагированному и волнообразному течению абстинентного синдрома, преобладание в структуре абстинентного синдрома психопатологических расстройств над алгическими и соматовегетативными, тяжелое течение постабстинентного синдрома (выраженные астенические, депрессивные и диссомнические пережи-

вания), раннее появление соматических осложнений (токсические гепатиты, кардиомиопатии, дисфункции половых желез).

## МЕТАДОНОВАЯ НАРКОМАНИЯ

**1.1. Общая характеристика.** Метадон — синтетический наркотик кустарного производства, является наркотическим анальгетиком, по клиническим эффектам близок к морфину. Формами употребления метадона являются порошок и раствор (ампула).

Метадон впервые применен в качестве средства реабилитации при героиновой наркомании в 1971—1973 гг. В настоящее время используется в странах Запада как официальное средство заместительной терапии пациентов. Применяется в форме «метадоновой» программы, цель которой снижение социальных последствий наркомании и декриминализация наркоманического поведения.

В РФ метадон как средство заместительной терапии запрещен к применению. Однако он нелегально производится и употребляется в качестве самостоятельного наркотического средства.

В настоящее время в РФ существует 2 основные формы зависимости от метадона:

- 1) форма, при которой метадон употребляется совместно с героином (или вместо него);
- 2) изолированное употребление метадона.

**1.2. Фармакокинетика.** Отмечается более продолжительное действие по сравнению с опиными препаратами (24—48 ч). По данным зарубежной литературы, для купирования героинового абстинентного синдрома первоначальная доза метадона составляет 30—40 мг в сутки и может увеличиваться до 50—80 мг в сутки. Затем дозы метадона постепенно снижают, и на 14—20-й день препарат полностью отменяют. Применение метадона более чем 20 дней противопоказано, так как это приводит к формированию зависимости от него.

## 2. Клиническая картина опьянения

**2.1.** Эйфоризирующий эффект отмечается при введении 60—80 мг. 1 фаза (длительность 15—25 мин) опьянения характеризуется вегетативными нарушениями (ощущение «теплоты в желудке»). Для 2 фазы (длительность 1 сут) типичны повышенное настроение с экзотическим оттенком, переживание повышения активности. Постабстинентное состояние проявляется тошнотой, переживанием тяжести и разбитости.

2.2. Отличием метадонного опьянения от героинового являются отсутствие сонливости, двигательной заторможенности, грезоподобных фантазий, экзотического настроения.

### 3. Клинические проявления метадоновой наркомании

3.1. Начальная стадия. Возникает в сроки от нескольких нед до нескольких мес в зависимости от частоты употребления. Длительность начальной стадии заболевания несколько мес.

Клинические проявления:

- психическая зависимость выражается в виде раздражительности, нарушения засыпания, исчезновения аппетита вне интоксикации;
- увеличение через 1 мес употребления кратности приема метадона (1–2 раза в день) и разовой толерантности (увеличивается в 2–3 раза);
- изменение клинической картины опьянения: укорочение 1 фазы;
- патологическое влечение обсессивного типа: постоянные мысли о наркотике, воспоминания о субъективно приятных переживаниях и ощущениях в период опьянения;

3.2. Стадия развернутых клинических проявлений. Клинические проявления:

- увеличение толерантности в 5–10 раз;
- изменение клинической картины опьянения: исчезновение ощущения спокойствия, преобладание тревожности, суетливости;
- переход к парентеральному способу введения препарата
- **Абстинентный синдром:** формируется через 1,5–2 мес ежедневного систематического приема метадона. Отмечается закономерная стадийность. 1 фаза (1 сут) характеризуется вегетативными (миоз, слезотечение, повышение АД, тахикардия, тошнота) и аффективными симптомами (тревога, напряженность). Для 2 фазы (2–4 сут) типичны алгический синдром и усиление патологического влечения. 3 фаза (4–7 сут) характеризуется делириозным помрачением сознания с суточным колебанием уровня бодрствования. В 4 фазу отмечается астено-анергическое состояние с выраженной диссомнией.

**Особенностями метадонового абстинентного синдрома** по сравнению с героиновым являются: более продолжительное течения (1 мес), меньшая выраженность вегетативных проявлений, выраженные проявления компульсивного влечения в первые 2–4 сут в виде психопатологических нарушений поведения эксплозивного типа, тревожно-депрессивных и ипохондрических переживаний, тенденция к затяжному течению алгического синдрома (10–14 дн) при слабой его выраженности.

3.3. Исходная стадия. На первом плане наблюдается синдром последствий наркотизации. Характерны нарушение трудоспособности и выраженная социальная дезадаптация, а также криминальная направленность интересов и поступков.

### КОДЕИНОВАЯ НАРКОМАНИЯ

1.1. Первые сообщения об использовании кодеина как средства заместительной терапии опиоидной зависимости относятся к 30-м гг. В 70-е гг. в нашей стране описана кодеин-ноксироновая наркомания. В последние десятилетия отмечался рост кодеиновой наркомании в странах Северной Америки и Японии. В настоящее время кодеин содержится в таких препаратах, как терпинкод, коделак.

1.2. Отличительные особенности кодеиновой наркомании:

1.2.1. Особенности опьянения кодеином по сравнению с героином являются кратковременная эйфорическая фаза и выраженные вегетативные нарушения. Мотивами употребления кодеина являются дешевизна, доступность. Употребление кодеина отмечается чаще всего в структуре полинаркомании (сочетание употребления алкоголя). Характерологическими особенностями больших являются преобладание неустойчивых и зависимых черт характера, проявлений психического инфантилизма. Отмечаются специфические особенности отношения к болезни в виде недооценки степени тяжести состояния и при этом соблюдение комплаенса.

1.2.2. Кодеиновая наркомания формируется, как правило, путем трансформации героиновой наркомании и возникает на фоне относительно благоприятного течения последней. Характерно относительно малопрогредиентное течение кодеиновой наркомании, обращение за медицинской помощью отмечается в среднем через 8 лет от начала заболевания. Формами употребления кодеина являются постоянная (1–2 раза в день), перемежающаяся (сочетания употребления в больших дозах в период обострения с умеренным потреблением в период нестойкой ремиссии).

1.2.3. Клинические проявления кодеиновой наркомании. Характерен рост толерантности в 4–6 раз. Больные употребляют 60–80 табл в сутки при начальной дозе — 10–20 табл. Особенности абстинентного синдрома являются: большая продолжительность по сравнению с героиновым (до 21 дня). Наблюдаются 2 основные фазы абстиненции: 1) астеническая фаза (длительность 5–7 дн) с обратимой гипомезией и эпизодами астенической спутанности; 2) алгическая фаза

(течение 7–21 дн). Характерны миалгии ног, менее тягостные, чем при героиновом абстинентном синдроме. В структуре обостренного патологического влечения к кодеину преобладает идеаторный компонент — размышления о наркотике.

#### Литература

1. Иванец Н. Н., Винникова М. А. Героиновая зависимость (клиника и лечение постабстинентного состояния). — М.: Медпрактика-М, 2001.
2. Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология: Руководство для врачей. — Л.: Медгиз, 1991.
3. Минко А. И., Линский И. В. Наркология. — 2-е изд., испр. и допол. — М.: Изд-во Эксмо, 2004.
4. Пятницкая И. Н. Наркомании. — М: Медицина, 1994.
5. Пятницкая И.Н., Найденова Н.Г. Подростковая наркология: Руководство для врачей. М.: Медицина, 2002.
6. Руководство по наркологии. В 2 томах / Под ред. Н. Н. Иванца. — М.: Медпрактика, 2002.
7. Шабанов П. Д. Руководство по наркологии. 2-е изд. — СПб.: Изд-во «Лань», 1999.

## Глава 4 РАННИЙ АЛКОГОЛИЗМ

**1.1. Ранним алкоголизмом** (синонимы: подростковый, юношеский алкоголизм) называется знакомство с опьяняющими дозами алкоголя до 16 лет и появление первых признаков алкоголизма до 18 лет.

### 1.2. Общая характеристика.

Злоупотребление спиртными напитками в подростковом возрасте рассматривается как форма девиантного поведения, так как опосредуется нарушением моральных и правовых запретов. Отмечается сочетание раннего злоупотребления алкоголем с токсикоманическим поведением, т. е. употреблением летучих органических веществ. На этапе эпизодического употребления (донозологическая стадия алкоголизма) у подростков встречается особая форма психической зависимости от алкоголя — групповая.

Выделяют 3 группы риска по формированию раннего алкоголизма:

1) подростки с резидуально-органической патологией головного мозга, в т. ч. пациенты с общим психическим недоразвитием (олигофрения). У данной группы лиц ранний алкоголизм протекает наиболее злокачественно;

2) подростки с гипертимно-неустойчивыми чертами характера, делинквентным поведением;

3) подростки с социально-педагогической запущенностью.

**1.3. Особенности клинических проявлений раннего алкоголизма.**

Для клинических проявлений раннего алкоголизма характерен ряд особенностей, затрудняющих их диагностическую значимость. Возрастными особенностями подросткового возраста является быстрое изменение антропометрических данных, несовершенство вегетативной регуляции, атипичные реакции психики на интоксикационное воздействие. Эти обстоятельства затрудняют диагностическую оценку таких симптомов, как рост толерантности, исчезновение рвотного рефлекса в ответ на прием алкоголя, алкогольный палимсет, утренняя анорексия, вегетативные симптомы абстиненции. Представляется сложным установление точного срока начала заболевания и сроков формирования ее стадий.

К характерным чертам раннего алкоголизма относится ускоренный темп формирования (3–4 года в отличие от 8–10 у взрослых) и

быстрое нарастание изменений личности и психоорганического синдрома (через 1—2 года от начала болезни). Алкогольная энцефалопатия отличается частичной обратимостью.

#### 1.4. Факторы формирования раннего алкоголизма.

Фактор отягощенной наследственности выявляется в 35—87% у пьющих подростков. Широкая вариация показателя наследственной отягощенности связана с существованием 2-х различных форм «наследственного» алкоголизма: 1) обусловленный исключительно генетическими факторами («ген» алкоголизма); 2) обусловленный генетическими факторами, которые реализуются только в неблагоприятных социальных условиях. Первая форма представляет собой особый тип заболевания — «семейный» алкоголизм. Для него характерно раннее начало, тяжелое течение, выраженные изменения личности в виде антисоциальных установок уже на ранних стадиях заболевания. При второй форме реализации наследственного фактора способствуют микросоциальные условия. Так «алкогольный семейный быт» выявляется у 87% страдающих заболеванием. В группу риска также входят учащиеся вспомогательных школ, интернатов, состоящие на учете в милиции, не учащиеся и не работающие.

Раннее начало употребления алкоголя и ускоренный темп формирования обуславливает и ряд факторов «внутренних условий». Из них наибольшее значение имеют характерологические черты неустойчивого, эпилептоидного и истероидного типов. Развитию раннего алкоголизма способствует также фактор «измененной почвы». Наблюдается высокий индекс преморбидной отягощенности резидуально-органической патологией мозга.

#### 1.5. Динамика формирования раннего алкоголизма.

Выделяют 3 этапа становления раннего алкоголизма: 1) этап «первых проб»; 2) этап систематического употребления; 3) этап формирования первых признаков заболевания («предболезнь»).

При формировании раннего алкоголизма важное значение имеет период начальной адаптации к алкоголю и усвоение стереотипов характерного алкогольного поведения.

Первое употребление алкоголя (этап «первых проб») рассматривается в 2-х аспектах:

1) **знакомство с алкоголем.** Способствует возникновению т. н. «нормы потребления». В младшем подростковом возрасте первые пробы происходят в основном в семейном кругу и «норма потребления» соответствует «питейным» традициям. По мере взросления ведущую роль приобретают групповые (референтные) ценности.

2) **повторные эпизоды употребления алкоголя.** Указывают на существование осознанной мотивации к достижению алкогольного опьянения.

Мотивацию употребления алкоголя обуславливают: а) реакция имитации — подражание членам семьи, значимым сверстникам и кумирам; б) реакция группирования со сверстниками — желание быть «как все», чтобы «признали своим». В обоих случаях имеет значение и характерное для пубертатного периода обостренное чувство сенсорной жажды — стремление испытать сильные переживания на грани с риском для жизни.

Выявляется следующая связь мотивации употребления алкоголя и возраста: 1) до 12 лет — подражание членам семьи; 2) 13—14 лет — протестные реакции; 3) 14—15 лет — реакция эмансипации и имитации; 4) 15—16 лет — усвоение принятых в культуре питейных традиций.

Общей характеристикой **алкогольного опьянения** у подростков является:

— отсутствие эйфории при «первых пробах» и формирование эйфорических форм при повторных опьянениях;

— выраженность вегетативных проявлений;

— преобладание тяжелых и измененных форм опьянения. Наиболее часто встречается оглушенная форма и опьянение с импульсивными действиями. Специфической для пубертатного возраста является гипоманиакальная форма опьянения;

В зависимости от типа акцентуации характера в клинической структуре опьянения наблюдается ряд специфических проявлений, характерных для подросткового возраста (см. таблицу № 5).

Наибольшее влияние на структуру опьянения и дальнейшее развитие алкоголизма оказывают эпилептоидный и неустойчивый типы акцентуации. Для неустойчивого типа характерна ситуационная провокация употребления алкоголя (парциальный вариант патологического влечения), для эпилептоидного — регулярность и употребление высоких доз (тотальный вариант патологического влечения).

## 2. Клинические проявления раннего алкоголизма

### 2.1. Донозологическая стадия.

Клинические проявления донозологической стадии раннего алкоголизма имеют ряд специфических черт:

1. **Групповая психическая зависимость.** Включает в себя ситуационную провокацию употребления алкоголя. Потребность выпить возникает только в компании сверстников.

Таблица 5

Особенности опьянения при разных типах акцентуации характера

Акцентуация	Особенности опьянения
Гипетимная	- предпочтение легких степеней опьянения;
Циклоидная	- характерен эйфорический тип опьянения с повышенной общительностью, склонностью к развлечениям
Неустойчивая	- характерно простое эйфорическое опьянение с тяжелыми вегетативными симптомами (рвота, дурнота и др.)
Эмоционально-лабильная	- дисфорическое опьянение со злобностью, разрушительными действиями;
Эпилептоидная	- характерны тяжелые степени опьянения (предпочтение крепких алкогольных напитков); - встречаются палимпсесты на донозологическом этапе алкоголизма
Шизоидная	- характерны легкие степени опьянения как средство «коммуникативного допинга»
Сенситивная	- встречаются редко - характерны атипичная депрессивная форма опьянения
Истероидная	- характерна атипичная истерическая форма опьянения

2. **Психопатоподобные изменения личности.** В их основе лежит усвоение «стереотипов алкогольного поведения», в частности, развязность, грубость, пренебрежение к старшим, утрата чувства долга и сопереживания, утрата тонких эмоциональных проявлений. Следствием таких качеств являются прогулы учебы, уклонения от работы, делинквентность, сексуальная раскрепощенность.

3. **Феномен «суточного дисхроноза».** Характерны вялость, сонливость, чувство слабости и разбитости по утрам при повышенной активности вечером.

В целом для донозологической стадии раннего алкоголизма характерны:

- эпизодическое употребление (3—4 раза в мес);
- употребление невысоких доз (100—200 г вина, 50—100 г водки), кратковременность состояния опьянения (1—3 час);
- сокрытие факта употребления и признаков алкогольного опьянения от родителей, взрослых;
- преобладание в состоянии опьянения нарушения поведения.

К факторам, способствующим переходу аддиктивного поведения в алкоголизм относятся:

- а) социальные — доступность алкоголя, влияние группы сверстников;

б) психологические — тип акцентуации, определяющей, во-первых, наличие гедонистических установок, во-вторых, отсутствие социальных интересов и стремления к самоуважению;

в) биологические — влияние наследственности, резидуально-органической отягощенности, хронических заболеваний и др.

2.2. Начальная стадия (1 стадия).

**Клинические проявления.**

Индивидуальная психическая зависимость. Особенность пубертатной психической зависимости — длительное существование в латентном состоянии. Маскируется специфическими для возраста поведенческими реакциями, создавая таким образом впечатление «оправданности» употребления алкоголя. Алкогольные эксцессы объясняются стремлением к самоутверждению в компании сверстников (реакция группирования), избавлением от опеки старших (реакция эмансипация), реакцией имитации (заимствование подростком питейных традиций).

Главным проявлением 1-й стадии является активный поиск алкоголя. Отмечается поиск предлога для выпивки, компании сверстников, средств. Потребность в алкоголе становится доминирующим мотивом поведения. Постепенно сужается круг интересов вокруг алкоголя. При ассоциативном эксперименте отмечается повышение удельного веса прямых и отвлеченных алкогольных ассоциаций: «справедливость» — «поровну разлитые стаканы», «ожидание» — «очередь в винном магазине». Преобладает алкогольная тематика в беседе. С высокой частотой выявляются характерные для алкоголизма вегетативные реакции. Появляются алкогольные сновидения.

В связи с возрастной спецификой диагностика типичных признаков начальной стадии алкоголизма сложна. Вместе с тем, можно выявить симптом повышения толерантности. Выражается в переходе к употреблению «чистых» напитков. Для подростков характерен феномен «лабильной толерантности»: при перерыве употребления спиртного в 2—3 мес толерантность к алкоголю снижается до начальных цифр.

При оценке симптома утраты количественного и ситуационного контроля следует учитывать такие черты алкогольного поведения как бравада и реакция отрицания. Диагностическая значимость симптома исчезновения рвотного рефлекса также сложна, т. к. у подростков он сохраняется длительно. В ряде случаев рвотный рефлекс изначально отсутствует. При этом следует обратить внимание на высокую частоту тяжелых форм опьянения.

Отмечается ряд дополнительных признаков начальной стадии, таких как утренняя анорексия, палимпсесты, изменение картины опьяне-

медицинской документации. Следует дать оценку таким предрасполагающим условиям микросоциальной среды, как дисгармоничная, асоциальная семья, алкоголизм родителей, судимость родителей, аномалии воспитания (безнадзорность, жестокое обращение, воспитание в стиле вседозволенности или мелочный контроль с системой запретов), принадлежность к подростковой группе (школьной, дворовой, асоциальной).

Важное значение имеет оценка личности подростка. Диагностически важны сведения об изменении установок на учебу или работу, сведения о задержании органами правопорядка (инспекция по делам несовершеннолетних), попадание в медвытрезвитель, данные о падении школьной успеваемости, потере ранее бывших интересов. Нельзя не учитывать сведения об осведомленности в отношении различных алкогольных напитков, цен на них, особенностях действия на организм; оживление разговора при беседе на алкогольную тему, эмоциональный подъем при алкогольной тематике в беседе.

Следует учитывать наличие ассоциированных с алкоголизмом заболеваний (дискинезия желчевыводящих путей, гепатиты и холециститы неясной этиологии).

#### Литература

1. Братусь Б. С., Сидоров П. И. Психология, клиника и профилактика раннего алкоголизма. — М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984.
2. Бугорина Н. Е. Возрастные особенности алкоголизма (ранний алкоголизм). Учебное пособие для врачей-курсантов. — Л., 1986.
3. Диагностика и медицинская профилактика алкоголизма у лиц допризывного и призывного возраста. Методические рекомендации. — М., 1989.
4. Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология: Руководство для врачей. — Л.: Медгиз, 1991.
5. Пятницкая И.Н., Найденова Н.Г. Подростковая наркология: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2002.

ния, соматические осложнения (повышенная утомляемость, головная боль, боли в эпигастрии).

#### 2.3. Стадия развернутых клинических проявлений (2 стадия)

У подростков встречается относительно редко. При абстинентном синдроме в отличие от взрослых преобладают не столько психические и неврологические расстройства (тремор, снижение настроения, сильное влечение к алкоголю, бессонница, астеня, раздражительность и др.), сколько вегетативные проявления (жажда, потливость, гипергидроз, сосудистая дистония и др.). Влечение к алкоголю носит компульсивный характер. Характерны изменения личности олигофреноподобного или органического психопатоподобного типов.

#### 3. Течение раннего алкоголизма

Особенностями течения являются отсутствие спонтанных ремиссий. Выделяют 2 варианта течения:

1) злокачественный вариант. Отмечается формирование в течение нескольких лет 2-й стадии.

2) относительно доброкачественный. При этом варианте алкоголизация в подростковом возрасте связана с формированием патологической структуры характера и является проявлением протестных и делинквентных реакций. Развитие начальных признаков заболевания в дальнейшем не исключает тенденции к ремиссии.

Злокачественное (прогредиентное) течение обусловлено, как правило, наследственной отягощенностью и неблагоприятным микросоциальным окружением (алкоголизм членов семьи с характерным «алкогольным» поведением). Отмечается раннее начало и быстрое развитие основных проявлений заболевания.

Относительно доброкачественное течение встречается в 1/3—1/4 случаев. Перерыв в алкоголизации обусловлен вынужденными мерами (служба в армии и др.), рецидивы — влиянием алкогольной среды. Компенсации алкоголизма отмечаются по мере завершения полового метаморфоза.

#### 4. Диагностика раннего алкоголизма

Основные принципы диагностики раннего алкоголизма основываются на динамическом анализе трех основных синдромов — синдрома измененной реактивности, синдрома психической зависимости, синдрома физической зависимости. В связи с высокой частотой алкогольной анозогнозии (отрицание факта болезни) субъективный анамнез не всегда достоверен.

Диагностическое значение имеют также объективные данные, как сведения родителей, характеристика с места работы, учебы, данные

## КАННАБИНОИДНАЯ НАРКОМАНИЯ

1.1. Данный вид наркомании включает в себя зависимость от веществ, содержащихся в конопле (*Cannabis indica*, *Cannabis sativa*). Конопля содержит около 60 каннабиноидов — оригинальных алколоидов растения. Наиболее наркотенным из них является транс-Д-9-тетрагидроканнабиол (ТГК). Он, в первую очередь, обуславливает наркотический эффект. Психоактивным действием обладают также такие алколоиды, как каннабинол и каннабидиол.

Наибольшее количество ТГК содержится в индийской конопле (*Cannabis indica*). Достаточно наркотенными являются также такие сорта, как южноманчжурская конопля (Дальний Восток), южно-чуйская конопля (Киргизия).

Конопля и изготавливаемые из нее препараты известны в разных регионах и странах мира под самыми различными названиями, наиболее известны из которых это марихуана, хеш, жаргонное — «трава» и др.

Краткая история употребления конопли и применения запретительных мер представлена в таблице 6.

1.2. **Распространенность.** Препараты конопли являются наиболее распространенным употребляемым в мире ПАВ после алкоголя. В 1996 г. отмечено более 141 млн. потребителей препаратов конопли. Традиционно высокая распространенность употребления конопли в некоторых мусульманских странах — до 60% мужского населения в возрасте от 20 до 40 лет — связана с запретом на алкоголь. В РФ каннабиноидная наркомания в общей структуре заболеваемости наркоманиями составляет 20—30%.

Употребление конопли подростками без признаков зависимости рассматривается как форма девиантного поведения и как этап формирования зависимости от более других наркотиков. Характерно раннее приобщение подростков к препаратам конопли. По данным NIDA (Национальный Институт США по злоупотреблению ПАВ), в 1992 г. 32,6% выпускников школ пробовали марихуану хотя бы однажды, 11,9 — раз в месяц, и около 2% — каждый день.

1.3. **Формы употребления**

Для достижения наркотического эффекта используются 3 основные формы конопли:

Краткая история употребления конопли и применения запретительных мер

эпоха, годы	События
Тайвань, более 10 тыс. лет назад	Обнаружение остатков посуды, сделанных с применением стеблей конопли
Древний Китай	Использование конопли для производства веревок, ткани, бумаги, масла
2729 г. до н.э.	император Шен Нунг: рекомендации использования конопли в качестве лекарственного средства
II века до н.э.	трактат «Травник»: описание успокаивающего, обезболивающего, снотворного действия конопли «священное» растение
Древняя Индия	
IX-X веках н. э. — первая Азия	шиитская секта ассасинов (от арабского «хашимин» — «пожиратели трав»), использовавшая гашиш для вербовки адептов
Египет, 1798 г	Употребление французскими солдатами гашиша во время вторжения Наполеона Бонапарта
Париж, 1840-е гг., «Клуб любителей гашиша»	первые научные исследования воздействия конопли на психику (Ж.-Ж. Моро, монография «О гашише и умственном отчуждении»); Ш. Бодлер «Искусственный рай»
Мексика, конец XIX — начало XX веков	Распространение употребления конопли среди индейцев и крестьян, давших конопле название «марихуаны»
США, 1913 г.	«Акт Гаррисона»: ограничение легального оборота конопли и ее продуктов
1925 г., Гаагская международная конференция	По предложению Египта конопля вносится в список наркотиков и опасных фармакологических средств
Южные штаты США, 20-е гг.	Распространение курения марихуаны среди темнокожего населения, особенно среди джазовых музыкантов
СССР, 20—30-е гг.	Вспышка гашишной наркомании среди беспризорников Поволжья (монография А.Л. Камаева «Анализм»)
СССР, 1928 г.	Включение в УК статьи, запрещающие свободный оборот конопли
США, 1937 г.	«Акт о пошлинах на марихуану» (или «акт Эйнслид-жера»): ограничение свободного использования конопли в различных целях

— марихуана («трава» и др.). Изготавливается из стеблей и листьев конопли с небольшим количеством цветков.

— гашиш («хеш», «план», «банг», «хуррус» и др.). Представляет собой смолистое вещество из верхушек цветов растения.

— гашишное масло — концентрат, получаемый путем экстракции из необработанного материала или смолы.

#### 1.4. Способы употребления и дозы

Различные формы конопли употребляются преимущественно путем курения, в том числе в смеси с табаком. В странах Востока существуют традиции употребления гашиша в виде курения чистой смолы (кальян и др.), добавления в пищу, отваров и др. В США, странах Европы и России наиболее распространено курение марихуаны в смеси с табаком, но постепенно получает распространение гашиш и гашишное масло.

Наиболее быстрое всасывание препаратов конопли происходит во время курения. Действие наступает через несколько мин, достигает пика в течение 30 мин, держится 2–3 час. При употреблении гашиша внутрь действие наступает только через 30–120 мин, максимальный эффект развивается через 2–3 часа, продолжительность опьянения — 3–6 час.

Расчет употребляемой дозы препарата часто представляет значительную сложность. Она зависит от качества и сорта конопли (местности, в которой она произрастала), числа затяжек, даже умения вдыхать дым. При расчете количества поступающего в организм ТПК (основного действующего алкалоида конопли) необходимо учитывать, что его содержание в марихуане составляет 0,5–4%, в гашише — 2–8% (иногда до 10–20%), в гашишном масле — 15–50%. При курении в организм попадает от 10 до 50% находящегося в сигарете ТПК.

Приближительный расчет удаётся произвести в том случае, когда используется «прессованный» гашиш. Одной дозой является горюшка массой от 1 до 2 г. В процессе развития заболевания минимальная доза доходит до 5–6 горошин прессованного гашиша. Минимальной дозой, вызывающей первые признаки опьянения, является 5 мг ТПК.

#### 1.5. Фармакокинетика и механизмы действия.

Поступающий в организм ТПК частично разрушается в печени, оставшаяся часть может накапливаться в тканях с периодом полувыведения 3 сут. У постоянно употребляющих коноплю следы метаболитов могут обнаруживаться в крови в течение 1 мес. Механизм действия ТПК в печени — подавление синтеза, освобождение и разрушение ацетилхолина.

В головном мозге существуют специфические рецепторы, связывающие каннабиноиды — СВ1 и СВ2 (открыты относительно недавно — в начале 90-х гг.) и эндогенный каннабиноид — анандамид. СВ2-рецепторы распространены в гистiocитах («тучных» клетках), их активация подавляет выработку гистамина, уменьшая таким образом местную воспалительную и болевую реакцию.

С СВ1-рецепторами связывают психотропные эффекты ТПК. Они находятся в головном мозге (небольшая часть — в спинном), сконцен-

трированы в ядрах и проводящих путях головного мозга. В эксперименте на животных показано, что активация СВ1-рецепторов влияет на систему антиноцицепции/аналгезию (в сторону уменьшения болевой импульсации), приводит к нарушениям двигательных функций — гипокинезии (аккинезии) и терморегуляции (гипотермия), замедлению кишечной перистальтики, а также имеет отношение к изменению биохимических механизмов памяти в результате воздействия на рецепторы гиппокампа. Часть из этих эффектов реализуется опосредованно, через влияние на другие нейротрансмиттерные систем (дофаминовую, серотониновую и др.)

## 2. Клиническая картина опьянения

2.1. Клиническая картина каннабиноидного опьянения в большой степени зависит от предварительной установки на него — эффект «ожидания». Указанная закономерность характерна в основном для легких степеней опьянения и на начальном этапе развития заболевания.

Первые пробы наркотика могут не вызвать никаких ощущений или сопровождаться субъективно неприятными симптомами: сухостью в полости рта и носоглотке, чувством стеснения в груди, затрудненностью дыхания, тахикардией, головокружением, звоном в ушах, тошнотой и рвотой, тревогой.

Прогностически неблагоприятным признаком при употреблении первых проб является выраженная эйфория, заставляющая преодолеть субъективно неприятные побочные действия. Выраженность эйфоризирующего действия препаратов конопли при первых пробах связана с наркогенностью, т. е. способностью вызывать психическую и физическую зависимость.

2.2. Выделяют 4 фазы каннабиноидного опьянения:

- 1) инициальная фаза (защитные реакции);
- 2) эйфорическая фаза (развернутые клинические проявления);
- 3) фаза нарушения сознания (психотическая);
- 4) постинтоксикационная фаза.

Для 1-й фазы (наступает через 3–5 мин, продолжается 5–10 мин) характерны выраженные вегетативные реакции (головокружение, сухость слизистых, мидриаз, гиперемия лица, чувство тепла и тяжести в конечностях) на фоне аффективных нарушений (настороженность, подозрительность, тревожность, пугливость, безотчетный страх).

2-я фаза (продолжительность — 1 час) проявляется эйфорическим подъемом настроения с нелепым весельем, безудержным, неадекватным смехом. На их фоне отмечаются психосенсорные расстройства, нарушения схемы тела, явления алло- и аутопсихической деперсонализации, ил-

люзорное восприятие. Отмечается ускорение темпа мышления и поверхностность ассоциаций, беспечность поступков, некритичность. Специфическими симптомами каннабиноидного опьянения являются симптом «замкнутого круга» И. Н. Пятницкой (восприятие происходящего только в пределах своей компании) и феномен «эмоционального заражения» (больные имитируют эмоции окружающих). Наряду с вышеупомянутыми вегетативными нарушениями для 2-й фазы характерны неврологические расстройства — гиперрефлексия, нарушение координации движений, латеральный нистагм. Отмечается жажда, голод, расстройство влечений.

3-я фаза проявляется нарушением сознания делириозно-онейроидного или сумеречного типов. Наличие симптомов аментивного помрачения сознания указывают на тяжелую форму каннабиноидного опьянения. Для психотической фазы характерны тяжелые вегетативные проявления: головокружение, звон в ушах, коллаптоидное состояние, тошнота, рвота, гипотермия. Отмечаются неврологические симптомы в виде анзакорнии, латерального нистагма, мелкого тремора рук, век и языка. Постинтоксикационная фаза характеризуется вялостью, заторможенностью, беспокойным сном.

### 3. Клинические проявления каннабиноидной зависимости

**3.1. Этап эпизодического употребления.** Характеризуется групповой формой зависимости. Препараты конопли употребляются только в компании подростков. При ежедневном употреблении она формируется через 2—3 мес.

Этап эпизодического употребления характеризуется поисковым полинаркотизмом. Пациенты употребляют нескольких видов ПАВ с целью «коллекционирования ощущений» и выбора предпочтительного наркотика. Встречается также фоновый полинаркотизм, при котором на фоне употребления нескольких ПАВ отмечается явное предпочтение каннабиноидов. Характерно возрастание разовой толерантности от 1 до 3—5 сигарет в день.

Этап эпизодического употребления продолжается, как правило, несколько лет. У более половины пациентов заболевание заканчивается на этой стадии. В то же время характерна трансформация каннабиноидной зависимости в другие разновидности наркомании.

**3.2. Начальная стадия.** Характеризуется формированием систематического употребления наркотика. Появляется индивидуальная психическая зависимость, при которой каннабиноиды употребляются в одиночестве. Патологическое влечение проявляется активным поис-

ком наркотика, постоянными мыслями о нем. Вынужденное прекращение употребления приводит к раздражительности, плаксивости, недовольству, усталости, нарушению сна и аппетита, метеочувствительности, потливости, гипотонии. Отмечаются изменения в поведении: конфликты и скандалы с родителями, яркие сны, в которых преобладают сцены поиска и приема наркотиков, конфликтов, задержания и т. д. Сужается круг знакомых, исчезают прежние интересы.

Характерно увеличение суточной (2—5 и более сигарет в день) и разовой (в 3—4 раза) толерантности, переход на более крепкие сорта (гашиш). Клиническая картина меняется в сторону преобладания седативного эффекта. Возникают расслабленность, отрешенность, адинамия, визуализированные представления (приятные сцены из прошлого), гиперестезия. Уменьшается продолжительность опьянения до 1—2 час.

**3.3. Стадия развернутого клинического проявления.** Ее особенностью является относительно медленное формирование — через несколько лет постоянного употребления каннабиноидов. Увеличивается суточная толерантность до 10 раз. Преобладает стимулирующий эффект от приема наркотика, увеличивается активность, улучшается концентрация внимания и работоспособность. Характерно выраженное постинтоксикационное состояние в виде астеноадинамического синдрома.

Абстинентный синдром характеризуется продолжительностью (до 30 дн.) при максимальной выраженности на 3—7 сут. Специфическими особенностями каннабиноидной абстиненции является его длительное проявление в рудиментарной форме и высокая частота психотических осложнений в структуре развернутого абстинентного синдрома.

К рудиментарным проявлениям каннабиноидного абстинентного синдрома относятся слабость, вялость, анергия, ощущение «пустоты» в голове, подавленность с эпизодами недовольства, бессонница, анорексия, сжимающие боли в области сердца и затылка, повышение АД. Проявлениями патологического влечения к наркотику являются беспокойство, тревога, суестьливость.

Развернутый абстинентный синдром включает в себя помимо вышеуказанных симптомов вегетативные расстройства (озноб, зевота, мириаза) в начальную фазу развития (через 5—6 час). На 1—2 сут возникают неврологические нарушения (мелкий тремор, гиперрефлексия) и сенестопатии.

На высоте состояния (3—5 сут) типично делириозное помрачение сознания. Его отличием от алкогольного делирия является отсутствие гипергидроза, явлений тремора и мозжечковой атаксии. Отмечаются более выраженные вегетативные реакции — бледность и сухости кожи

и слизистых. Интенсивнее эффект страха. Каннабиноидный абстинентный делирий отличается затяжной редукцией. В остаточный период наблюдается сенесто-ипохондрический синдром.

**3.4. Исходная стадия.** В подростковом и юношеском возрасте возникает относительно редко. Развивается не ранее, чем через 10 лет регулярного систематического употребления наркотика. Характерными клиническими проявлениями являются снижение разовой толерантности и затяжной характер течения абстинентного синдрома. В его структуре преобладают психические расстройства — подавленность, сенесто-ипохондрические переживания, длительная бессонница и анорексия (до 4–6 нед). Часто возникает делириозный синдром продолжительностью до 1 нед.

Проявления синдрома последствий наркотизации в период ремиссии является астено-энергетический синдром. Характерны вялость, безучастность, амимия, безразличие к происходящему, адинамия, неряшливость. Встречается псевдопаралитический синдром.

Изменения личности проявляются искажением нравственных установок, тенденцией к паразитическому существованию, потерей социальных связей.

Следствием токсического поражения являются хронический гепатит, миокардиодистрофия, нарушение функции почек, хронический бронхит, снижение иммунитета.

Для исходной стадии характерны психозы в виде затяжных делириев и хронических галлюцинаторно-бредовых психозов. Последние следует дифференцировать с шизофренией.

#### Литература

1. Дунаевский В. В., Стяжкин В. Д. Наркомания и токсикомании. — Л.: Медицина, 1990.
2. Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология: Руководство для врачей. — Л.: Медгиз, 1991.
3. Минко А. И., Линский И. В. Наркология. — 2-е изд., испр. и допол. — М.: Изд-во Эксмо, 2004.
4. Пятницкая И. Н. Наркомании. — М: Медицина, 1994.
5. Пятницкая И.Н., Найденова Н.Г. Подростковая наркология: Руководство для врачей. М.: Медицина, 2002.
6. Руководство по наркологии. В 2 томах / Под ред. Н. Н. Иванца. — М.: Медпрактика, 2002.
7. Фридман л. С., Флеминг Н. Ф., Робертс Д. Х., Хайман С. Е. (ред.) Наркология: пер. с англ. — 2-е изд., испр. — М.; СПб.: «Издательство Бином» — «Невский Диалект», 2000.

## Глава 6

# ТОКСИКОМАНИЯ, ВЫЗВАННАЯ ЛЕТУЧИМИ ОРГАНИЧЕСКИМИ ВЕЩЕСТВАМИ

**1.1. Общая характеристика.** Токсикомания, вызванная летучими органическими веществами (ЛОВ), является формой аддикции, специфичной для детско-подросткового возраста. Наиболее ранний возраст начала употребления ЛОВ — 6–8 лет. Пик распространности заболевания приходится на 11–14 лет. Возрастom наибольшего риска в отношении инициации употребления ЛОВ считается 11–12 лет. У взрослых данная форма аддиктивной патологии практически не встречается.

Употребление ингалатов часто является этапом формирования зависимости от других ПАВ. У большинства больных после 1–2 лет от начала заболевания отмечается переход к употреблению алкоголя, каннабиноидов, опиатов.

**1.2. Терминология.** Для обозначения химических веществ, вызывающих токсикоманию, наиболее часто используются следующие названия: ингалаты, летучие органические вещества, летучие ароматизированные вещества, летучие одурманивающие вещества, летучие наркотически действующие вещества, летучие психоактивные вещества, ненаркотические психоактивные вещества, средства бытовой химии, токсиканты, токсические вещества и др. В МКБ-10, раздел «Психические и поведенческие расстройства» употребляется термин «летучие растворители».

К ЛОВ относятся растворители, очистители, бензин, горючие вещества, синтетический клей, лаки, нитрокраски, средства для выведения пятен, широко используемые в промышленности и бытовой химии, а также средства ингаляционного наркоза.

По химическому составу они представляют собой: 1) алифатические углеводороды (природные газы и их продукты: метан, этан, пропан, бутан, гептан, октан); 2) ароматические углеводороды (бензин, толуол, бензол, ацетон); 3) галоидированные производные (трихлорэтан, четыреххлористый углерод и др.); 4) алкоголи (метанол, пропанол и др.); 5) простые эфиры; 6) эфиры алифатических спиртов; 7) гликоли и их производные, кетоны и ацетаты и др. Большинство из указанных средств не входят в «Государственный список наркотических веществ», однако некоторые из них (ацетон, толуол, этиловый эфир и др.) относятся к прекурсорам (список № 4). Их оборот в соответствии

с Международной конвенцией 1961 г. ограничен. Установлены меры контроля за их оборотом.

Наиболее часто в настоящее время употребляются ЛОВ из группы ароматических углеводородов. Их основными свойствами, обуславливающими возможность употребления в качестве средств опьянения, являются: высокая токсичность (наиболее токсичными являются пентагидрофуран, толуол, бензин), летучесть (обуславливает ингаляционный способ введения), липофильность — растворимость в липидах (обуславливает быстрое проникновение в мозг и развитие токсической энцефалопатии). Чаще других подростки употребляют толуол, «Карат», «Спрут», «Морилку». Данные средства отличаются доступностью (отсутствует запрет на их продажу) и низкой стоимостью. Толуол вызывает более тяжелую картину опьянения по сравнению с другими токсикантами.

**1.3. Краткая история употребления ЛОВ.** Первые сообщения об использовании летучих органических веществ с целью опьянения относятся к концу 18 века и связаны с эйфорическим эффектом закиси азота («веселящий газ»). Сообщения об использовании средств наркотика — эфира и хлороформа (т. н. «парообразующие анестетики») относятся ко второй половине 19 века. В тот же период описана эфиромания как специфическая форма зависимости от средств наркотика. Появление тех или иных разновидностей токсикомании связано с развитием технологии производства соответствующих химических веществ. Так возникновение широкомасштабного промышленного производства бензина, синтетического клея, ацетона и др. соединений всегда сопровождалось всплесками их злоупотребления. Массовый характер злоупотребления ЛОВ в США и странах Европы («токсикоманическая эпидемия») относится к 60-м гг. 20 века. В бывшем СССР случаи массового употребления описаны в конце 70-х гг.

**1.4. Распространенность.** В США 10—15% школьников в разные годы хотя бы однажды употребляли ЛОВ. В РФ ежегодно употребляют около 0,1% старшеклассников, 5% учащихся младших классов пробовали токсиканты. В период с 1985 по 1996 гг. заболеваемость токсикоманиями увеличилась в 9 раз.

«Пик» распространенности употребления ЛОВ пришелся на середину и конец 80-х гг. С конца 90-х гг. и по настоящее время отмечается новый подъем заболеваемости.

ЛОВ занимают 3-е место среди всех потребляемых подростками и молодыми людьми ПАВ, уступая место препаратам конопли и опиатам. Важной особенностью пациентов, употребляющих ЛОВ, является

крайне низкая самостоятельная обращаемостью данного контингента в наркологические учреждения, что затрудняет объективную оценку масштабов заболеваемости.

**1.5. Социально-психологическая характеристика пациентов, страдающих токсикоманией.** Среди употребляющих ЛОВ преобладают дети и подростки из социальных, неполных и неблагополучных семей, проживающие в детдомах, учащиеся школ-интернатов и безнадзорные. Токсикомания чаще встречается среди пациентов с неуверенными и эпилептоидными чертами характера. При аномалиях характера (психопатии) токсикоманическое поведение понимается как реакция на ситуацию, патологический механизм адаптации личности к окружающей среде.

**1.6. Коморбидность.** Чаще всего употребление ЛОВ сочетается с приемом алкоголя и буторфанола. У 54% больных с токсикоманией от летучих растворителей отмечается систематическое (1—2 раза в нед.) употребление буторфанола, которое вызывало улучшение настроения, состояние покоя, релаксации, сонливости, купирование головных болей.

**1.7. Способы употребления.** Токсиканты употребляются ингаляционным способом. Используется бумажный или пластиковый кулек (свернутый лист бумаги, баночка из под фотопленки и т. д.), в который вкладывается смоченная в растворе тряпка или вата. Одежды на голову пластиковый пакет может вызвать смерть вследствие удушья.

## 2. Клиническая картина опьянения

**2.1. Общие закономерности клиники опьянения ЛОВ.** К ним относятся характерная стадийность и относительная схожесть клинических проявлений при употреблении различных видов токсикантов.

Выделяют 4 фазы опьянения — фаза защитных соматовегетативных реакций, эйфорическая фаза, фаза нарушенного сознания, психотическая фаза, постинтоксикационная фаза (фаза остаточных явлений). В зависимости от стадии заболевания клиника опьянения проявляется в развернутой или рудиментарной форме.

**2.2. Динамика опьянения.** Начальные проявления опьянения (защитная фаза) возникает после нескольких ингаляций, продолжается несколько мин. После 15—20 ингаляций появляются признаки эйфорической фазы, которая длится 10—15 мин с последующим постинтоксикационным состоянием в течение 2—3 час. Продолжительное вдыхание токсиканта приводит к фазе оглушенности или интоксикационной психозу. На этом этапе ингалирование прекращается. Развернутые

клинические проявления опьянения длятся 1,5—2 час, выход из опьянения характеризуется обратным развитием симптомов. Остаточные явления в зависимости от степени тяжести опьянения проявляются в период от нескольких часов до 1—3 сут.

### 2.3. Клинические проявления.

1-я фаза опьянения характеризуется головокружением, головной болью, шумом в голове, чувством дурноты, ощущением «тяжести» в голове, ощущением «стягивающего обруча», слабостью, вялостью, тошнотой, рвотой, тахикардией, тахипноэ, слюнотечением, слезотечением, нарушением координации, шаткостью походки.

Для 2-й фазы типичны эйфория (веселость, восторг, желание петь, веселиться, танцевать), гиперпатия восприятия (отчетливость и яркость окружающих предметов), чувство «ясности» мыслей. Фаза нарушенного сознания проявляется оглушенностью (обнубиляция, сомноленция, сонор, кома в зависимости от степени тяжести). Возникают психосенсорные расстройства (ощущение «невесомости»), метаморфозии (микро-, макро-, порролсия), гипопатия восприятия (звуки «глухие», «отраженные как эхо»), парейдолические иллюзии, визуализированные представления. Последние часто описываются пациентами как «глюки».

Психотическая фаза проявляется онейроидным (фантастические, яркие, грезоподобные галлюцинации) или делириозным помрачением сознания (дезорientировка, страх, отрывочные идеи преследования, калейдоскопические галлюцинации). Онейроидные проявления отражают легкую степень нарушений и могут рассматриваться как стадия развития делирия. На высоте опьянения отмечаются такие соматогетативные и неврологические симптомы, как гиперемия лица с серым оттенком в области носогубного треугольника, мидриаз, инъекция склер, крупноамплитудный горизонтальный нистагм, мелкий тремор век, пальцев рук, снижение АД, учащенное дыхание с сухими хрипами, «химический» запах изо рта, от одежды, волос.

В период остаточных явлений отмечается вялость, слабость, сонливость, угнетенность, головокружение, тошнота, жажда, горький «химический» привкус во рту, снижение настроения, затрудненное мочеиспускание, парестезии.

2.4. Отличительные особенности опьянения в зависимости от вида ЛОВ. При общей схожести клинической картины существуют специфические проявления опьянения различными видами токсикантов. При опьянении бензином преобладают симптомы раздражения верхних дыхательных путей. Выражены вегетативные (гиперемия лица

и склер, мидриаз, тахикардия) и неврологические нарушения (спонтанный нистагм, дизартрия, шаткая походка, нарушение координации). Характерно преобладание эпизодических гипнагогических галлюцинаций, умеренная выраженность психосенсорных нарушений и глубокая степень помрачения сознания (отрывочные онейрические эпизоды, рудиментарные делириозные переживания). При употреблении пиянителей и ацетона преобладает эйфория и визуализированные представления. Для опьянения ацетоном характерна большая выраженность оглушенности. При употреблении нитроглицерола преобладает эйфория с двигательным возбуждением, выраженные мозжечковые нарушения, делириозное расстройство сознания. Для опьянения толуолом характерны колебание аффекта от восторга до раздражительности, двигательное возбуждение, вегетативные симптомы (бледность и сухость кожи, тахикардия), расстройств схемы тела. При употреблении синтетического клея отмечаются микроскопические («липутские») галлюцинации.

2.5. Атипичные формы опьянения. Возникают у пациентов с резидуально-органической патологией мозга и предрасположенностью к эндогенным психическим заболеваниям. К атипичным формам опьянения относятся:

1) энцефалопатическая форма. Представляет собой острую токсическую энцефалопатию. Проявляется оглушенностью, элементарными истинными галлюцинациями (яркие цветные полосы, вспышки, круги, звон, скрежет), грубыми психосенсорными нарушениями (чувство «полета в пропасть», ощущение «раскачивания стен и потолка»), вегетативными симптомами (рвота «фонтаном», головокружение, чувство дурноты, тахикардия, гиперемия лица, бледность конечностей, коллатонидное состояние).

2) галлюцинаторно-параноидная форма. Встречается при токсикоманном поведении в структуре дебюта эндогенного процессуального заболевания. Характерны низкая интенсивность визуализированных представлений, онейроидных или делириозных переживаний, комментирующей и императивной характер слуховых галлюцинаций; слуховые псевдогаллюцинации и переживания психического автоматизма.

### 3. Клинические проявления токсикомании

3.1. Стадия эпизодического употребления (донозологическая стадия). Преобладает групповая форма зависимости. Влечение к употреблению ЛОВ возникает только в компании сверстников. Опьянение

характеризуется только начальными симптомами — соматовегетативные нарушения, эйфория. Тяжелые степени опьянения возникают редко.

На этой стадии пациенты могут самостоятельно отказаться от дальнейшего употребления ЛОВ. Факторами спонтанного саногенеза являются частые токсические формы опьянения, слабая выраженность эйфории, преобладание тревоги в состоянии опьянения. Наблюдается сочетание употребления ЛОВ с алкоголем или анальгетиками (буторфанол). Характерна трансформация употребления ЛОВ в употребление алкоголя, каннабиноидов, психостимуляторов, опиатов.

**3.2. Стадия психической зависимости.** Развивается в течение нескольких месяцев систематического приема ЛОВ. Выделяют начальные и развернутые проявления 1-й стадии токсикозависимости.

Начальными проявлениями психической зависимости являются ситуативный ежедневный прием ЛОВ, появление индивидуального влечения (употребление «в одиночку»). Отмечается потеря ситуационного контроля, ЛОВ употребляются в присутствии других людей, педагогов, милиции. Сужение круга интересов вокруг токсиканта.

К развернутому клиническому проявлению психической зависимости относятся редукция защитных реакций в состоянии опьянения, возникновение «управляемых» кинематографических галлюцинаций, увеличение разовой толерантности в 2–3 раза. Возникают эквиваленты патологического влечения в виде грубого протестного поведения в семье или интернате, уходов из дома, нарушений сна, отказов от еды, признаков вегетативной дистонии. Усложняется токсикоманическое поведение, например, создается запас токсических веществ. Появляются признаки хронической интоксикации: нарушение функции печени и почек, нарушение аккомодации, заболевание легких, неврологические нарушения (мелкоразмашистый тремор рук, гиперрефлексия), астенический синдром, дефицит веса тела.

**3.3. Исходная стадия заболевания.** Встречается при злоупотреблении бензином или толуола.

На первом плане наблюдается выраженный психоорганический синдром: снижение памяти, истощаемое внимание, нарушение сообразительности, аффективная взрывчатость. Характерны стойкие неврологические нарушения в виде мозжечковой атаксии, пирамидной недостаточности. Отмечаются нарушения: головная боль, поверхностный сон, головокружение, потливость, вегетативная дистония, гипотензия, брадикардия, акроцианоз, разлитой красный дермографизм. Внешний вид больных характеризуется бледностью кожи, поху-

данием, нечистоплотностью, трофическими нарушениями (симптом «белых полосок на ногтях»).

**4. Течение.** Длительность заболевания составляет у детей и младших школьников 1–8 лет, у подростков — 1–4 года. При злокачественном течении исходная стадия заболевания развивается в течение 1,5–2 лет от его начала.

**5. Особенности токсикоманического поведения у пациентов с общим психическим недоразвитием (олигофрения).** В этиологии токсикомании у олигофренов большую роль играют факторы внутренних условий — структура интеллектуального дефекта и степень его выраженности. Они влияют на процессы формирования интересов и социальных установок личности, форму удовлетворения влечений. Такие особенности подростков-олигофренов, как повышенная внушаемость, подражательность обуславливает высокую распространенность употребления ЛОВ у данной группы пациентов.

Преобладают субмиссивные мотивы токсикоманической инициации — подчинение давлению сверстников. Встречается также стремление приспособиться к ценностям группы (псевдокультурный мотив) и реже любопытство (инфантильно-гедонистическая мотивация). Начало употребления 14–16 лет совпадает с т. н. «негативной» фазой пубертата. Структура нарушения поведения включает, помимо употребления ЛОВ, отрицательное отношение к учебе, уходы из дома и интерната, бродяжничество, курение, раннюю алкоголизацию.

## Литература

1. Брукс Д. Т., Лунг Г., Шеннон А. Летучие вещества (ингалаты) // Наркология / под ред. Фридмана Л. С. и др. — М.-СПб., 2000. — С. 241–252.
2. Звартау Э. Э. Введение: актуальные проблемы ингаляционной токсикомании / Ингалаты: сборник научных трудов. Под ред. Э. Э. Звартау. — СПб.: Изд-во СПбГМУ, 2005. — С. 6–25.
3. Илюк Р. Д., Громыко Д. И., Ермаков Ю. М., Зейналова Г. А. Потребление буторфанола у зависимых от летучих растворителей / Ученые записки Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова. — Том 12. — № 1. — 2006. — СПб.: Изд-во СПбГМУ, 2006. — С. 108–109.
4. Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология: Руководство для врачей. — Л.: Медгиз, 1991.
5. Москвичев В.Г. Донозологическое употребление летучих одурманивающих веществ (ЛОВ) // Вопросы наркологии. — 2003. — № 4. — С. 32–37.

6. Надеждин А. В. Токсикоманья летучими углеводородами: эпидемиология, клиника, лечение / Ингалаты: сборник научных трудов. Под ред. Э. Э. Звартау. — СПб.: Изд-во СПбГМУ, 2005. — С. 188—208.

7. Обухов Г. А. Токсикоманья средствами бытовой химии с развитием токсической энцефалопатии / Алкоголизм и неалкогольные токсикомании. Республиканский сборник научных трудов под ред. И. Н. Пятницкой, Д. Д. Ениковой. — М., 1984. — С. 43—45.

8. Печерский В. Г. Токсикоманья в структуре девиантного поведения умственно отсталых подростков / Нарушение поведения у детей и подростков: Межвуз. сб. научн. тр. — СПб., Образование, 1992. — С. 51—56.

9. Пятницкая И.Н., Найденова Н.Г. Подростковая наркология: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2002.

## Глава 7 НАРКОМАНИЯ, ВЫЗВАННАЯ ПСИХОСТИМУЛЯТОРАМИ

**1.1. К психостимуляторам относятся амфетамины (фенамин и его производные — первитин, производные эфедрина — эфедрон), кокаин, экстази (ММДА), лекарственные стимуляторы (сиднокарб, сиднофен), кофеин.**

**1.2. Общие свойства психостимуляторов.** К ним относятся вещества, оказывающие возбуждающее действие на психику. При употреблении в среднетерапевтической дозе они способствуют снятию усталости, повышению двигательной активности, стремлению к деятельности, вызывают субъективное ощущение бодрости, ощущение «ясности ума», повышенную сообразительность, ощущение «легкости движений».

**1.3. Краткая история злоупотребления психостимуляторами.** Психостимуляторы традиционно употреблялись в некоторых культурах населения стран Азии и Южной Америки для повышения работоспособности. Использовались листья коки, эфедры, ката, настоек мате, дробленые плоды кофе, какао, колы. Кокаин был выделен в чистом виде в 19 веке. В нашей стране в качестве психостимуляторов чаще других употреблялись метилфенидат (меридил, риталин), кофейная гуща, «чифирь». Широкое распространение получила эфедроновая наркомания с середины 80-х гг.

**1.4. Распространенность.** Наркомания, вызванная психостимуляторами, составляют в России около 1—2% от общей заболеваемости наркоманиями.

**1.5. Выделяют следующие разновидности наркоманий, вызванных психостимуляторами:** амфетаминовая (эфедроновая, первитиновая, фенаминовая), кофеиновая, кокаиновая, наркомания, вызванная ММДА («экстази»).

## 2. Амфетаминовая наркомания

**2.1. К амфетаминам относятся эфедрон, первитин, фенамин.** В соответствии с этим выделяют 3 разновидности амфетаминовой наркомании: эфедроновая, первитиновая и фенаминовая.

Амфетаминовая наркомания часто встречается в структуре полинаркомании, сочетается с употреблением опиатов, а также является результатом трансформации злоупотребления опиатами или алко-

ля, в злоупотреблении амфетаминами. Выделяет 3 варианта зависимости от амфетаминов. При первом варианте амфетамин — единственно употребляемый наркотик. При втором отмечается употребление амфетамина на фоне сформированной опиной наркомании. При третьем наблюдается употребление амфетаминов на фоне предшествующего применения какого-либо ПАВ без признаков зависимости.

**2.2. Общая характеристика амфетаминовой наркомании.** Амфетаминовая наркомания чаще развивается у личностей астенического склада, слабovolьных, сензитивных, эмоционально-лабильных. Характерен выраженный рост толерантности по мере развития заболевания. Быстро развивается синдром последствий злоупотребления в виде общего истощения, выраженной утомляемости, бессонницы, анорексии. Клинические проявления синдрома последствий наркотизации связаны с особенностями клинического действия наркотика. Характерно соматическое истощение, трофические нарушения, неврологические расстройства. Отмечается высокий удельный вес амфетаминовых интоксикационных психозов.

**2.2.1. Особенности эфедроновой наркомании.** Действующим веществом эфедрона является эфедрин, который содержится в различных видах эфедры.

В медицине эфедрин применялся в виде эфедрина гидрохлорида, чаще всего как капли для интраназального или глазного применения. Эфедрин является действующим началом в препаратах «солутан», мазе «сунареф», растворе «бронхолитин», таблетках «теофедрин», «антасман», аэрозоле «эфитин». С 1985 г. эфедрин отнесен к наркотическим веществам, а данные средства вышли из употребления.

Как наркотическое средство эфедрон изготавливают кустарно. Чаще его получают из солутана. Средства изготовления эфедрона — марганцовка, уксусная кислота, йод оказывают дополнительное токсическое действие на организм. Эфедрон вызывает по сравнению с эфедрином более сильный наркотический эффект. В нашей стране эфедрон как наркотическое средство широко применяется с конца 70 — начала 80-х гг. под жаргонными названиями «джеф», «марцефаль», «мурцовка», «мулька». Эфедрон обычно употребляется группами в количестве 5—7 человек.

**2.2.2. Особенности первитиновой наркомании.** Первитин синтезирован в 1938 г. как стимулирующее средство. В 1972 г. он снят с производства в связи с выраженным наркотическим эффектом. Как наркотик первитин изготавливается кустарным способом из эфедринсодержащих препаратов (солутан, сунареф, бронхолитин). Оказывает

по сравнению с эфедроном более сильное и продолжительное амфетаминоподобное действие. Первитин известен под жаргонным названием «винт», «ширка».

Первитин применяется только внутривенно, чаще индивидуально. Начальная доза составляет 1—2 мл, при наркомании увеличивается до 10—12 мл.

**2.2.3. Особенности фенаминовой наркомании.** Фенамин представляет собой сульфат амфетамина. Как медицинский препарат он широко использовался в первой половине 20 века в качестве психостимулятора для лечения астенических состояний. В последние десятилетия применяется исключительно как наркотическое средство.

**2.3. Общие клинические проявления амфетаминового опьянения.** Основное клиническое действие амфетаминов — стимулирующее. Повышается двигательная активность, возникает ощущение «прилива сил», легкости движений, стремления к деятельности, ясность мысли с чувством уверенности в собственных силах и превосходства над окружающими, усиление интеллектуальной деятельности. Отмечается повышение настроения эйфорического, экзотического или гипоманиакального типа. Типичны соматовегетативные симптомы в виде тахикардии, экстрасистолии, повышения АД, мышечного тремора. Наблюдается тяжелое постинтоксикационное состояние: вялость, физическая слабость, парестезии, бессонница, отсутствие аппетита.

**2.3.1. Особенности эфедронового опьянения.** Используется 2 основных способа применения — пероральный и парентеральный.

При пероральном отмечается прилив сил с чувством ясности мыслей, повышение активности, психосенсорные расстройства (чувство «невесомости»), гиперпатия восприятия («яркие краски»), синэстезии («радужные пятна в глазах при звуках»).

При парентеральном способе введения отмечается типичная фаза. Для 1-й фазы характерны подъем настроения и специфические парестезии. Отмечается ощущение «теплой воздушной волны» и шевеления волос на голове, приятный озноб и покалывание. Во 2-ю фазу наблюдаются ощущение прилива сил и энергии, повышение двигательной активности, повышенная суеверность, разговорчивость, переоценка собственных сил. Ускоряется течения мысли. Отмечаются характерные соматические симптомы: бледность лица с серым оттенком, сухость кожи, сухой язык с беловатым налетом по краю, белый налет на зубах. Наблюдается расширение глазных щелей, миодриаз, гиперемия склер, тахикардия и умеренная артериальная гипертензия. Внешний вид характеризуется «беспокойным» выражением лица, «поста-

ревшим» взглядом. Неврологические нарушения проявляются неkoordinированностью движений, мышечным дрожанием, тремором пальцев рук. Для 3-й фазы типичны тревога, страх, напряженность, чувство беспомощности, подавленности, бессонница.

**2.3.2. Особенности первитинового опьянения.** Клиническая картина первитинового опьянения напоминает эфедроновую, но имеют специфические особенности. В 1-ю фазу более выражен экстазический компонент гипертимии. Больные переживают необычный эмоциональный подъем с чувством «прозрения», «расширения пространства», «выхода в астрал», «полета в космос». Отмечается гиперпатия восприятия, психосенсорные нарушения, рудиментарные делириозные расстройства. Для 2-й фазы характерна двигательная заторможенность, склонность к отвлеченным рассуждениям, обдумыванию философских вопросов, усиление сексуального влечения. 3-я фаза проявляется тяжелым астено-динамическим состоянием с дисфорией и подозрительностью.

**2.3.3. Особенности фенаминового опьянения.** В 1-ю фазу характерен экстазический подъем настроения. Во 2-ю фазу наряду с подъемом интеллектуальной и двигательной активности отмечаются настороженность, подозрительность, отрывочные бредовые идеи, элементарные галлюцинации. Выражены соматоневрологические симптомы: мидриаз, тахикардия, аритмия, повышение АД, бледность лица, сухость губ, познабливание, головная боль, тошнота, рвота, бессонница, анорексия. 3-я фаза характеризуется тяжелыми астеническими симптомами и дисфорическим настроением.

#### **2.3.4. Атипичные формы амфетаминового опьянения.**

**Оглушенная форма** проявляется симптомами острой интоксикации. На фоне однократного приема высокой дозы наркотика отмечаются обнубиляция, рассеянность внимания, многоречивость, отсутствие критической оценки происходящего. При тяжелом отравлении наблюдается безотчетный страх, нарушение координации движений, повышение температуры тела, аритмия, повышение АД, сопор или кома. Возможна смерть в результате острой сердечной недостаточности, тахикардии (более 140 в мин), экстрасистолии, остановки дыхания.

**Психотическая форма** представляет собой острый интоксикационный психоз. Чаще он возникает после многодневной непрерывной наркотизации вследствие употребления максимально переносимых доз. На фоне бессонницы отмечаются спутанность сознания, страх, колебания аффекта тревожного или гипоманиакального типов, бредовые идеи преследования, инсценировки и особого значения, вербальные и

зрительные галлюцинации. Длительность составляет 3—4 часа при употреблении эфедрона и 8—10 часов при употреблении первитина.

### **2.4. Клинические проявления амфетаминовой наркомании.**

#### **2.4.1. Эфедроновая наркомания.**

Для донологической стадии характерно эпизодическое употребление эфедрона 1—2 раза в месяц.

**Начальная стадия (1 стадия).** Характерен быстрый рост суточной толерантности. Формируется циклическая форма потребления. Эфедрон вводится каждые 3—4 часа в течение 2—3 дней без перерыва на сон и еду. Характерно тяжелое постинтоксикационное состояние: резь в глазах, тошнота, головокружение, сонливость, длительный сон, после которого усиление сексуального чувства, появление тяги к сладкой и жирной пище. Тяга к повторному введению эфедрона возникает через 5—12 дней. Отсутствие наркотика приводит к подавленности, тревоге. На этой стадии эфедроновая наркомания может трансформироваться в другие формы или возникнуть спонтанное выздоровление.

**Стадия развернутых клинических проявлений (2 стадия).** Возникает через 2—4 мес. систематического приема. Характерно резкое возрастание толерантности в 2—4 раза (разовая), в 20—60 раз (суточная). В картине опьянения преобладает тонизирующий эффект, сокращается продолжительность действия наркотика до 1 час. Цикл наркотизации составляет 7—16 дней с перерывом в 2—5 дней. В структуре постинтоксикационного состояния возникает страх, бессонница, сенсорная гиперпатия. Характерны тяжелые соматические нарушения в виде сухости во рту, тахикардии, потливости, ярко-малинового языка и выраженные неврологические расстройства (фебрильные подергивания языка, высокие сухожильные рефлекссы, нарушение координации, дизартрия).

**Абстинентный синдром** длится 1—2 нед, острый период составляет 4—5 сут. В первые 6—12 час. Отмечаются признаки усиления компульсивного влечения. В последующем преобладает дисфорический фон настроения, сменяющийся астено-депрессивным состоянием. Особенностью является выраженная бессонница, резистентная к снотворным и седативным средствам. Неврологические нарушения проявляются мизмом, нарушением конвергенции и аккомодации, спонтанным нистагмом, тремором пальцев рук, нарушением координации, фебрильными подергиваниями мышц лица и языка. Характерны вегетативные проявления: стойкий красный дермографизм, акрогипергидроз, акроцианоз, сальность лица, коллаптоидные реакции.

**Исходная стадия (3 стадия).** Характеризуется снижением толерантности, укорочением циклов потребления (2–4 дн.), увеличение перерыва между ними. Отмечается сопутствующее употребление бензодиазепино до 10–20 табл. в сут. для купирования бессонницы и тревоги. Последствиями наркотизации являются паркинсонизм и полиневропатия с атрофией мышц. Вынужденные ремиссии у больных связаны, как правило, с тюремным заключением и тяжелыми соматическими заболеваниями, несовместимыми с приемом наркотика.

#### **2.4.2. Первотиновая наркомания.**

**Отличительные особенности первитиновой наркомании.** Первотиновая наркомания отличается от эфедроновой более короткими сроками формирования физической зависимости, спустя 1 мес систематического употребления. Отмечается более медленный рост разовой (в 2–4 раза) и суточной (в 10–16 раз) толерантности. Характерна непрерывная форма потребления первитина. В структуре абстинентного синдрома более выражены подавленность настроения и суцидальные мысли. Характерно осложнение абстиненции в виде психоза с острым чувственным бредом или делириозного помрачения сознания.

Наблюдаются более выраженные последствия употребления. Они формируются уже через 2–3 мес. Отмечаются стойкие неврологические расстройства в виде дизартрии, интенционного тремора, шаткой походки, патологических стопных рефлексов. Характерны выраженные изменения личности по возбуждимо-типу и психоорганический синдром.

#### **2.4.3. Фенामीновая наркомания.**

**Отличительные особенности фенामीновой наркомании.** Характерна циклическая форма употребления. Суточная толерантность увеличивается после нескольких недель систематического приема. Абстинентный синдром (длительность 2–3 нед.) напоминает затяжное постинтоксикационное состояние. Характерны ощущение усталости, разбитость, инверсия сна, колебания АД. Психические нарушения проявляются астено-депрессивными или дисфорическими состояниями. Встречаются истероформные реакции в виде суицидного шантажа. Осложнением абстинентного синдрома является делирий. Хронические галлюцинаторно-бредовые психозы с длительностью приступа до нескольких месяцев заставляют дифференцировать состояние с эндогенным заболеванием.

#### **2.5. Общие последствия злоупотребления амфетаминами.**

Наиболее ранними являются социальные последствия. Больные оставляют учебу, работу, пренебрегают своими обязанностями, ведут

паразитический и асоциальный образ жизни. Сужается круг интересов вокруг наркотиков. Общение ограничивается наркоманической средой.

На этом фоне становится заметна нравственно-этическая трансформация личности. Отмечается лживость, эгоцентризм, жестокость, отсутствие чувства долга, грубость и цинизм по отношению к родителю. В структуре изменения личности особое место занимает расстройство сферы влечений в виде сексуальных девиаций.

Нарастающий психоорганический синдром проявляется неспособностью к сосредоточению, снижением активного внимания, усилением отвлекаемости, утомляемостью, отсутствием критики, грубой переоценки своих способностей.

Соматическими последствиями являются токсическая миокардиодистрофия, кардиомиопатия, гипертрофия левого желудочка, диффузные изменения миокарда, замедление проводимости, гелатоз, нарушение репродуктивной функции.

Неврологические нарушения проявляются в виде токсической энцефалопатии, спастического паралича нижних конечностей, псевдобульбарных нарушений, паркинсонизма, полиневропатии, атрофии мышц. Специфическими последствиями эфедроновой наркомании являются признаки хронической марганцевой интоксикации. Они возникают после 2–3 лет употребления наркотика. Характерны хорейформные гиперкинезы, парез мягкого неба, языка, лицевых мышц.

Хабитус больных отражает нейротрофические нарушения. Наблюдается общее истощение, преждевременное старение, «запавшие» глаза, сухость и дряблость кожи (бледная кожа с сероватым оттенком), ломкость ногтей и волос, пигментные пятна на месте фурункулов, множественные абсцессы и гиперпигментация кожи, пигментированные «дорожки» по ходу вен с характерным розовато-фиолетовым оттенком. Характерна неряшливость, нечистоплотность, санитарная запущенность.

Специфическими последствиями амфетаминовой наркомании являются также психотические расстройства. В рамках острого опьянения встречается интоксикационный психоз. Отмечается спутанность сознания, страх, колебания аффекта тревожного или гипоманиакального типов, бред отношения, ущерб, преследования и отравления, зрительные и слуховые иллюзии, психомоторное возбуждение. Абстинентные психозы проявляются делириозным помрачением сознания. Хронические галлюцинаторно-бредовые психозы являются основанием для дифференциальной диагностики с эндогенным заболеванием.

### 3. Кофеиновая наркомания

**3.1. Общая характеристика кофеина как наркотического средства.** Используется в качестве стимулирующих средств начиная с 16 в. вначале в Америке и на Востоке, затем в Европе в 17 в. Кофеин входит в состав кофе, чая, какао, шоколада, колы и др. В чашке кофе содержится от 70 до 140 мг кофеина, в чае от 30 до 80 мг, в какао — 5–50 мг.

Кофеин быстро всасывается в желудочно-кишечном тракте, метаболизируется в печени, выводится с мочой в виде метаболитов (1% в неизменном виде). Период полувыведения в плазме крови — 3–7 часов.

**3.2. Клиническая картина кофеинового опьянения:** Характерно повышенная двигательная активность, приподнятое настроение, ощущение прилива сил и бодрости, субъективное ощущение улучшения умственных способностей и памяти, гиперпатия восприятия. Соматическими проявлениями являются усиление диуреза и перистальтики желудка, увеличение секреции желудочного сока, усиление функции сердечной мышцы, повышение АД.

**Токсическая форма опьянения кофеином** наблюдается при употреблении 240–720 мг кофеина. Характерны тревога, беспокойство, двигательное возбуждение, бессонница, делириозное расстройство сознания длительностью 1–2 сут. Летальной дозой является 20 гр. кофеина.

**3.3. Клинические проявления кофеиновой зависимости.** Отмечается увеличение толерантности до 500 мг/сут. Абстинентный синдром встречается у 25% лиц, употребляющих кофеин в высоких дозах. Возникает через несколько часов после последнего приема кофеина. Проявляется: интенсивными головными болями, мышечным напряжением, раздражительностью, тревогой, подавленным настроением, слабостью, разбитостью, тремором рук, сонливостью.

**3.4. Синдром последствий злоупотребления кофеином.** Проявляется в виде повышенного АД, сердечной аритмии, тахикардии. Характерен риск развития инфаркта миокарда. Отмечается диарея, пептические язвы. При злоупотреблении «цифирем» отмечаются психоподобные изменения личности аффективно-возбудимого типа с антисоциальной направленностью поступков.

### 4. Кокаиновая наркомания

**4.1. Общая характеристика.** Кокаин является алкалоидом листьев коки (кустарник *Erythroxylon*), распространенных в Южной Америке. По химическому строению кокаин представляет собой эфир бензойной кислоты.

**4.2. Особенности кокаиновой наркомании.** Кокаин обладает наибольшим аддитивным потенциалом. Наркогенные свойства кокаина связаны с его психостимулирующим действием. Отмечается быстрое развитие психической зависимости в виде симптома активного поиска наркотика. Особенностью абстинентного синдрома является схожесть его клинических проявлений с симптомами постинтоксикационного состояния.

**4.3. Краткая история употребления кокаина.** Выделяют несколько этапов в истории употребления кокаина. Наиболее ранний из них — это жевание листьев коки коренным населением латиноамериканских стран. Пероральное употребление кокаина связано с медленной и неполной его экстракцией. В связи с этим последствия данной формы употребления кокаина были незначительными.

В качестве чистого алкалоида кокаин был выделен А. Ниманом в середине 19 века. С этого времени получило распространение употребление кокаина как сильного стимулятора нервной системы, подавляющего чувство усталости, улучшающего жизненный тонус. Отмечено использование кокаина в качестве стимулятора для лечения соматогенного астенического синдрома. В ранних работах З. Фрейда проводилось экспериментальное исследование кокаина как местного анестетического средства, а также предпринималась попытка его применения для лечения пограничных психических заболеваний.

В начале 20 в. было описано большое количество клинических случаев зависимости от кокаина и изучены последствия его хронического употребления. В связи с этим в 1914 г. в США был принят закон Гаррисон, запрещающий свободный оборот кокаина. На протяжении 20 века отмечался относительно невысокий уровень злоупотребления кокаином в различных странах.

С конца 60 — начала 70-х гг. отмечается увеличение распространенности злоупотребления кокаином. На протяжении 70-х гг. наблюдался неуклонный рост кокаиновой наркомании, а в середине 80-х гг. масштабы ее распространенности достигли уровня эпидемии. С 1974 г. в странах Северной Америки появилась новая форма употребления кокаина — «крэка». Наркогенные свойства крэка обусловлены наличием в его составе Т. н. «свободного основания» (чистого алкалоида кокаина). В начале 80-х гг. в странах Латинской Америки широкое распространение получило курение кока-пасты, промежуточного продукта, получаемого при изготовлении гидрохлорида кокаина.

### 4.4. Формы употребления кокаина:

1) гидрохлорид кокаина. Является наиболее часто употребляемой формой. Представляет собой белый кристалльный порошок, без

запах. Способ его применения — интраназальный. Кокаин быстро всасывается через слизистую носа. Реже используется внутривенное применение, при котором отмечается кратковременное клиническое действие. В составе т. н. «уличного» кокаина содержится 12–75 % гидрохлорида кокаина, а т. ж. фенциклдин (галлюциноген), героин, местные анестетики, кофеин, амфетамин и др. примеси. Часто кокаина гидрохлорид применяется в комбинации с внутривенным введением героина; 2) **алкалоидный кокаин («крэк»)**. Изготавливается из гидрохлорида кокаина и отличается летучестью и термостойкостью, что позволяет его употреблять в виде курения;

3) **кока-паста (порошок)** — содержит 40–90 % кокаина в виде сульфата, а также др. веществ. Применяемая для курения, смешивается с табаком или коноплей. Употребление распространено среди коренных жителей стран Южной Америки.

4) **листья коки (0,5–1,5% алкалоида кокаина)**. Употребляются перорально. Абсорбируются медленно.

#### 4.5. Клиническая картина опьянения.

Типичная клиническая картина опьянения возникает при интраназальном употреблении 5–7 мг кокаина. Начальные симптомы появляются через несколько минут, развернутые проявления — через 15–20 мин. Характерен подъем настроения с ускорением течения мыслей, переоценка собственных возможностей, субъективное переживание «интеллектуального прозрения». Наблюдается многоречивость, двигательная расторможенность, исчезновение сна, аппетита, гиперсексуальность. Соматовегетативными симптомами являются тахикардия, повышение АД, мидриаз, озноб с холодным потом, чувство жара. Длительность опьянения составляет в среднем 30 мин. Постинтоксикационное состояние характеризуется дисфорией, бессонницей, вялостью.

##### 4.5.1. Атипичные формы опьянения.

**Токсическая форма.** Характеризуется делириозно-аментивным помрачением сознания с глубокой дезориентировкой, хаотическим двигательным возбуждением, бессвязной речью, колебаниями аффекта от страха и ужаса до эйфории, растерянностью, отрывочными галлюцинациями. Отмечаются вербальные галлюцинации («оклики») и тактильные («насекомые под кожей» — симптом Маньяна). Отмечаются соматоневрологические симптомы в виде аритмии, стенокардии, гипотонии, судорожных припадков, остановкой сердца, угнетением дыхательного центра при одновременном приеме опиатов. Встречается летальный исход вследствие фибрилляции сердца, инфаркта миокарда, судорожного синдрома, инсульта.

**Психотическая форма.** Представляет собой острый интоксикационный психоз. Характерно помрачение сознания делириозного типа с дезориентировкой, растерянностью, иллюзорным восприятием, психомоторным возбуждением, отрывочными идеями преследования, истинными зрительными, слуховыми и тактильными галлюцинациями устрашающего содержания. Специфика связана с выраженными соматовегетативными симптомами: артериальная гипотония, бледность кожи, тошнота, мидриаз, гипертермия, тремор рук. Течение психоза транзиторное. Наблюдается редукция симптомов отмечается после фазы «критического» сна. **Подострый интоксикационный психоз** продолжается от нескольких дней до недели. Клиническая картина представлена аффективно-бредовыми или параноидными переживаниями.

#### 5. Клинические проявления кокаиновой наркомании

**Донозологическая стадия** характеризуется эпизодическим приемом наркотика. В период опьянения отмечается феномен «острого» повышения толерантности к эффектам кокаина. При этом клинические проявления опьянения исчезают раньше, чем падает его концентрация в крови. Вследствие этого однократно принятая доза повторяется через каждые 15 мин. «Эпизод» употребления растягивается от нескольких часов до полусуток. Характерно тяжелое постинтоксикационное состояние с выраженной дисфорией.

**Начальная стадия.** Характерно увеличение регулярности приема (до 2–3 раз в нед) и разовой толерантности (в 2–3 раза). Исчезают защитные реакции на прием кокаина — сердцебиение, тошнота, головная боль. Отменяются признаки психической зависимости в виде усиленного поиска наркотика. Наблюдается стойкая бессонница в течение нескольких суток в постинтоксикационном периоде. Изменяется поведение пациентов. Возникает склонность к воровству, кражам и др.

**Стадия развернутых клинических проявлений.** Характеризуется выраженной психической зависимостью в виде сверхценных мыслей о наркотике. Увеличивается разовая толерантность до 40–60 мг и суточная до 160–200 мг. Отмечается изменение формы опьянения — исчезновение эйфории и психомоторного возбуждения.

**Отличительными особенностями кокаиновой абстинентного синдрома** являются схожесть его начальных проявлений с симптомами постинтоксикационного состояния, преобладание психических расстройств (депрессивно-дисфорического типа) над вегетативными, выраженность сопутствующих соматических осложнений (аритмия, стенокардия). Депрессивно-дисфорические переживания на высоте абстиненции (3–4 день) сменяются астено-агергическими в течение 10–14 дней.

**Исходная стадия.** Проявляется снижением толерантности, изменением картины опьянения в сторону появления раздражительности, недовольства. Больные переходят на внутривенное введение кокаина. Характерен затяжной (до 2,5—3 мес) абстинентный синдром с выраженными соматическими нарушениями (аритмия, брадикардия, одышка, тошнота, коллапс), нарушениями сна, тревогой, подозрительностью, ипохондричностью, кинематографическими зрительными галлюцинациями. Соматическими осложнениями абстиненции являются инфаркт, инсульт, разрыв аневризмы.

#### **6. Синдром последствий наркотизации.**

Для соматических последствий характерны атрофический фарингит, ринит, носовые кровотечения, перфорация носовой перегородки. Отмечается склонность к простудным заболеваниям, хронический бронхит, ателектаз легких, пневмония, почечная недостаточность, брадикардия, аритмия, гломерулонефрит, почечная недостаточность. Хабитус больных характеризуется общим истощением, бледностью кожи.

Неврологическими последствиями являются головные боли, мелкий тремор рук, век, языка, судороги икроножных мышц.

Отмечаются грубые органические изменения личности в виде неопрятности, неряшливости, снижения критичности к поведению, вялость, брадипсихия. Характерна морально-этическая деградация, асоциальность.

### **5. Наркомания MDMA («Экстази»)**

**5.1. История злоупотребления.** Препарат «экстази» (европейское название — ХТС) синтезирован в 1914 г. в Германии. Использовался в США в 50-х гг. как «наркотик правды». Для медицинских целей применялся в Германии в качестве средства снижения веса и средства, способствующего эффективному проведению психотерапевтических методик. В 60-гг. накоплены данные о выраженном наркотическом — психостимулирующем и галлюциногенном действии, и препарат был официально отнесен к наркотикам (вначале к группе галлюциногенов). В качестве наркотического средства стал использоваться с начала 80-х гг. в США, массовое употребление отмечено с начала 90-х гг.

**5.2. Общая характеристика MDMA.** По химической структуре представляет собой 3,4-метилендиоксиметамфетамин (MDMA). Под данным названием это ПАВ употребляется в научной и медицинской литературе. Существуют различные жаргонные названия MDMA: «Экс-ти-си», «Адам», «Эм-и-Эм» и др. Термин «экстази» включает в себя MDMA и ряд других, близких ему по химическим свойствам наркотических веществ.

MDMA обладает психостимулирующим и галлюциногенным действием, вызывает эффекты, схожие с такими наркотиками, как амфетамины, кокаин, мескалин. Клинические эффекты опосредованы влиянием на дофаминовые, норадренергические и серотонинергические структуры мозга.

MDMA изготавливают подпольно в таблетках, капсулах, пилюлях в дозировке от 40 до 500—700 мг. Разовая пероральная доза составляет от 40 до 135 мг.

**5.3. Клинические проявления опьянения MDMA.** Клинические проявления опьянения зависят от дозы употребляемого наркотика. Легкая форма опьянения возникает при употреблении 40—75 мг MDMA, тяжелая — при употреблении 135—150 мг. Начальные симптомы опьянения отмечаются через 20—40 мин после приема наркотика. Общая продолжительность опьянения составляет до 6—8 час.

В клинической картине легкой формы опьянения MDMA отмечается радостное настроение с переживанием счастья, приливом энергии, ощущением легкости. Характерна неусидчивость, двигательная расторможенность. Типичным поведением больных в этом состоянии являются танцы на дискотеках, разговорчивость, общительность. Отменяется анорексия, сухость во рту и горле, повышение полового влечения.

При тяжелом опьянении наблюдается нарушение сознания оглушенного типа с эпизодами сновидного помрачения сознания. Характерны мигриаз, повышение температуры тела, повышение АД, сухость слизистых и носа, гипергидроз кожи, тахикардия, тахипноэ, нарушение координации движения, потеря жидкости и веса тела. В течение нескольких дней после этого отмечается вялость, разбитость, сонливость, подавленное настроение, отечность лица и век, осиплость голоса, отсутствие каких-либо желаний.

**Токсическая форма опьянения** проявляется повышением температуры тела до 40° и выше, судорожными припадками, кровоизлиянием в мозг, острой печеночной и почечной недостаточностью.

#### **5.4. Клинические проявления наркомании MDMA.**

**Этап эпизодического употребления** характеризуется употреблением наркотика от несколько раз в мес до несколько раз в нед.

**Начальная стадия.** Отмечается психическая зависимость, проявляющаяся стремлением к праздному образу жизни, тягой к дискотекам, ночным клубам и т. д. Отмечается уменьшение стимулирующего действия наркотика. Разовой толерантность увеличивается до 135—150 мг. Наблюдается тяжелое постинтоксикационное состояние: подавленное настроение, разбитость, слабость, бессонница. Характерны скандалы с родственниками, раздражительность по отношению к родным.

**Стадия развернутых клинических проявлений.** Наблюдается увеличение частоты употребления наркотика до 4–5 раз в нед. Разовая толерантность возрастает до 300–450 мг. Сокращается длительность опьянения до 2–3 час. Для этой стадии характерно формирование полинаркомании. Отмечается сочетанное употребление ММДА с героином, кетамином, ЛСД, алкоголем с целью усиления симптомов опьянения и переживания новых ощущений. Наряду с этим наблюдается трансформация наркомании ММДА в героиновою, эфедроновую, а также переход к сочетанному употреблению героина и эфедрона, алкоголя и седативных средств.

**Абстинентный синдром.** Возникает через 8–12 час воздержания от наркотика. Общая продолжительность его — 2 нед. Острая фаза составляет 1 нед. Клиническими проявлениями в 1-е сут. являются миалгии, ощущение «познабливания», повышенная потливость, кардиалгии, тоскливое настроение. На 2-е сут. отмечается мышечная скованность, пилоромоторная реакция кожи, хореоформные движения конечностей, тремор головы, боли в области печени и поясницы, бессонница, нарушение настроения дисфорического типа.

#### 5.5. Синдром последствий наркотизации.

Соматическими последствиями злоупотребления ММДА являются токсический гепатоз, который формируется через 2–3 мес регулярного приема, токсическая миокардиодистрофия. Характерен хабитус в виде общего похудания, неопрятности, нарушения трофической функции кожи и ногтей. Из психических нарушений наблюдается хроническая бессонница и выраженный астено-аэнергический синдром.

#### Литература

1. Гофман А. Г. Клиническая наркология. — М.: Миклош, 2003.
2. Дунаевский В. В., Стыжкин В. Д. Наркомании и токсикомании. — Л.: Медицина, 1990.
3. Иванова Е. Б. Социально-психологические, клинико-статистические закономерности и профилактика зависимости от эфедрона. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — СПб, 2000.
4. Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология: Руководство для врачей. — Л.: Медгиз, 1991.
5. Пятницкая И. Н. Наркомании. — М: Медицина, 1994.
6. Пятницкая И.Н., Найденова Н.Г. Подростковая наркология: Руководство для врачей. М.: Медицина, 2002.
7. Руководство по наркологии. В 2 томах / Под ред. Н. Н. Иванца. — М.: Медпрактика, 2002.

## НАРКОМАНИЯ, ВЫЗВАННАЯ ГАЛЛЮЦИНОГЕНАМИ

**1.1. Общая характеристика галлюциногенов.** К галлюциногенам относятся различные препараты естественного и синтетического происхождения: диэтиламид лизергиновой кислоты (алкалоид спорыньи), псилоцибин (содержится в грибах рода псилоцибе), мескалин (содержится в кактусе пейотль), мускарин (содержится в мухоморе), фенцикллидин, кетамин, холинолитики, антигистаминные и др. Известно более 100 естественных и синтетических галлюциногенных препаратов. Синними термины «галлюциноген» являются «психодизлептик», «психотомиметик», «психоделик».

По механизму действия галлюциногены можно разделить на 3 группы:

- 1) оказывающие воздействие на серотонинэргические структуры мозга — ЛСД, псилоцибин, мескалин. Данные соединения в наибольшей степени отвечают понятию «галлюциногены», так как вызывают грубые нарушения восприятия (галлюцинации, иллюзии, психосенсорные расстройства);
- 2) оказывающие воздействие на холинэргические структуры мозга (холинолитики) — атропиносодержащие препараты, антипаркинсонические (циклодол и др.), антигистаминные, трициклические антидепрессанты и др.;
- 3) оказывающие воздействие на глутаминэргические структуры мозга — средства наркоза (фенцикллидин, кетамин).

Большинство из галлюциногенов, согласно Конвенциям 1961 и 1971 гг., относятся к наркотическим и психотропным веществам, запрещены для производства, оборота и употребления. Галлюциногенным эффектом обладают также такие наркотические вещества, как каннабиноиды, ингалаты и др. вещества. Однако галлюциногенный эффект не является у них ведущим.

**1.2. Распространенность.** По данным Комиссии ООН по наркотическим средствам (1976), в США галлюциногены употребляли более 1 млн. человек, в ФРГ — 12 тыс., во Франции на долю ЛСД приходится около 13 % всех наркоманий, в Австрии наибольшее распространение прием ЛСД нашел в возрастной группе от 15 до 25 лет. В Канаде в 1983 г. зарегистрировано 600 новых случаев употребления ЛСД.

## 2. Наркомания ЛСД

**2.1. Краткая история употребления ЛСД.** Диэтиламид лизергиновой кислоты синтезировали в 1943 г. W. A. Stoll и A. Hofmann. Было отмечено специфическое действие препарата — способность вызывать галлюцинации. С конца 50-х гг. фирма «Сандоз» выпускала ЛСД как психотропное средство для лечения психических заболеваний. В 60-х гг. ЛСД как «препарат для психотерапии» широко рекламировалось профессором Гарвардского университета Тимоти Лири. Проводились опыты на студентах-добровольцах. Описываемые ими переживания были названы словом «путешествием». В тот же период описаны случаи хронических психозов после однократного употребления ЛСД. Выявлен тератогенный эффект у плода в виде недоразвития конечностей в результате использования ЛСД в период беременности. С конца 60-х — начала 70-х гг. в большинстве стран мира вышел запрет на применение ЛСД в лечебных целях.

**2.2. Химические свойства ЛСД.** ЛСД-25 является производным лизергиновой кислоты. Другое его название ДЛК (диэтиламид лизергиновой кислоты). Соединение относится к группе серотонинэргических галлюциногенов. Основное его свойство — высокая растворимость в жидкостях, делает возможным его распространение на куске пористой бумаги или куске сахара.

Формой употребления являются порошок, раствор, капсулы, пилюли. Все они принимаются внутрь. Чаще всего препарат пропитывают в листе пористой бумаги, таблетках, марках, желатиновых пластинках, кубиках сахара, а также растворяют в напитках. Реже вводят подкожно, внутривенно или курят в смеси с табаком. При последнем способе отмечается более мягкое действие.

**2.3. Клиническая картина опьянения ЛСД.** Начальный клинический эффект возникает при употреблении 20–25 мкг ЛСД, однако обычно употребляют дозы порядка 100–300 мкг. Первые признаки опьянения возникают в среднем через 1 час после введения препарата. Общая продолжительность действия — 8–12 час.

Особенностью клинических проявлений опьянения ЛСД является преобладание расстройств сознания над другими психопатологическими симптомами. Данная особенность получила название «психоделическое» действие (термин «психоделический» означает способный вызывать «расширение сознания»).

Отмечается типичная фазность опьянения. Для 1-й фазы характерны малоспецифичные вегетативные и соматоневрологические проя-

вления (мигриаз, тахикардия, дизартрия, нарушение координации движений и др.). Во 2-ю фазу на фоне экзотического подъема настроения отмечаются разнообразные нарушения восприятия, придающие специфику опьянения ЛСД. Отмечаются метаморфозы, расстройств схемы тела, сенсорная гиперпатия, элементарные зрительные и слуховые галлюцинации. Наиболее специфичны для опьянения ЛСД оптические и слуховые синестезии, а также аутовисцероскопические переживания. 3-я фаза характеризуется помрачением сознания делириозного или онейроидного типа. В 4-ю фазу (постинтоксикационную) отмечается тревога, неусидчивость, ощущение дрожания и напряжения мышц, подавленность, сон с кошмарными сновидениями, астенические проявления.

Атипичная форма опьянения протекает в виде острого галлюцинозно-бредового синдрома длительностью несколько суток.

### 2.4. Клинические проявления наркомании ЛСД

**Особенности наркомании ЛСД.** Отмечается связь клинических проявлений наркомании ЛСД и преморбидных свойств личности больных. Главный мотив употребления ЛСД — интерес к галлюцинаторным переживаниям — отражает склонность пациентов к самосозерцанию, погруженность в свой внутренний мир. Эта особенность отмечается у лиц с шизоидным складом характера.

Особенностью клинических проявлений наркомании ЛСД является быстрый рост толерантности при систематическом употреблении. Продолжительные ремиссии способствуют снижению толерантности до начального уровня. При наркомании ЛСД отсутствуют выраженные признаки физической зависимости.

К основным признакам заболевания относятся активный поиск наркотика и сужение круга интересов вокруг наркотизации. Для пациентов характерно общение с узким кругом лиц, избирательно интересующихся галлюциногенными веществами, «психоделической» литературой и субкультурой («кислотные» дискотеки, отдельные направления рок-культуры и др.). Повышается разовая доза до 75–100 мкг. В структуре опьянения редуцируются нарушения восприятия.

**2.5. Синдром последствий злоупотребления ЛСД.** Характерны изменения личности в виде повышенной тревожности, подозрительности, склонности к формированию идей отношения. Вследствие длительного употребления формируется астено-депрессивный синдром, проявляющийся вялостью, подавленностью, безразличием.

Специфическими последствиями наркомании ЛСД являются психотические расстройства. Для периода ремиссии характерен транзи-

торный психоз, протекающие в виде кратковременных вспышек длительностью от несколько минут до нескольких часов. Содержанием переживаний являются страх и нарушения восприятия, отмечающиеся ранее в состоянии опьянения. Для галлюцинаторно-бредовых психозов характерно затяжное течение. Их следует дифференцировать с эндогенными заболеваниями.

### 3. Кетаминовая наркомания

**3.1. Общая характеристика.** Кетамин является средством наркоманов. Выпускается под названиями калипсол, кеталар и др. Особенностью клинического действия — быстрый и непродолжительный эффект (2 час), поверхностный уровень нарушения сознания. Характерны выраженные побочные действия после его приема: психомоторное возбуждение, галлюцинации, отрывочные бредовые идеи, повышение АД, тахикардия, тошнота, рвота, выраженное слюноотделение, расстройство зрения, головокружение, одышка, угнетение дыхания. Препарат выпускается в ампулах для инъекций по 2 мл (1%, 5% раствор) и во флаконах по 10, 20 мл (5% раствор). Применяется внутримышечно или внутривенно.

Как наркотическое средство кетамин используется в странах Северной Америки и Западной Европы с начала 80-х годов. В России кетамин распространен с конца 80 — начала 90-х гг.

**3.2. Клинические проявления кетаминового опьянения.** Характерна типичная фазность. 1-я фаза проявляется двигательной заторможенностью, чувством «расслабления», дереализацией. Ее продолжительность — несколько мин. 2-я фаза характеризуется эйфорией, переживанием «легкости во всем теле» и «невесомости». Отмечаются фотопсии в боковом поле зрения, расстройство схемы тела, метаморфопсии. В 3-ю фазу наблюдается помрачение сознания или делириозного типов. Соматоневрологически отмечаются бледность и сухость кожи, «заостренные» черты лица, миодриаз, нарушение конвергенции и аккомодации, дизартрия, тахикардия. 4-я фаза (постинтоксикационная) проявляется астенией, вялостью, тошнотой, нарушением координации движений, частичной амнезией.

### 3.3. Клинические проявления кетаминовой наркомании.

При постоянном употреблении психическая зависимость формируется быстро — после нескольких инъекций. При эпизодическом употреблении она возникает в течение года. Характерен быстрый рост разовой (до 20—30 мл) и суточной толерантности (до 1000—1500 мг в сут). Отмечается циклическая форма употребления. Наркотик вводит-

ся в течение 2—3 дней с ремиссией в несколько дней. Изменяется картина опьянения. Происходит редукция эйфории и нарушений восприятия. Галлюцинации становятся менее яркими, красочными, приобретают обыденное содержание. Усиливается постинтоксикационная симптоматика. При кетаминовой наркомании отсутствуют физическая зависимость и абстинентный синдром.

### 4. Циклодоловая наркомания

**4.1. Общая характеристика.** Случаи употребления циклодола с наркоманческой целью известны в литературе с 60-х гг. Оно наблюдается преимущественно у подростков и лиц молодого возраста с целью получения специфического галлюциногенного эффекта. Злоупотребление циклодолом чаще всего представляет собой изолированную форму наркомании. Реже оно происходит в структуре полинаркомании. При этом циклодол используется одновременно с гашишем, барбитуратами, алкоголем, димедролом, транквилизаторами.

### 4.2. Клиническая картина циклодолового опьянения.

Клинические проявления циклодолового опьянения зависят от ус- тановки пациента на получаемые ощущения. Играют роль также пре- морбидные особенности личности пациентов. Гипертимные пережива- ют отчетливое повышение настроения и активности. Для астеническо- го типа характерно чувство расслабленности, страх, параноидная настроенность.

Выделяют 4 фазы опьянения: 1) фаза повышенного настроения, 2) фаза оглушения, 3) фаза делириозно-нейроидного помрачения со- знания, 4) постинтоксикационная фаза. Первая фаза возникает при употреблении 6—8 мг циклодола. При введении 10—12 мг и более возникает вторая и третья фазы.

В 1-ю фазу отмечается повышение настроения с экзотическим оттенком. Больные переживают ощущение «легкости», «парения». Характерна повышенная разговорчивость и двигательная активность, нарушение концентрации внимания, суетливость и непоследи- тельность в действиях.

2-я фаза проявляется двигательной заторможенностью, затрудне- нием осмысления окружающей обстановки, заторможенностью мыш- ления. Характерны метаморфопсия, деперсонализация, аутоскопиче- ские и аутовисцероскопические переживания. В 3-ю фазу наблюдается делириозно-нейроидное помрачение сознания со зрительными сце- ноподобными галлюцинациями фантастического («мультифильмы») и устрашающего («сцены убийств») содержания. Специфическим симп-

томом является симптом «исчезающей сигареты»: ощущение в руках сигареты, которая исчезает при поднесении ко рту (отрицательная галлюцинация).

В постинтоксикационную фазу характерны выраженные астенические симптомы и вегетативные расстройства (сухость кожи и слизистых, мидриаз). Воспоминания о галлюцинаторных переживаниях сохраняются.

#### 4.3. Клинические проявления циклодоловой наркомании

Для стадии эпизодического употребления характерны увеличение толерантности до 16–20 мг и исчезновение защитных реакций (тошнота, тревога, страх).

Начальная стадия наркомании проявляется систематическим употреблением циклодола (1–3 раза в нед). Формируется психическая зависимость в виде ощущения внутреннего напряжения и дискомфорта в период воздержания от циклодола. Патологическое влечение проявляется активным поиском наркотика. Толерантность увеличивается до 20–40 мг. Изменение клинической картины опьянения — редуцируется делириозно-онейроидная фаза.

Стадия развернутых клинических проявлений характеризуется формированием компульсивного влечения к циклодолу. Через 12 час. воздержания появляется подавленное настроение, внутренняя напряженность, беспокойство и неусидчивость. Толерантность увеличивается до 40–60 мг. Сокращается продолжительность опьянения до 2–3 час. После него развивается тяжелое постинтоксикационное состояние с вялостью, раздражительностью, дисфорией. Изменяется картина опьянения, преобладает благодушие и элементарные галлюцинации.

Абстинентный синдром. Первые его проявления (1–я фаза) возникают через 12 час. Отмечаются вегетативные симптомы в виде бледности и сухости лица, ярко окрашенных губ. Характерен гипергидроз рук и ног, акроцианоз. Преобладают жалобы на усталость, разбитость, вялость, нарушение засыпания. 2-я фаза возникает к концу первых суток, продолжается 5–7 дней. Проявляется чувством дискомфорта в теле, тревожностью, неусидчивостью, двигательным беспокойством, бессонницей, головной болью. Отмечаются выраженные неврологические нарушения: повышенный тонус мышц, мелкоразмашистый тремор конечностей, головы, кончика языка, повышение кожных и сухожильных рефлексов, дизартрия, скандированная речь. Период остаточных проявлений (3-я фаза) характеризуется слабостью, вялостью, безразличием, которые сменяются раздражительностью и злостью.

#### 4.4. Синдром последствий наркотизации.

Характерны изменения личности в виде эмоционального огрубления. Отмечается нарушение высших эмоций и нравственного чувства. Преобладают асоциальные и иждивенческие тенденции в поведении. Наблюдается черствость к близким, цинизм, лживость, побег из дома, увольнение с работы.

Формируется психоорганический синдром апатического или эксплозивного варианта. Его проявлением являются грубые нарушения памяти, внимания, поверхностный и конкретный характер мышления, некритичность.

Отмечаются признаки токсической энцефалопатии в виде стойких неврологических нарушений. Характерен тремор пальцев рук, повышенный тонус мышц. Последний обуславливает специфическую походку больных: выпрямленная спина, отставленные руки и ноги, ходьба на выпрямленных ногах. Наблюдаются стойкие вегетативные нарушения, обеспечивающие специфический хабитус больных: розовые щеки в виде «бабочки» и алые губы на фоне бледного лица.

#### Литература

1. Дунаевский В. В., Стяжкин В. Д. Наркомании и токсикомании. — Л.: Медицина, 1990.
2. Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология: Руководство для врачей. — Л.: Медгиз, 1991.
3. Пятницкая И. Н. Наркомании. — М: Медицина, 1994.
4. Пятницкая И.Н., Найденова Н.Г. Подростковая наркология: Руководство для врачей. М.: Медицина, 2002.
5. Руководство по наркологии. В 2 томах / Под ред. Н. Н. Иванца. — М.: Медпрактика, 2002.
6. Фридман Л. С., Флеминг Н. Ф., Робертс Д. Х., Хайман С. Е. (ред.) Наркология: пер. с англ. — 2-е изд., испр. — М.; СПб.: «Издательство Бизном» — «Невский Диалект», 2000.

## Глава 9 ТЕОРИИ ФОРМИРОВАНИЯ НАРКОМАНИИ

Теории формирования наркозависимости можно разделить на конституционально-наследственные, биохимические, нейрофизиологические, психологические, социологические, экономические и др.

**1. Наследственные теории.** Относятся: теория наследственной дегенерации Б. Мореля (алкоголизм и наркомания — признаки вырождения); теория, объясняющая развитие аддиктивной патологии особенностями лимбической системы; теории, объясняющие развитие заболевания особенностями метаболизма ПАВ в организме (прежде всего, этанола при алкоголизме) и др.

**2. Биохимические теории.** Наиболее известной является катехоламиновая теория. Согласно ей, в основе психической и физической зависимости от ПАВ лежат функциональные нарушения катехоламиновой системы мозга. Однократный прием ПАВ приводит к усиленному выбросу норадреналина и дофамина из пресинаптических образований. Основные эффекты опьянения обусловлены перестройкой катехоламиновой системы. В частности, выброс катехоламинов в лимбической системе является основой эйфоризирующего действия.

При постоянном употреблении ПАВ возникает дефицит катехоламинов, что вызывает тягостные симптомы — подавленность, снижение активности. Повторный прием ПАВ связан с компенсацией дефицита дофамина и усиленным его выбросом. Состояние большого субьективно характеризуется как подъем работоспособности, улучшение настроения, что является мотивом для повторного употребления ПАВ. Блокада высвобождения дофамина, его усиленный синтез и накопление при прекращении приема ПАВ является причиной основных клинических проявлений абстинентного синдрома — беспокойства, бессонницы, возбуждения, соматовегетативных нарушений и др.

**3. Нейрофизиологическая теория.** Основывается на выделении т. н. «системы подкрепления», участвующей в регуляции мотивов поведения и эмоционального состояния. Формирование зависимости от ПАВ связано с усиленной стимуляцией «системы подкрепления». Постоянная стимуляция этой системы посредством употребления ПАВ приводит к истощению запаса нейромедиаторов, которое клинически выражается в астеническом состоянии, снижении настроения и др.

### 4. Психологические теории.

**4.1. Теория самоуважения.** Относится к психодинамическим теориям. Согласно ей, наркозависимость является следствием низкого самоуважения. В процессе развития личности самоуважение развивается через экспотенциальное поведение, направляемое на овладение различными ситуациями в процессе достижения цели. Низкий уровень самоуважения может быть результатом постановки слишком трудных задач или недостижения реальных целей из-за отсутствия уверенности в собственных силах. Низкое самоуважение — результат неправильного семейного воспитания. При гиперопеке родители принимают на себя всю ответственность за поступки ребенка. При гипоопеке ребенком переживается отсутствие поддержки.

**4.2. Теория семейных отношений.** Согласно этой теории наркозависимость можно рассматривать как результат установления патологического равновесия в системе семейных отношений между большим ребенком/подростком и созависимыми родителями. Большой ребенок сосредоточивает на себе все внимание членов семьи, отвлекая, тем самым, от других проблем и становясь предметом всеобщего внимания. Семья объединяется вокруг «носителя» проблемы. В рамках сложившихся отношений как дети, так и их родители испытывают страх перед разрывом сложившейся системы. Наркомания является средством обретения подростком псевдонезависимости и псевдиндивидуальности (например, уходы из дома).

**4.3. Теория подражания (А. Бандура).** Формирование наркозависимости в рамках данной теории объясняется феноменом подражания поведению сверстников в условиях искажения ценностных установок и несформированности понятия о норме. Наркозависимость для большого является социально приемлемой формой поведения. Подверженность подражанию связана с низкой самооценкой личности, неуверенностью, неудовлетворенностью, повышенной потребностью в социальном одобрении, неспособности к самоконтролю.

**4.4. Теория девиантного поведения (Джессор).** Аддиктивное поведение рассматривается как вариант девиантного поведения, включающего наряду с употреблением ПАВ раннюю половую жизнь, мелкие правонарушения, прогулы школы и др. Девиантное поведение понимается как средство выхода из затруднений, связанных с принятием подростка социально-благополучными сверстниками. Отклоняющееся поведение, в том числе наркотизм, необходимо для преодоления досады в связи с неудачами в школе, скукой, низкой самооценкой. Девиантное поведение является проявлением искаженной социальной.

5. Эпидемиологическая теория (Н. Бейерут). Согласно эпидемиологической теории Н. Бейерута (1960-е гг.) рассматриваются 3 эпидемиологических типа наркомании:

**Сингулярный тип.** Наркозависимость поражает единичных людей вследствие случайных ошибок. Включает в себя случаи неправильного назначения ПАВ с медицинскими целями или в результате профессиональной деятельности (например, наркозависимость среди медработников). Больные, как правило, переживают чувство стыда, стараются скрыть факт своей болезни и не могут служить источником распространения наркомании (не опасны в эпидемическом отношении).

**Эпидемический тип.** Характерно интенсивное распространение болезни от одного наркозависимого к другому. Этот тип чаще встречается в социально неблагополучной среде (например, современная героиновая наркомания). В рамках эпидемического типа употребление ПАВ рассматривается в качестве своеобразной «моды».

**Традиционный тип.** Играют роль традиции употребления (как в случае табака или алкоголя). Употребляемое ПАВ считается условно социально приемлемым. Однократно данный вид ПАВ в течение жизни употребляет практически каждый член общества.

Эпидемиологическая теория рассматривает возможность перехода эпидемиологического типа наркомании в традиционный и в связи с этим обосновывает необходимость предотвращения распространения наркотиков в обществе.

Вероятность приобщения к наркотикам зависит от индивидуальной предрасположенности к наркологическим заболеваниям и от воздействия окружающей среды, которая побуждает индивидуума к приему ПАВ. Если влияние внешнего окружения незначительно, то вероятность приобщения к ПАВ высока только у тех, у кого выражена наследственная предрасположенность. В случае широкой распространенности наркомании в обществе к ПАВ приобщаются и те, кто имеет умеренную предрасположенность. При катастрофическом росте распространенности наркомании возникает риск трансформации наркотиков в «традиционные» ПАВ (например, опиум в Китае в 19 веке). Следовательно, необходимо противостоять распространению наркотиков в обществе.

**6. Социологические теории.** Рассматривают в качестве причины формирования наркомании социальные условия, такие как, например, безработица и культурная традиция. Наркозависимость понимается как результат дисфункционального общества. Употребление наркотиков объясняется протестом против его норм и устоев.

7. Экономические теории. Согласно экономическим теориям наркомания рассматривается как результат торговли наркотиками, маркетинговой политики в сфере наркобизнеса. Происходит наращивание потребления наркотиков. Проводится скрытая реклама наркотиков посредством пропаганды наркотической субкультуры и т. д. Изучаются факторы, влияющие на экономическое поведение поставщиков и потребителей.

### Литература

1. Минко А. И., Линский И. В. Наркология. — 2-е изд., испр. и допол. — М.: Изд-во Эксмо, 2004. — 736 с.
2. Профилактика наркозависимости среди молодежи. Учебно-методический сборник учебно-методического семинара «Подготовка специалистов по профилактике наркозависимости среди учащейся молодежи», 16–18 декабря 2002 г. — СПб.: ООО «Издательство Союз», 2002. С. 26–32.

## ЭТИОЛОГИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

**1. Факторы формирования наркологических заболеваний.** Выделяют следующие факторы формирования наркологического заболевания у подростков: фактор «внутренних условий», фактор «внешних условий» (микросоциальное окружение — семья, неправильное воспитание, девиантное поведение, группирование со сверстниками и др.), фактор «изменной почвы» (резидуально-органический фон, соматические заболевания и др.), провоцирующие факторы (факторы аддиктивной инициации).

### 2. Фактор «внутренних условий».

**2.1. Характер.** Общая особенность — преобладание неустойчивого типа акцентуации характера, а также отдельных черт возбудимого и истероидного круга. Особенности аддиктивного поведения при разных типах психопатий и акцентуации характера представлены в таблице 7.

**2.2. Морально-этические установки.** Характерно преобладание паразитических и иждивенческих тенденций в общении с окружающими (особенно с родственниками). Отсутствуют глубокие привязанности, проявляющиеся, в частности, в жестокое обращение с близкими. Характерно нарушение дистанции общения с окружающими, в частности, неспособность дифференцировать круг близких друзей, в то же время развязность при общении с незнакомыми, морально-этические отклонения: лживость, цинизм, безответственность и др.

**2.3. Мотивационно-потребностная сфера и социальные установки.** Общая особенность поведения наркозависимых — незрелость, проявляющаяся, в частности, в таких установках как эгоцентризм, увеличение собственных прав и отрицание обязанностей. Для мотивов поведения характерна повышенная потребность в новых ощущениях (феномен «сенсорной жажды»), проявляющаяся наряду с аддиктивным поведением в увлеченности экстремальными видами спорта, азартными и компьютерными играми. Наблюдается низкая мотивация на социальные достижения, профессиональный рост, карьеру, материальное благополучие. Больные не могут планировать свое будущее, отсутствуют жизненные планы и устремления. Характерна неспособность осознать последствия своих действий, непонимание меры ответственности за свое поведение, в частности, за правонарушения.

Особенности аддиктивного поведения при разных характерологических типах

Тип акцентуации	Особенности аддиктивного поведения
Гипертимный	— слабая устойчивость в отношении соблазнов употребления ПАВ; — инициаторы начала употребления в закрытых коллективах; — выражен «первичный поисковый полинаркотизм» — желание попробовать как можно больше разнообразных ПАВ; — длительное злоупотребление без развития зависимости; — зависимость интереса к наркотикам от аффективной фазы; — наличие интереса в гипертимную фазу; — предпочтение седативных средств (транквилизаторы);
Циклоидный	— зависимость аддиктивных устремлений от компании сверстников; — предпочтение ингалтов в школьном возрасте;
Лабильный	— повышенная устойчивость в отношении соблазна первых проб и аддиктивного поведения в целом; — слабая мотивация в отношении аддиктивного поведения; — «ситуационная» зависимость от транквилизаторов;
Сензитивный	— избирательная склонность к употреблению каннабиноидов и опиатов;
Психастенический	— употребление алкоголя с целью «коммуникативного допинга»;
Шизоидный	— характерен отказ от наркотиков при употреблении алкоголя и ингалтов в школьном возрасте; — при смешанном эпилептоидно-неустойчивом типе отмечается легкое приобщение к наркотикам; — влечение к ПАВ характеризуется силой и эмоциональной насыщенностью;
Эпилептоидный	— употребление ПАВ в дозах, вызывающих тяжелое опьянение;
Истероидный	— особая склонность к употреблению стимуляторов, которые придают чувство уверенности в себе; — чаще употребляется алкоголь, гашиш, опиаты и транквилизаторы; — характерно демонстративное поведение в состоянии опьянения; — отмечается «бравада» употреблением ПАВ в компании;
Неустойчивый	— отмечается наиболее высокий риск аддиктивного поведения; — характерны умеренные сроки развития зависимости, длительность этапа групповой зависимости; — выраженная социальная дезадаптация с момента начала злоупотребления.

В некоторых случаях отмечается внутренняя противоречивость, проявляющаяся, в частности, в негативном отношении в целом к наркотикам и нарковой среде и, в то же время, легковесность в отношении факта собственной наркотизации (анозогнозия).

**2.4. Особенности адапционно-защитной системы личности.** Неадекватность психологических защитных механизмов и механизмов совладающего поведения у подростков с аддиктивной патологией проявляется в следующих особенностях. Отмечается высокий уровень психического напряжения. Больные в целом избегают любых психотравмирующих ситуаций, включая повседневные жизненные трудности. Характерен экстрапунитивный тип реакции на фрустрацию — обвинение других в своих неудачах. Отмечается низкая и неустойчивая самооценка, проявляющаяся, с одной стороны, в низком уровне признаний, а, с другой стороны, в повышенной потребности в признании, одобрении и поддержке. Наблюдаются примитивные формы протеста против контроля родителей. В частности, в общении с ними преобладают реакции эмансипации. Больные не выносят оценки своего поведения со стороны кого-либо.

Слабость адапционно-защитной системы личности является одной из причин формирования т. н. «психологической готовности» к приему ПАВ. Она представляет собой комплекс личностно-характерологических и ситуационно-средовых характеристик, обуславливающих неспособность подростка противостоять давлению окружения в отношении употребления наркотиков. «Психологическая готовность» может длительно существовать в латентной форме и актуализироваться под влиянием внешних фрустрирующих факторов. Признаками актуализации «психологической готовности» являются: 1) наличие психотравмы, «включающей» патологические механизмы личностной адаптации, в частности аддиктивное поведение; 2) неспособность найти продуктивный способ выхода из психотравмирующей ситуации; 3) неформированность или неэффективность способов преодоления эмоционального напряжения, связанного с психотравмой, что является непосредственной причиной «аддиктивного» способа преодоления трудной жизненной ситуации.

**2.5. Особенности реакции личности на пубертатный кризис.** В качестве фактора формирования аддиктивной патологии могут выступать следующие особенности созревающей личности:

— стремление к персонализации, т. е. к утверждению себя как личности, формированию устойчивого представления о себе в собственных глазах и глазах окружающих («Я»-образ);

— повышенная подражательность, стремление идентифицировать себя с группой сверстников (быть членом той или иной референтной группы), имитация внешних атрибутов поведения взрослых, привычки и манеры поведения старших;

— стремление к новизне, получению новых и острых впечатлений («сенсорная жажда»).

Указанные особенности обостряются в период пубертанного криза. Аддиктивная патология в этот период может быть выражением следующих поведенческих реакций: реакции имитации (положительной и отрицательной), реакции эмансипации, реакции группирования со сверстниками. Аддиктивное поведение подростков тесно связано с делинквентным поведением.

### **3. Факторы «внешних условий».**

**3.1. Семейный фактор (микросоциальный).** Факторами влияния семьи на формирование подросткового алкоголизма и наркозависимости являются:

**3.1.1. «Питейные традиции».** Оказывают влияние на детей в возрасте 7—10 лет. Их влияние связано с поведенческими реакциями имитации и отрицательной имитации.

Различают активное и пассивное вовлечение детей в раннюю алкоголизацию. При активном вовлечении взрослые — инициаторы употребления алкоголя детьми. Историческими примерами подобного «сплавания» являются феномен «лечения астенизированных и часто болеющих детей спиртными напитками» и феномен «праздничного» алкоголизма детей, встречающийся в конце 19 — начале 20 века.

При пассивном вовлечении детей в процесс ранней алкоголизации происходит подражание ребенка поведению родителей. Алкоголизация является повторением «жизненного сценария» старших членов семьи.

**3.1.2. Дисфункциональная семья.** Наиболее подвержены аддиктивному поведению дети и подростки из конфликтных, противоречивых, неполных, асоциальных, криминальных семей.

**3.1.3. Неправильное воспитание.** Аддиктивное поведение подростков наиболее часто встречается при следующих типах неправильного воспитания:

— Жесткий контроль поведения ребенка, недоверие к нему.

— Противоречивое отношение к самостоятельности ребенка.

— Гипоопека и эмоциональное отвержение (асоциальные семьи).

— Низкий уровень требований и запретов, воспитательная неуверенность и проекция на ребенка собственных нежелательных качеств в сочетании с гиперпротекцией матери и гипопротекцией отца.

**3.1.4. Ранняя родительская депривация.** Для ранней родительской депривации как фактора развития аддиктивной патологии характерны ряд особенностей, определяющих средовую психическую дезадаптацию личности. Во-первых, это преобладание пассивно-зависимого типа приспособления к микросоциальной среде, что обуславливает избирательную уязвимость к давлению окружения в отношении пристрастия ПАВ. Отмечается низкий уровень развития самосознания, в частности выраженное расхождение между реальным и идеальным «Я». Характерно отсутствие эмоционального самоконтроля, что обуславливает неспособность справиться с внутренним напряжением. Способ адаптации депривированных детей и подростков предполагает рентабельную установку на поддержку окружающих.

Указанные особенности встречаются при таких психических расстройствах, как задержка психического развития с симптомами регресса, психогенные личностные реакции, психосоматические расстройства, стойкие аномалии развития характера.

Фактор ранней депривации и связанные с ним личностно-адаптивные нарушения играют роль в формировании аномалий поведения в подростковом и юношеском возрасте.

### **3.2. Фактор окружения (макросоциальный)**

**3.2.1. Группирование со сверстниками.** Подростковая группа является промежуточной стадией выхода подростка в социум, этапом социализации. Смысл пребывания в группировке — это усвоение характерных правил поведения. Группировки образуются с 9—10 лет, пребывание в них длится до 14—15 лет и более. Преобладающие интегрессы группировок являются коллективными и нередко антисоциальными. Характерны строгие правила поведения внутри группы. Отмечается согласованность совместных действий, высокая внушаемость и взаимоиנדукция.

Для членов группировки характерны однотипность вкусов, манер поведения, одежды, «архаичность» внешних атрибутов поведения (длинные волосы, украшения, татуировки и т. д.). Наблюдается демонстративный протест против социально одобряемых форм поведения («модеральность взрослых»), также против школьного обучения. Отмечается специфичность речевого поведения. В речи преобладает жаргон, фразы и обороты из анекдотов, рекламы, популярных песен. В группировке отсутствуют взаимные симпатии, глубокие привязанности, высшие чувства — сострадание, благодарность.

Указанные особенности реакции группирования со сверстниками создают основу для безальтернативности выбора форм поведения у

членов подростковой группы. Часто предпочтение отдается в пользу употребления ПАВ.

**3.2.2. Девиантное поведение.** Связь подростковой аддиктивной патологии с девиантным поведением определяется следующими обстоятельством. Отмечается сочетание употребления ПАВ с другими формами девиантного поведения: делинквентным (противоправным), суицидальным, сексуальным (раннее начало половой жизни, вовлеченность наркозависимых в занятие проституцией). Наркогенные подростковые группировки всегда являются криминальными.

Характерно единство психологических механизмов отторжения подростка от социально благополучных сверстников («конфликтно-стрессовое вытеснение») и заимствование антисоциальных стереотипов поведения, отождествление себя с антисоциальными группами.

**К особенностям современного делинквентного поведения подростков относится его трансформация в более старшем возрасте в тот или иной вид преступной деятельности.** Таким образом стирается граница между делинквентностью и криминальностью. Делинквентные антиобщественные установки приобретают характер ценностно-мировоззренческих. При этом криминальные нормы укореняются в общественных взглядах, современной культуре, государственных институтах.

**3.2.3. Наркотическая субкультура.** Наркотическая субкультура представляет собой стойкую систему социальных «мифов» (иллюзий, шаблонов, стереотипов), служащих оправданием употребления подростками ПАВ.

К традиционным заблуждениям наркотической псевдокультуры относятся следующие постулаты: наркотики делаются на «серьезные» и «несерьезные», наркотики делают человека «свободным», наркотики помогают решать жизненные проблемы, наркотики могут и должны быть легализованы.

Предпосылкой влияния наркотической субкультуры на подростков и молодых людей является близость наркотической субкультуры современной молодежной культуре как таковой. Отмечается пронаркотический характер всей молодежной культуры. Утверждается положительное отношение к ПАВ в современных СМИ, в частности, в виде рекламы пронаркотических продуктов. К последним относятся некоторые «высокогликемические» продукты, употребляемые в настоящее время детьми с раннего возраста.

Наркотическая субкультура создает «наркогенные мифы», в частности миф о «престижности употребления наркотиков» и миф о «по-

ложительном образе наркомана». Эти мифы в настоящее время довольно сильно укоренены в социальных «бессознательных интраактах».

Механизмы влияния наркотической субкультуры на вовлечение подростков в наркотизацию опосредованы «романтизацией» употребления наркотиков известными представителями шоу-бизнеса. Пропагандируется заимствование привычек, манер поведения, образа жизни употреблявших наркотики кумиров (синдром Вертера). «Чествуются» известные рок-музыканты, умершие от приема наркотиков. Подростки активно вовлекаются в наркотизацию посредством прозелитизма (наставничества). Например, преподносится миф о том, что употребление наркотиков имеет давние традиции, сопровождает всю историю человечества.

Отрицательная роль наркотической субкультуры в процессе формирования подростковой наркозависимости проявляется в двух основных направлениях. Во-первых, снижается «порог страха» перед употреблением ПАВ. Во-вторых, происходит привлечение подростков и молодых людей к продаже наркотиков.

#### Литература

1. Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология: Руководство для врачей. — Л.: Медгиз, 1991.
2. Профилактика наркозависимости среди молодежи: Научно-методический сборник / Под ред. В. П. Соломина. — СПб.: Изд-во «Союз», 2004.
3. Тихомиров С. М. Компоненты субкультуры наркотизма как объект профилактики потребления наркотиков / Профилактика потребления психоактивных веществ. 1-я Международная научно-практическая конференция. Тезисы. СПб., 2002. С. 106—113.
4. Шабалина В. В. Зависимое поведение школьников. Психологическое консультирование школьников и их родителей по проблеме зависимого поведения. — СПб.: Медицинская пресса, 2001.

### 1. Лечение алкоголизма и алкогольных расстройств

**1.1. Алкогольное опьянение.** Лечение алкогольного опьянения включает в себя применение средств детоксикации и средств метаболической коррекции (восстановление метаболизма клеток головного мозга и печени). Необходимость применения данных средств возникает в случае тяжелого алкогольного опьянения, легкие и среднетяжелые формы в терапии не нуждаются. Лечение проводится стационарно в течение 2-х сут. С целью детоксикации внутривенно капельно применяются полиионные смеси (декстран 40, декстран 70, поливидон, три-соль, хлосоль), физиологический раствор, 5% раствор глюкозы. Суточный объем жидкости равен 400—800 мл, максимальный объем — 1200 мл. Детоксикация включает также внутривенное введение 40% раствора глюкозы 10 мл и 30% раствора тиосульфата натрия 10—20 мл, внутримышечно используется 5% раствор унитиола 5—10 мл. С целью метаболической коррекции используются витамины (5% раствор пиридоксина 10 мл внутримышечно, 5% раствор тиамина хлорида 2—4 мл, 1% раствор никотиновой кислоты 1—2 мл внутримышечно, 5% раствор аскорбиновой кислоты 5—10 мл внутривенно с глюкозой), ноотропы (20% раствор пирацетама 5—15 мл внутримышечно или внутривенно с глюкозой, раствор глиатилина 4 мл внутривенно медленно или внутримышечно), гепатопротекторы (гептрал 5—10 мл, цитохром С 10—20 мл внутривенно капельно с 500 мл физраствором или 5% раствором глюкозы). Применяется одно из аналептических средств: никетамид, сульфокамфокаин, кофеин-бензоат натрия, дигоксин, строфантин.

При оказании помощи больным с тяжелым алкогольным опьянением в условиях реанимации вышеле перечисленные средства применяются в комплексе со следующими неотложными мероприятиями: восстановление проходимости дыхательных путей, снятие отека дыхательных путей (ингаляционное введение преднизолона и гидрокарбоната натрия), ингаляция кислорода, коррекция кислотно-щелочного равновесия (внутривенно 3—4% раствор гидрокарбоната натрия), промывание желудка, ИВЛ, сердечно-легочная реанимация и др.

## 2. Лечение алкоголизма.

**2.1. Злоупотребление алкоголем (донозологическая стадия алкоголизма, бытовое пьянство).** Терапия проводится в амбулаторных условиях в течение 10 дней. Используются витамины (внутримышечно: тиамин 25—50 мг, пиридоксин 50—150 мг, цианокобаламин 100 мкг, внутривенно аскорбиновая кислота 250—500 мг с глюкозой, перорально ретинол 5 тыс. МЕ), ноотропы (пиррацетам внутримышечно или внутривенно, пикамилон внутримышечно или перорально 0,04—0,06) эссенциале перорально 4—6 капс., церебролизин внутривенно по 5—10 мл. Для коррекции психических нарушений применяются: нитразепам, феназепам, реладорм. Используются средства физиотерапии (электро-транквилизация и др.), рациональная и суггестивная психотерапия.

**2.2. Начальная стадия алкоголизма.** В фазе обострения лечение проводится стационарно в течение 15 сут или амбулаторно в течение 25 сут. Детоксикация проводится ежедневно в течение 5—7 дн. Используются те же средства детоксикации, витаминотерапии, ноотропного лечения, что и при лечении тяжелого алкогольного опьянения. 40% раствор глюкозы вводят внутривенно вместе с 3—7 мл 25% раствора сульфата магния. Коррекцию сосудистых нарушений проводят аналептическими средствами. В качестве средств, подавляющих патологическое влечение к алкоголю используются антиконвульсанты (карбамазепин, вальпроевая кислота), нейролептики (тиоридазин, перидиазин, хлорпротиксен), антидепрессанты (пароксетин, миансерин, тианептин).

В фазе поддерживающего лечения в первую очередь применяются средства, подавляющие патологическое влечение к алкоголю: нейролептики (клозапин, перфеназин, флюфеназин, сульпирид, перидиазин), антидепрессанты (пипофезин, имипрамин, мапротилин, миансерин, пароксетин, тианептин), антиконвульсанты (карбамазепин, вальпроевая кислота), бромокриптин. Используются также средства, сенсбилизующие организм к алкоголю (нитрофурантоин, метронидазол, дисульфирам). Применяются физио- и психотерапия (семейная, поведенческий контракт, рациональная, групповая дискуссионная, эмоционально-стрессовая, гипнотерапия, суггестия на фоне электротранквилизации, аутотренинг). Поддерживающее лечение проводится в амбулаторных условиях в течение 60 сут.

**2.3. Средняя стадия алкоголизма.** Основной целью терапии алкоголизма 2 стадии в период обострения является купирование алкогольного абстинентного синдрома. Терапия различается в зависимости от его степени тяжести (см. таблицу 8).

Критерии тяжести алкогольного абстинентного синдрома

Степень тяжести	Клинические проявления
Легкая	астения, потливость, прерывистый сон, плохой аппетит, легкий тремор рук, пониженное настроение, контролируемое влечение к алкоголю
Среднетяжелая	разбитость, слабость, потливость, сердцебиение, головное влечение, головная боль, беспокойный сон, отсутствие аппетита, жажда, метеоризм, подавленность, раздражительность, тревога, тремор рук, век, языка, активное влечение к алкоголю
Тяжелая	Резкая слабость, затрудненный контакт, бессонница, ночные страхи, эпилептические иллюзии и галлюцинации, идеи виновности и отношения, головная боль, головокружение, гиперемия лица, сильный тремор всего тела, тревога, двигательное беспокойство, профузный пот, сердцебиение, тошнота, сильное влечение к алкоголю

**2.3.1. При легком абстинентном синдроме** возможно как амбулаторное (длительность 20 сут), так и стационарное лечение (длительность 15 сут). Применяются те же детоксикационные средства и витамины, что и при тяжелом алкогольном опьянении. Внутривенные средства детоксикации вводятся не менее 3-х дн. В качестве дегидратационных средств при амбулаторном лечении используют фурасемид или триампур, при стационарном кроме указанных средств внутривенно вводят 25% раствор сульфата магния 5—10 мл с глюкозой, аспарагинат калия и магния. Для снижения патологического влечения к алкоголю используются транквилизаторы (нитразепам, феназепам, реладорм), антиконвульсанты (карбамазепин, соли вальпроевой кислоты), нейролептики (тиоридазин, перидиазин). При стационарном режиме со 2-й нед терапии используются антидепрессанты (пимозид, перфеназин, пароксетин, тианептин, миансерин). В схему лечения включены физио- и психотерапия. Используются методики, применяемые для терапии начальной стадии алкоголизма.

**2.3.2. При среднетяжелом абстинентном синдроме** показано стационарное лечение в течение 20 сут. При этом схема, используемая для лечения легкого ААС, дополняется введением гепатопротекторов (эссенциале, хофитол) и ноотропов (пиррацетам, пикамилон, гопантеновая кислота, пиритинол).

**2.3.3. Для лечения тяжелого абстинентного синдрома** также используется стационарный режим (длительность — 25 сут). Схема лечения такая же, как и при среднетяжелом ААС. Внутривенная детокси-

кация проводится в течение 5—7 дн. Кроме нее применяются некоторые немедикаментозные средства: обильное питье, очистительная клизма, аферезные методы детоксикации (плазмаферез 1—3 раза), поперхонная кранио-церебральная гипотермия (ПКЦГ).

Поддерживающее лечение осуществляется амбулаторно в течение 25 сут. В качестве средств, подавляющих патологическое влечение к алкоголю назначаются нейролептики (клозапин, перициазин, перфеназин, сульпирид), бромокриптин (2,5 мг 2 раза в день), антидепрессанты (миансерин, пароксетин, тианептин), антиконвульсанты (карбамазепин, вальпроат натрия). Используются также средства сенсibilизации к алкоголю, как нитрофурантоин, метронидазол, дисульфирам, никотиновая кислота. Для коррекции бессонницы применяются транквилизаторы (нитразепам, феназепам, реладорм). В схему лечения входят также витамины (тиамин, пиридоксин, цианокобаламин, аскорбиновая кислота, никотиновая кислота), гепатопротекторы (холензим, эссенциале), ноотропы (пирацетам, пиритинол, гамма — аминomásляная кислота, пикамилон, гопантеновая кислота).

**2.4. Конечная стадия алкоголизма.** В период обострения применяются те же средства внутривенной детоксикации, витамины, ноотропы, транквилизаторы, что и для лечения среднетяжелого ААС на 2-й стадии алкоголизма. В качестве мочегонных назначаются внутривенно маннитол, внутримышечно или перорально фуросемид. Применяются сердечные гликозиды (дигоксин, строфантин), антиаритмические средства (пропранолол, амиодарон), гипотензивные (клонидин, папаверин), аналептики (никетамид, сульфоксамфокаин), спазмолитики (пентоксиллин, нитроглицерин пролонг, нифедипин). Из немедикаментозных средств используются очистительная клизма, плазмаферез, электро-транквилизация (ЛЭНАР). Длительность стационарного лечения 30 сут.

В период ремиссии применяются средства, подавляющие патологическое влечение к алкоголю: нейролептики (в стационаре — пимозид, флюфеназин, перфеназин; амбулаторно — сульпирид, тюрридазин, перициазин), антидепрессанты (пароксетин, миансерин, тианептин); бромкриптин, антиконвульсанты (карбамазепин, вальпроовая кислота). Используются витамины, ноотропы, гепатопротекторы принципиально схожи с таковыми при поддреживающем лечении 2-й стадии алкоголизма. Среди средств сенсibilизации к алкоголю применяются дисульфирам (имплантация), метронидазол, нитрофурантоин, никотиновая кислота. Немедикаментозное лечение представлено аутогемотерапией, методиками эмоционально-стрессовой психотерапии. Длительность лечения в стационаре — 15 сут, затем амбулаторно — 30 сут.

**2.5. Алкогольный делирий (белая горячка, состояние отмены с делирием).** По сравнению с вышеуказанной схемой введения детоксикационных средств, мочегонных, ноотропов, витаминов, антиконвульсантов, средств немедикаментозной детоксикации (см. лечение среднетяжелого ААС при алкоголизме 2-й стадии) применяются глюкокортикоиды (внутривенно или внутримышечно гидрокортизон, преднизолон), средства купирования возбуждения и бессонницы (оксидбутират натрия 100 мг/кг внутривенно струйно медленно, внутривенно тиопентал натрия, внутримышечно диазепам). Длительность стационарного лечения 7—12 сут.

В условиях реанимации указанные средства применяются в комплексе со следующими мероприятиями: ингаляция кислорода (через носовой катетер или маску), снятие отека верхних дыхательных путей (ингаляционное введение преднизолона и гидрокарбоната натрия), коррекция кислотно-щелочного равновесия и др.

**2.6. Острый и подострый алкогольный галлюциноз.** Применяется стандартная схема детоксикации, витаминов, транквилизаторов, ноотропов (см. лечение среднетяжелого ААС при алкоголизме 2-й стадии). Используются нейролептики (галоперидол, трифлуоперазин, хлорпромазин, левомепромазин, перфеназин, с 8-го дня после отмены алкоголя — клозапин). При тенденции к затяжному течению галлюциноза применяется неспецифическая стимуляция: аутогемотерапия, внутримышечно пирогенал, подкожно экстракт алоэ. Длительность стационарного лечения — до 20 дн.

**2.7. Схема лечения алкогольного параноида** совпадает с лечением алкогольного галлюциноза. Длительность стационарного лечения — до 30 дн.

**2.8. Алкогольный амнестический синдром (корсаковский психоз).** По сравнению со схемой лечения алкогольного делирия добавляются сосудистые средства: винпоцетин внутримышечно или перорально, циннаризин перорально. При тенденции к затяжному течению применяется неспецифическая стимуляция: аутогемотерапия, внутримышечно пирогенал, подкожно экстракт алоэ. Длительность стационарного лечения — до 40 дн.

**2.9. Особенности терапии алкоголизма у детей и подростков.**

**2.9.1. Алкогольное опьянение.** Промывание желудка проводится 2% раствором бикарбоната натрия. Детоксикация осуществляется внутривенным капельным введением раствора глюкозы 5—10% (или ацесоль, дисоль, гемодез). Внутривенно вводится аскорбиновая кислота 5% (1 мл на 10 кг веса тела) вместе с 40% глюкозой 20 мл.

Применяется хлорид кальция (или глюконат кальция), панангин (необходим при назначении бикарбоната натрия). Для коррекции метаболических нарушений используется эссенциале форте 5—10 мл (вводится внутривенно 2 раза в сутки, препарат разбавляют в шприце кровью). При тяжелом опьянении вводятся глюкостероиды. Для детей и подростков противопоказаны антигистаминные препараты, антидепрессанты, сердечные гликозиды, транквилизаторы.

**2.9.2. Лечение постинтоксикационного состояния и алкогольного абстинентного синдрома.** Коррекция водно-электролитных нарушений проводится в зависимости от вида дегидратации. Различают гипертоническую и гипотоническую дегидратации.

Гипертоническая дегидратация возникает вследствие потери жидкости. Она встречается при алкогольном абстинентном синдроме легкой степени, клиническими проявлениями которого являются: жажда, беспокойство, сухость кожи и слизистых, диспепсия, олигоурия. Схема терапии включает инфузию 5% раствора глюкозы (или раствор Рингера, лактосоль, ацесоль), после чего внутривенно вводится 40% раствор глюкозы и 5% аскорбиновая кислота 5—10 мл, 2% или 5% раствор тиамин хлорида (или тиамин бромид 3%, кокарбоксилаза) внутривенно 2 мл с 2% раствором рибоксина на 5% растворе глюкозы. После инфузии 5% раствора глюкозы вводят гемодез 400 мл. В течение 7 дней назначают пирроксан 0,015—0,03 (1—2 табл.) 3 раза в день.

Гипотоническая дегидратация возникает вследствие потери ионов (натрия, калия, магния, кальция), вследствие чего возникает аритмия, одышка, колебание АД. Данный тип дегидратации встречается при тяжелом алкогольном абстинентном синдроме, для которого характерны: тошнота, рвота, гипергидроз, неврологическая симптоматика, похудание. Инфузионная терапия гипотонической дегидратации включает применение вначале гипертонических, затем изотонических растворов. В 1-й день лечения вводят раствор бикарбоната натрия 3% и раствор глюкозы 5% (в пропорции 1:1). Со 2-го дня лечения применяются трисоль, лактосоль, раствор Рингера, «Регидрон».

**2.9.3. Лечение патологического влечения к алкоголю.** Медикаментозная коррекция направлена на такие проявления патологического влечения к алкоголю, как аффективные нарушения (дистимия, дисфория), нарушения сна по типу диссомнии. С этой целью используются дифенин 0,1 (по 1/3 — 1/4 табл. 3 раза в день 2-3 мес с постепенной отменой), финлепсин 100—200 мг 2 раза в день в течение 20 дн. и более, коаксил 12,5 мг 3 раза в день в течение 1—1,5 мес, сертралин

25—50 мг/сут в течение 2—3 мес (дозу увеличивают вдвое через 2 нед от начала терапии), неулептил 10—15 мг/сут в течение 1—3 мес, соннапакс 25 мг 3 раза в день, хлорпротиксен 15—30 мг/сут, глицин по 0,1 (сублингвально за 30 мин до еды) 3 раза в день в течение 1 ме с и др.

## **2.10. Компендиум основных методов лечения алкоголизма.**

**2.10.1. Условно-рефлекторная терапия.** Метод предложен И. Ф. Случевским. Целью терапии является выработка аверсионного синдрома (синдрома отвращения) по механизму условного рефлекса. Используются такие средства, как апоморфин или отвар баранца. К недостаткам метода относится непродолжительность действия. Метод наиболее эффективен в 1 стадии алкоголизма.

**Лечение апоморфином.** На 1-м этапе апоморфин вводится подкожно (0,5% раствор 0,2 мл). Ожидаемыми клиническими эффектами являются гиперсаливация, тошнота, ощущение жара, гиперемия лица, головокружение, раздражение верхних дыхательных путей, гипергидроз, тахикардия, снижение АД. Эти эффекты возникают через 3 мин. На 2-м этапе больной принимает 30—50 мл алкоголя. В течение 5—20 мин возникает ожидаемый клинический эффект — рвота.

Терапия проводится ежедневно в течение 15—25 дней. Дозу апоморфина повышают по мере возрастания продолжительности лечения от 0,2 мл до 1 мл. При выраженном коллаптоидном состоянии дозы апоморфина снижают, а перед сеансом подкожно вводят 2 мл 25% раствора кордиамина.

Противопоказания лечения апоморфином является предынфарктное и постинфарктное состояние, сосудистое заболевание головного мозга, язвенная болезнь.

**Лечение отваром баранца.** За 2—3 час до начала терапии больной принимает пищу. После приема пищи больному дается теплое питье 0,8—1 л. Через 2—3 час после этого больной выпивает 150—170 мл 5—10% отвара баранца. После этого принимается алкоголь в количестве 30—50 мл. Ожидаемый клинический эффект — рвотный. При коллаптоидном состоянии подкожно вводится 2 мл 25% раствора кордиамина или 1—2 мл 10—20%-го раствора кофеина подкожно. Терапия проводится 2 раза в неделю. Курс составляет 4—5 сеанса.

**2.10.2. Плацебо-терапия.** Является разновидностью метода опосредованной психотерапии. Механизм действия плацебо-препарата основан на высоком авторитете врача и вере пациента в эффективность используемого средства. Обязательным условием плацебо-терапии является строгая секретность от пациента ее сути.

Плацебо-препарат может вызывать ряд кратковременных неспецифических клинических эффектов. К ним относятся: гиперемия, ощущение жара, тахикардия, тошнота, гипертермия и др. Плацебо-терапия обязательно сопровождается суггестивным запретом на употребление алкоголя и внушением его вредного воздействия на организм.

**2.10.3. Сенсбилизирующая терапия.** Применение сенсбилизирующих средств вместе с алкоголем вызывает тягостные побочные действия, к которым относятся артериальная гипотензия, тошнота, рвота и др. Целью терапии является выработка страха перед приемом алкоголя. Чаще всего используются метронидазол, фуразолидон, никотиновая кислота, циамид.

Метронидазол (трихопол, флагил). Применяется перорально в дозе 1,2–2,5/сут на 3 приема в течение 8–10 дней.

Фуразолидон. Применяется перорально после еды в дозе 0,1–0,2/сут (в табл. 0,05) на 3–4 приема в течение 8–10 дней.

Никотиновая кислота. Применяется перорально после еды в дозе 0,1–0,15/сут (в табл. 0,05) на 2–3 приема 20–30 нед.

Циамид (темпозил). Применяется перорально в дозе 0,5 2 р/сут в течение 8–10 дней.

**2.10.4. Аналептическая терапия.** Проводится в период абстиненции. Цель терапии коррекция нарушений сердечно-сосудистой и дыхательной системы в период алкогольной абстиненции. Для этого применяется 0,1–0,2 кофеин-бензоата натрия перорально 3–4 раза в день и подкожно по 1–2 мл 10% раствора. Одновременно назначается кордиамин 1–2 мл 25% раствора подкожно. Длительность лечения составляет 2–4 дня.

При выраженных нарушениях сердечно-сосудистой системы назначаются 2 мл 10% раствора сульфоксамфокаина подкожно, внутримышечно или внутривенно в сочетании с 1 мл 1% раствором цититона внутримышечно и 1 мл 1% раствора лобелина внутримышечно и сердечными гликозидами (коргликон, строфантин).

**2.10.5. Пирогенная терапия.** Целью терапии является прерывание запоя. Противопоказание связано с риском развития алкогольных психозов. Схема терапии включает в себя назначение пирогенала ежедневно внутримышечно в нарастающих дозах: 500–750–1000–1250–1500. Возможно использование сульфозина 0,37% раствор серы в персиковом масле ежедневно 5–6–7 мл.

**2.10.6. Средства, подавляющие патологическое влечение к алкоголю:**

- Налтрексон (антаксон) — 50 мг 1 р/д 1 мес.

- Антидепрессанты: амитриптилин (25–150 мг), феварин (флувоксамин) 100–200 мг/с н/ночь, триптоко (тразодон) 50–150 мг на 3 приема, леривон (миансерин) — 60–90 мг/с, ремерон (миртазапин) 30 мг/с.

- Нейролептики: неупелтил, соналакс, терален, хлорпротиксен, этаперазин, флюанксол, модитен-дело.

- Антиконвульсанты: финлепсин 300–600 мг/сут.

- Парлодел (бромкриптин) 1,25–3,75 мг/сут 2–3 раза (табл 2,5 мг). Препарат относится к катехоламинам, является антагонистом дофаминных рецепторов.

- Кампрал (акампрозат) 2 табл. (по 333 мг) 3 раза в день в течение 1 года.

- Нейролептиды (холецистокинин): панкреозимин, такус.

- Гомеопатия: пропротен 100.

**2.10.7. Средства, купирующие вегетативные проявления абстинентного синдрома.** Используются адреноблокаторы: пирроксан 1–3 мл 1% раствора 2–6 раз в сут (табл. по 0,03 2–4 раза в сут), бутироксан (2 мл 1% раствора через каждые 4 часа подкожно или внутримышечно 2 сут и более)

**2.10.8. Ноотропы:** пирацетам, энцефабол, гаммалон, пирамилон, глицин и др.

**2.10.9. Средства метаболической терапии**

**Унитиол.** Относится к тиоловым соединениям. Пероральной формой является препарат Р-икс1 (димеркапрол). Препарат назначается с 1-го дня абстинентного синдрома на фоне комплексной дезинтоксикационной терапии. При легком абстинентном синдроме назначается 250 мг/сут (1 капсула). При среднетяжелом — 500 мг/сут в течение 5–7 дней.

**Зорекс.** Препарат включает в себя унитиол и пантотенат кальция. Выпускается в капсулах по 150 и 250 мг. Принимается перорально за 30 мин до еды.

**Метадоксил.** Представляет собой сочетание пиридоксина и пиридола карбоксилата. Механизм действия связан с повышением содержания АТФ в печени, восстановлением уровня глутатиона в тканях и коррекцией др. биохимических нарушений, сопровождающих алкоголизм.

Препарат назначается в первые 3–5 дней внутривенно капельно в количестве 5 мл (300 мг). Далее в таблетках по 500 мг 3 раза в день в течение 10 дней. В дальнейшем по 1 таблетке 2 раза в день в течение 2-х мес.

**2.10.11. К немедикаментозным методам относятся методы экстракорпоральной детоксикации (гемодиализ, гемосорбция, плазмо-**

сорбция, лимфосорбция, плазмоферез), краниocereбральная гипотермия, иглорефлексоотерапия (акупунктура), физиотерапия (ванны, транскраниальный электрофорез с солями лития или сульфатом магния, латеральная субсенсорная электростимуляция, электросон).

**2.10.12. К наиболее распространенным психотерапевтическим методам лечения алкоголизма относятся:**

- суггестивные методики: психотерапевтическая триада В. М. Бехтерева, аутогенная тренировка, методика «внушение сна»;
- эмоционально-стрессовые методики: коллективная эмоционально-стрессовая гипнотерапия В. Е. Рожнова, стрессолсихотерапия алкоголизма («кодирование» по Довженко), массовая эмоционально-эстетическая психотерапия Григорьева;
- поведенческие и когнитивно-поведенческие методики. Их общая цель — отказ от употребления алкоголя путем замены др. формами поведения. Разновидностью когнитивно-поведенческой психотерапии является «тренинг навыков»;
- методики развития личности (лично-ориентированная терапия);
- методики рациональная психотерапия (разъяснение сути заболевания).

## 2. Лечение (героиновой) наркомании

Опийное опьянение легкой и среднетяжелой степени в специальной терапии не нуждается.

**2.1. Лечение тяжелой опийной опьянения.** Основным средством лечения является специфический антагонист опиатных рецепторов быстрого действия — налоксон. Дополнительно назначается сульфоксамфокаин или кофеин внутривенно, внутримышечно или подкожно. С целью детоксикации вводят плазмозамещающие растворы (декстран 70, декстран 40, хлосоль, трисоль и др.), раствор глюкозы 5–10%, препараты кальция и калия (хлорид кальция 10%, глюконат кальция 10%, хлорид калия 1% и др.), витамины (С, В1, В6, В12, никотиновая кислота), пирарцетам, эссенциале, сердечные гликозиды. Длительность лечения — 2–3 сут.

### 2.2. Лечение опийной (героиновой) наркомании.

Общими принципами лечения опийной (героиновой) наркомании являются:

#### 1. В период абстинентного синдрома:

- 1) терапия патологического влечения к наркотикам. Для этой цели используются седативные нейролептики с невыраженным нейролептическим побочным действием и антидепрессанты различных классов.

- 2) купирование диссомнии. Применяются седативные нейролептики и транквилизаторы-гипнотики.

- 3) купирование алгического синдрома. Используются нестероидные противовоспалительные средства.

- 4) купирование вегетативных нарушений. Применяются центральные альфа-адреномиметики, периферические адренолитики, транквилизаторы с вегетостабилизирующим действием, антиконвульсанты.

- 5) длительность лечения при легком абстинентном синдроме составляет 3–5 суток, при среднетяжелом — не менее 7 суток, при тяжелом — 10–12 суток.

#### 2. В период постабстинентного синдрома:

- 1) Основной мишенью терапии является купирование патологического влечения к наркотикам. С этой целью пациент продолжает получать седативные нейролептики с невыраженным нейролептическим побочным действием. Для терапии аффективных нарушений, сопровождающих патологическое влечение к наркотикам, используются антидепрессанты различных классов.

- 2) Дополнительными средствами лечения являются ноотропы, analeптики, препараты калия, витамины, антиаритмические средства и др.
- 3) Длительность лечения составляет 21 день.

#### 3. Противорецидивная терапия в период ремиссии:

- 1) для профилактики развития рецидивов назначают антидепрессанты и антиконвульсанты;

- 2) дополнительными средствами являются ноотропы;

- 3) длительность терапии составляет 6–8 месяцев.

### 2.3. Противорецидивная терапия опиатной (героиновой) наркомании антагонистами опиатных рецепторов.

**2.3.1. Ранняя противорецидивная терапия.** Представляет собой методику ускоренной и сверхускоренной детоксикации. Ускоренная детоксикация проводится в первые 1–3 сут. после отмены наркотиков, сверхускоренная — в первые 6–12 час.

**Общая характеристика методик.** Применяется блокатор опиатных рецепторов короткого действия — налоксон. Проводится под наркозом с использованием ИВЛ в связи с тяжелыми побочными действиями — тахипноэ, респираторный алкалоз, гипергидроз и др. Преимуществом методики является отсутствие у пациентов тягостных проявлений абстинентного синдрома. Налоксон применяется в комплексе с клонидином и бенздиазепинами. Ожидаемыми эффектами терапии являются: 1) редукция в короткие сроки (1–3 сут) основных проявлений абстинентного синдрома; 2) быстрое снижение фармако-

логической толерантности к опиатам; 3) возможность проведения поздней противорецидивной терапии налтрексоном.

Противопоказаниями для проведения УД являются полинаркомания, беременность или грудное вскармливание, соматические заболевания в стадии декомпенсации, 4-я степень анестезиологического риска (оценивается по специализированной шкале).

**2.3.2. Поздняя противорецидивная терапия.** Метод впервые предложен более четверти века назад L. Wickler. Является в настоящий момент единственным патогенетическим методом лечения опиоидной наркомании, используемым в РФ. Проводится блокатором опиатных рецепторов длительного действия — налтрексоном. Применение метода основано на физиологической концепции «мотивационного блокирования». Согласно ей в результате применения налтрексона блокируется эйфорический эффект опиатов, что приводит к снижению патологического влечения к наркотикам.

**Клиническое действие налтрексона.** Гидрохлорид налтрексона (антаксон) относится к блокаторам опиатных рецепторов длительного действия, продолжительность клинического действия составляет 24 часа. Механизм действия связан с блокадой фармакологического эффекта экзогенно введенных опиатов посредством конкурентного связывания опиатных рецепторов. Вызывает стойкую и качественную ремиссию опиоидной наркомании при выполнении всех условий противорецидивной терапии. Не обладает наркотическим эффектом (в редких случаях отмечается стимуляция опиатных рецепторов, и у больных возникает миоз).

Препарат назначается перорально с момента купирования острой симптоматики абстиненции с 5-14 дня после полной отмены наркотиков. В 1-ю неделю пациенты принимают по 50 мг (1 капсула) ежедневно. В дальнейшем — 3 раза в неделю по схеме 100—100—150 мг. Условьями проведения противорецидивной терапии являются заинтересованность пациента в лечении, контроль за приемом препарата, участие в реабилитационной программе. Существует пролонгированная форма налтрексона — продетоксон (таблетки для имплантации).

Перед началом терапии предварительно проводится налоксоновый тест (для подтверждения редукции симптомов абстиненции). Вводится налоксон 0,2—0,4 мг внутривенно, внутримышечно или подкожно. Пробу повторяют через 15—30 мин. Наличие признаков абстинентного синдрома (мидриаз, тахипноз, ринорея, потоотделение) является противопоказанием для последующего проведения налтрексоновой терапии.

У детей и подростков блокаторы опиатных рецепторов не применяются.

### Литература

1. Бутров А. В., Гофман А. Г., Цимбалов С. Г. Купирование опиоидного абстинентного синдрома антагонистами опиатов под общей анестезией. Посobie для врачей. — М., 2000. — 20 с.
2. Иванец Н. Н., Винникова М. А. Героиновая зависимость (клиника и лечение постабстинентного состояния). — М.: Медпрактика-М, 2001. — 128 с.
3. Иванец Н. Н., Винникова М. А., Жиров И. В., Небаракова Т. П., Борисов Д. В. Метадоксил в комплексной терапии больных с алкогольной зависимостью (сравнительное исследование) / Вопросы наркологии. — 2005. № 2. — С. 10—19.
4. Лобачев А. С., Рослова М. А., Басманова Т. Б. Препарат Р-икс1 в комплексном лечении алкогольного абстинентного синдрома. / Вопросы наркологии. 2005. № 1. С. 21—29.
5. Минко А. И., Линский И. В. Наркология. — 2-е изд., испр. и допол. — М.: Изд-во Эксмо, 2004. — 736 с.
6. Найденова Н. Г. Терапия зависимостей у подростков / Вопросы наркологии. 2005 №№ 4—5. С. 30—37.
7. Полятыкин С. А., Рассадина Н. А., Виноградова А. В. Опыт применения препарата антаксон в наркологической практике. — М., 1999. — 22 с.
8. Приказ МЗ РФ № 140 от 28.04.1998 г. «Об утверждении стандартов (моделей протоколов) диагностики и лечения наркологических больных».
9. Сиволап Ю. П., Савченко В. А. Фармакотерапия в наркологии. Под ред. Н. М. Жарикова. — М.: Медицина, 2000. — 352 с.
10. Шабанов П. Д. Руководство по наркологии. 2-е изд. — СПб.: Изд-во «Лань», 1999. — 352 с.
11. Этинг Г. М. Лечение алкоголизма. — М.: Медицина, 1990. — 416 с.



в отношении наркотиков. К ним относятся решение Шанхайской опийной комиссии (1909), решение Гаагской международной конференции (1911—1912 гг.) и «Закона Гаррисона» (1914). Последний связан с запретом свободного оборота большинства наркотических средств в США и, в первую очередь, кокаина. Внедрение первых антинаркотических программ относится к 30-м гг. 20 века.

В истории первичной профилактики употребления ПАВ условно можно выделить 3 этапа:

**1) наглядно-агитационный этап.** Характерен для 30—40 гг. 20 века. В рамках данного подхода профилактика понимается как система запретов и наказаний. Профилактические программы носят характер наглядной агитации (санпросвещение). Основная цель профилактического подхода — выработка страха перед приемом наркотиков (например, фильм «Безумие косяка» в США).

**2) этап информационного подхода.** Характерен для 60-х гг. — эпохи либерализации нравов. Основной принцип подхода — сообщение полной информации о ПАВ, механизмах их действия на организм, последствиях наркотизации для предоставления права самостоятельного выбора в отношении приема ПАВ. При изложении информации соблюдается принцип объективности и правдивости. Например, запрещается преувеличение негативных последствий приема ПАВ, так как это приводит к потере доверия у подростков к профилактическим мерам.

**3) этап выработки «навыков противостояния».** Характерен для 80-х гг. Широко используется в настоящее время в десятках стран мира. Профилактические мероприятия носят всеобщий государственный характер, опираются на поддержку известных политиков (например, программа «Просто скажи нет» введена по инициативе Нэнси Рейган). Главный принцип программ — полный отказ от наркотиков посредством выработки т. н. «навыков противостояния». Методики включают в себя групповой тренинг учащихся с целью повышения самооценки и самоконтроля. Они применяются начиная с младшего школьного возраста, носят дифференцированный характер в зависимости от возрастного контингента. Разработаны критерии эффективности вложенных в программы средств. Проверяется долгосрочность эффективности вкладываемых средств.

**1.4. Основные направления первичной профилактики.** К ним относятся:

1. Снижение предложения ПАВ (supply reduction). Осуществляется законодательными и правоохранительными органами, активно используемые запретительные методики.

2. Снижение спроса на ПАВ (demand reduction). Используются образовательные методики, формирующие потребность в здоровом образе жизни.

**1.5. Первичная профилактика как разновидность социальной технологии.** Первичная профилактика злоупотребления ПАВ представляет собой разновидность социальной технологии, т. е. метода управления социальными процессами в обществе. В данном случае речь идет о латентных процессах распространения наркотизма и управления профилактическими программами. Для реализации задачи первичной профилактики в первую очередь используются т. н. «стимулирующие» технологии (технологии, направленные на преобразование и развитие социальных систем) и «деструктивные» технологии (технологии, направленные на преодоление нежелательных явлений).

Выделяют 4 этапа в процессе проведения первичной профилактики: 1) маркетинг профилактической программы — определение т. н. «целевых» групп, т. е. объекта первичной профилактики; 2) проведение мер, направленных на снижение спроса и снижение предложения; 3) координация взаимодействия различных учреждений, ведомств и специалистов, создание единого регионального координационного центра профилактики наркотизма; 4) контроль эффективности принимаемых технологий профилактики наркотизма.

**1.6. Концепция «Запретительной антинаркотической системы».** Включает 2 основных направления антинаркотической работы: 1) политику общественной безопасности. Она исходит из посылки об угрозе наркотиков обществу по порядку; 2) политику общественного здоровья. Основывается на угрозе наркотиков здоровью. Политика общественного здоровья включает в себя профилактику наркоманий в виде воспитания, обучения, информационной политики, пропаганды здорового образа жизни, а также лечение наркоманов и возвращение их в общество.

**1.6.1. Краткая история «Запретительной системы».** Первым этапом истории «Запретительной системы» является движение за трезвость, широко распространенные в Англии, Ирландии и США в виде Лиги трезвости. Например, в 19 веке существовало квакерское Англо-восточное общество, выступавшее за прекращение торговли опиумом. В США действовали «Антисалунные лиги», по инициативе которого установлен антинаркотический запретительный режим и создана Шанхайская опийная комиссия (1909). В 1919 г. принята 18 поправка к американской Конституции, запрещающая производство, перевозку и продажу напитков, содержащих более 1% алкоголя.

В России «Запретительная система» распространялась благодаря деятельности Г. Р. Державина, Н. А. Добролюбова, Ф. М. Достоевского, Л. Н. Толстого («Для чего люди одурманиваются?», «Пора опомнитесь» и др. произведения). На первом плане у обществ борьбы за трезвость стояли моральные аргументы недопустимости употребления алкоголя.

### **1.6.2. Психолого-медицинские обоснования «Запретительной системы»**

**1. Теория наркотической «эпидемии»** (Г. Нагас). Основана на положении, что природное стремление человека использовать наркотики для достижения состояния эйфории усугубляется социальным контекстом их употребления. Отсюда вытекает мнение о «заразности» наркомании.

**2. Теория «прозелитизма».** В теологии под «прозелитизмом» понимается обращение в веру тех, кто к ней не принадлежит. Согласно этой теории, процесс активного вовлечения в процесс наркотизации сопровождается созданием иерархии взаимоотношений по типу «ученик-учитель». Адептами наркомании активно создается образ «героя», употребляющего наркотики. Рождаются мифы о том, что «употребление наркотиков уводит корни в древность» (т. н. «историко-социальная обусловленность наркотизации»).

**3. Теория «трамплина»** («эскалации»). Основывает на положении, что употребление «легких» наркотиков (напр., конопля) является обязательным этапом перехода к употреблению более «сильных» наркотиков (героин).

**1.6.3. Принципы работы «Запретительной системы».** Основным принципом является воздействие на баланс «спроса-предложения» на наркотики путем сокращения последнего. Данный принцип осуществляется посредством работы правоохранительных органов по уничтожению каналов поставки наркотиков и крупных дилеров. Кроме этого, ограничивается контакт с представителями некоторых этнических меньшинств, в культуре которых закреплено употребление ПАВ.

**1.7. Дискуссионные проблемы первичной профилактики.** Основной дискуссионной проблемой является отсутствие четкой позиции в отношении употребления алкоголя в России и употребления марихуаны в Европе и в странах Северной Америки. Различие концептуальных подходов к первичной профилактике обусловлено разным пониманием ее конечных целей. Так, в Голландии целью является снижение риска потребления «тяжелых» наркотиков (Голландия). В Великобритании во главу угла поставлено т. н. «безопасное» употреб-

ление, подразумевающее знание о вреде и юридических последствиях употребления ПАВ.

В России и США главным принципом профилактики является полный отказ от немедикаментозного потребления ПАВ, которые не подразделяются на «легкие» и «тяжелые», «легальные» и «нелегальные».

В отношении употребления алкоголя существует основных 2 подхода. Первый подразумевает ориентацию на абсолютную трезвость. Второй пропагандирует призыв к умеренному употреблению и базируется на принципе безвредности малых доз алкоголя. Противники абсолютной трезвости опираются на положение «антропологической» наркологи, согласно которой историю человечества невозможно представить без «питейных» традиций.

В любом случае оба из указанных направлений профилактики профилактики знают необходимость решения 2-х важных задач. Во-первых, это отсрочка возраста начала приобщения к алкоголю. И, во-вторых, это снижение количества потребления алкоголя в зрелом возрасте.

### **2. Профилактические программы.**

**2.1. Основные подходы к созданию профилактических программ.** Выделяют 6 основных подходов к созданию профилактических программ. Информационный подход подразумевает информирование об опасных воздействиях социальной среды. Эмоциональный подход предполагает использование особой художественной формы профилактики, доступной для понимания. Подход, основанный на влиянии социальных факторов, подразумевает формирование жизненных навыков, обеспечивающих безопасное поведение. Подход, основанный на использовании альтернативной наркотикам деятельности и пропаганды здорового образа жизни включают информацию о формах поведения, защищающих от употребления наркотиков. Подход, основанный на участии информационных носителей, подразумевает участие работы СМИ, интернета в первичной профилактической работе.

**2.2. Требования к программам первичной профилактики.** Основными требованиями являются конкретность поставленной задачи, ее реальность, выполнимость. Например, не борьба с наркоманией вообще, а сокращение общего числа случаев злоупотребления ПАВ, уменьшение первичной вовлеченности подростков в процесс наркотизации, ориентация на группу риска — эпизодически употребляющих. Проводится оценка и контроль эффективности приложенных усилий и вложенных средств.

**2.3. Современные принципы разработки программ.** Предполагают необходимость профилактического вмешательства до знаком-

ства подростка с ПАВ. Основной акцент переносят с медико-биологического подхода к профилактике на психолого-семейный. Программы составляются с учетом неэффективности методик «формирования страха пред употреблением», так как первые пробы ПАВ происходят не смотря на знание об их вреде. Устаревшими считаются также программы «Как сказать нет?».

Основным принципом является позитивная направленность первичной профилактики. Отдается предпочтение программам, провозглашающим ценности здорового образа жизни и ориентации на социальный успех, т. е. такое мировоззрение, при котором алкоголь и наркотики утрачивают свой ценностный характер. Основные положения программ опираются на превентологию — науку, формирующую представление о физическом, психическом и духовном здоровье.

Современные программы ориентируются на психологические тренинги, адресованные к малым группам. Например, программа «Выработка социальных навыков» обучает способности противостоять групповому давлению наркотицизирующей среды.

Характерна возрастная дифференциация профилактических методик. Например, для младших школьников адекватным является показ кинофильмом и телепередач, для старших — беседа и интернет-консультирование.

**2.4. Признаки эффективности программы.** Эффективная программа имеет концептуальную основу, отражает одно из современных направлений профилактики. Основные цели и задачи программы четко сформулированы и реалистичны. Программа направлена на усиление протективных и адаптационных факторов личности (ресурсов личности) и снижения факторов риска употребления ПАВ. Программа включает модули для родителей, учителей, воспитателей. Иницирует внутрисемейное обсуждение проблемы, вырабатывает внутрисемейную политику по отношению к ПАВ. В ходе осуществления программы применяются интерактивные и тренинговые методы работы: моделирование ситуаций, ролевые игры, дискуссии. Повышается правовая компетентность участников программы. Привлекается общественное внимание к проблеме употребления ПАВ. Программа является долгосрочной, цикличной. Возможно повторное проведение программы. Проводится мониторинг и контроль над эффективностью программы. Экономические затраты на проведения программы являются оправданными.

**2.5. Разновидности программ.** Существует 2 основные модели обучающих программ первичной профилактики: 1) программа дости-

жения социально-психологической компетентности. Основной целью является выработка навыков «эффективного» общения. Программа распространена в Европе; 2) программа обучения «жизненным навыкам». Их основная цель — выработать навыки ответственного принятия решений. Программа распространена в США. Обе программы имеют 3 основные задачи: 1) развитие личностной компетенции (обучение навыкам эффективного общения, принятия решений); 2) выработка и развитие навыков защиты (обучение умению противостоять неблагоприятным факторам); 3) предупреждение дезадаптации (формирование навыков регуляции эмоций и разрешения конфликта).

**2.5.1. Образовательные профилактические программы (антиалкогольные, антинаркотические и антиникотиновые).** Являются наиболее распространеным в настоящее время способом первичной профилактики. Проводятся в образовательном учреждении при участии учителей, школьных психологов, учеников и их родителей. Предпочтение отдается диалогическим формам взаимодействия в противоречивой информационно-назидательным (дедуктивным). Наиболее эффективный способ решения проблем считается групповая дискуссия и совместное принятие решений в рамках группового тренинга. Профилактические программы включены в школьную программу обучения, адаптированы к особенностям национально-культурных условий образования.

**2.5.2. Программы формирования «жизненных навыков»** ставят следующие задачи: обучение эффективному общению, уверенности в себе, умению управлять своими чувствами, умению выбирать друзей, умению построить позитивные отношения со сверстниками, укрепление связей с семьей и другими значимыми взрослыми. Программы способствуют решению сложных жизненных проблем, критическому отношению к социальному окружению, принятию адекватных решений, осознанию негативных влияний со стороны сверстников и обучение навыкам сопротивления им. Программы показали свою эффективность более чем в 30 странах мира. Особенно они действенны в отношении первичной профилактики употребления никотина. К недостаткам программ формирования «жизненных навыков» относится их ориентация только на определенный тип личности, недооценка социокультурных факторов, игнорирование опыта аддиктивного поведения у детей, с которыми проводится первичная профилактика.

**2.5.4. Программы обучения здоровому образу жизни** входят в учебные планы таких дисциплин, как «Валеология», «Основы безопасности жизнедеятельности» и др. Существует несколько стратегичес-

ких принципов (моделей) построения программ обучения здоровью образу жизни. При медицинской модели школьники информируются о вреде аддиктивного поведения, что снижает эффективность программы. Образовательная модель основана на преподнесении достоверной информации и предоставлении возможности самостоятельного выбора. Целью радикальной модели является однозначный выбор в пользу здорового образа жизни. В качестве основополагающего качества, способного предотвратить соблазн наркотической инициации, рассматривается такое свойство личности, как уверенность в себе. Модель самоусиления включает медицинские, образовательные и радиальные профилактические принципы. Модель использования «функциональных эквивалентов» направлена на организацию досуга молодёжи. Основной задачей является разработка альтернатив аддиктивному поведению. Семейная модель рассчитана на семьи, имеющие детей в возрасте от дошкольного до старшего школьного.

**2.5. Программа взаимопомощи подростков.** Основывается на том, что для преодоления трудностей общения, прогулов школы, употребления ПАВ учащиеся чаще обращаются к сверстникам, которые не всегда достаточно компетентны. В рамках программы «Добровольные помощники» проводится последовательное решение нескольких задач. Выявляются наиболее распространённые в школе проблемы. На специальных занятиях с применением групповых форм психологической работы обучают навыкам коммуникабельности, анализа и решения проблемных ситуаций. Отрабатывается поведение в сложных ситуациях. «Добровольные помощники» выявляются путем анонимного общешкольного опроса с применением социометрических методик. Опрос позволяет выбрать тех учащихся, которые обладают необходимыми качествами для оказания помощи сверстникам и имеют опыт оказания помощи.

**2.6. «Альтернативные» программы.** Существуют в странах Европы и США. Основывается на положении, что интерес подростков к ПАВ исходя из общих тенденций развития современного общества является вариантом нормального подросткового поведения. Предусматривает информационный подход к профилактике. В рамках этого подхода предоставляется вся объективная информация о ПАВ и признается право самостоятельного принятия решения в отношении его употребления.

«Альтернативные» программы предполагают «реалистичное» отношение к употреблению ПАВ, согласно которому за подростком признается право «эксперимента» с алкоголем и легкими наркотиками в исключительных случаях, но при условии минимального вреда от упот-

ребления (принцип «безопасного употребления ПАВ»). Предоставляется также информация о юридических последствиях приема наркотиков.

«Альтернативные» программы базируются на либеральных ценностях, согласно которым система запрета не эффективна, так как вызывает спрос на наркотики и способствует поддержанию высоких цен на них. Допускается возможность продажи некоторых ПАВ в аптеках по низким ценам. Это приведет к экономическим потерям наркоторговцев в результате свободной продажи ПАВ.

**2.6.1. Программа «снижения вреда» — уменьшения риска»** употребляемой ПАВ. Относится к «альтернативным» программам. Является программой вторичной профилактики. Применяется по отношению к подросткам, употребляющим ПАВ. Используется система волонтерской работы с участием излечившихся больных, при этом соблюдается принцип «диалога равного с равным». Проводимые мероприятия ставят цель снижения вреда употребления ПАВ. Усилия направлены на предотвращение несчастных случаев, связанных с наркотизацией. Практическая работа включает в себя обмен игл и шприцев, работу на улице и в контактных кафе, «комнатах для наркоманов». Создаются информационные стенды в молодежных клубах и на дискотеках (т. н. «клубная работа»). Распространяется печатная информация о безопасном употреблении наркотиков и о консультационных пунктах. Прологандируются замещающие методы лечения (метадоновые программы).

**2.7. Концепция профилактики злоупотребления ПАВ в образовательной школе в РФ.** Основными принципами «Концепции профилактики...» являются: комплексность (предполагает усиление различных специалистов), дифференцированность (направленность различных возрастных и социальных групп), аксиологичность (ориентация на ценности здорового образа жизни), многоаспектность (воспитательный, образовательный и психологический подходы), этапность и легитимность (опора на нормативные акты). Предпочтение отдается программам здорового образа жизни, психологическому тренингу.

**3. Семейная первичная профилактика.** Осуществляется в рамках семейного консультирования. В ходе беседы специалиста с родителями устанавливаются доверительные отношения с целью выяснения семейной ситуации. Угрожаемыми в отношении наркотизации детей являются конфликтные семьи с «запутанными» отношениями между членами семьи и хронической неприязнью между ними. Асоциальная семья с криминальным поведением ее членов также является группой риска.

Безопасной в отношении риска употребления подростком ПАВ считается семья, для которой характерны открытые и эмоционально теп-

лые взаимоотношения между взрослыми и детьми и установленные «эталонные» поведения.

В ходе консультирования до родителей доводится мысль о необходимости формирования у ребенка адекватной самооценки, позитивного образа «Я». В то же время важно способствовать развитию уверенности в себе у родителей и формированию у них установок на позитивное самосознание.

Факторами, препятствующими семейной профилактике являются разногласия между членами семьи в отношении наркотизации детей, недостаточная компетентность родителей в отношении антинаркотических установок и ценностей здорового образа жизни.

**3.1. Педагогические принципы семейной профилактики.** Основываются на правилах «хорошего» родителя. К ним относятся:

1. Уметь «разделять» ребенка и его проступки: «Я люблю тебя, но не принимаю того, что ты сделал».
2. Уметь активно слушать и понимать переживания и потребности своего ребенка.
3. Не вмешиваться в занятия, с которыми он справляется, и помогать, когда он этого просит.
4. Стремление разрешать возникающие конфликты путем избегания угроз и наказаний. Доверять ребенку и делиться своими чувствами, которые возникли из-за конфликта, объяснить их.
5. Постоянно поддерживать успехи ребенка, в повседневном общении использовать любые формы выражения своих теплых чувств и отношения: «Мне хорошо с тобой... Я рад (а) тебя видеть... Я по тебе соскучился (лась)... Мне нравится как ты... Ты мой хороший (ая)... Ты, конечно, справишься...».

К деструктивному поведению приводит:

1. Отсутствие у родителей между собой содружества и четкой позиции по отношению к детям.
2. Игнорирование родителями хорошего поведения с одновременным наказанием за плохое.
3. Неполный контроль, когда родители не знают, где находятся их дети.
4. Непоследовательность дисциплинарных требований, постоянное выражение недовольства ребенком.
5. Стойкий или затяжной конфликт между родителями и остальными членами семьи, конфронтация внутри семьи.
6. Неспособность родителей понимать и сочувствовать переживаниям ребенка. Нереальные ожидания успехов и достижений ребенка. Ожидание собственных нереализованных эмоциональных потребностей.

7. Вера родителей в воспитательную роль физических наказаний.

### 5. Первичная профилактика в школе.

**5.1.** При подозрении на употребление несовершеннолетними ПАВ в школе педагоги должны придерживаться следующих рекомендаций:

1. Предоставление подростку всей доступной информации о негативных последствиях употребления ПАВ.
2. Избегание репрессивной и осуждающей тактики в общении.
3. Убеждение в целесообразности обращения за медицинской помощью.
4. Тактичное предложение помощи подростку.
5. Сообщение информации об учреждениях, оказывающих наркологическую помощь несовершеннолетним, в т. ч. анонимную.
6. Убеждение в недопустимости появления в школе в состоянии опьянения и вовлечение сверстников в потребление наркотиков. Предупреждение об уголовной ответственности за вовлечение в употребление наркотиков.
7. Взятие обязательства о неразглашении информации о потреблении подростком наркотиков.
8. Выяснение семейной ситуации и микроокружения.

Работа педагога с родителями предполагает сообщение в корректной форме родителям или опекунам о подозрениях в отношении школьником приема ПАВ. Проведение собрания родителей всех членов компании подростков, употребляющих ПАВ, с привлечением врача-нарколога и представителя МВД. Предоставление информации о возможных обращениях в учреждениях анонимного лечения, предоставление телефонов доверия.

**5.2. Психологическое консультирование в школе.** Целью является выработка у родителей психологической готовности к противостоянию употреблению детьми ПАВ. Первичная профилактика осуществляется на родительских собраниях в виде совместных обсуждений со школьным психологом.

Вопросы для предварительного размышления родителям:

1. Нужно ли ждать, когда ребенок начнет употреблять наркотики, чтобы изменить стиль отношения с ними?
2. Что Вы сейчас предпринимаете, чтобы с ребенком этого не случилось?
3. Можно ли приказать ребенку не употреблять наркотики?
4. Как надо общаться с ребенком, чтобы не вызвать у него реакцию, противоположную желаемой?
5. В чем Вы испытываете неуверенность, общаясь с ребенком?

6. О чем бы вам хотелось узнать и чему научиться?

7. Что мы можем сделать вместе для улучшения ситуации в классе, школе?

8. Что мы можем сделать вместе для улучшения ситуации в микрорайоне?

**5.3. Требования к школе по проведению профилактической работы.** Основными требованиями являются выработка определенной позиции по отношению к табаку, спиртному и наркотикам. Необходимо наличие налаженной сети контактов школы с органами власти, общественными организациями, социальными и медицинскими службами.

Важным аспектом является активное вовлечение в процесс профилактики родителей. Возможным участием родителей может быть организация бригад, которые дежурят в своем микрорайоне по вечерам в выходные дни. Родители выявляют торговцев, продающих алкоголь и наркотики несовершеннолетним.

Администрации школы необходимо введение в программу обучения спецкурсов по тематикам «Алкоголь», «Табак», «Наркотики». Проводится исследовательская работа по изучению привычек и отношения школьников к алкоголю, табаку, наркотикам. Выявляется группа риска.

#### Литература

1. Корчагина Г. А. К вопросу об оценке эффективности профилактических программ // Профилактика потребления психоактивных веществ и пропаганда здорового образа жизни в Санкт-Петербурге. Материалы для общественной дискуссии. — СПб.: СПбОО «Центр РНО», 2004. С. 154-166.
2. Елшанский С. П. Некоторые этические и психологические проблемы реализации программ «снижения вреда» среди потребителей наркотиков // Вопросы наркологии. — 2003. — № 2.
3. Молодёжь и наркотики (социология наркотизма) / Под ред. В. А. Соболева, И. П. Рущенко. — Харьков: Торсинг, 2000.
4. Предупреждение подростковой и юношеской наркомании / Под ред. С. В. Березина, К. С. Лисецкого, И. Б. Орешниковой. — М.: Институт психотерапии, 2000.
5. Романова О.Л., Петракова Т.И.. Американская антинаркотическая программа взаимной помощи среди подростков // Вопросы наркологии. — 1992. — № 3-4. — С. 143-148.
6. Спрангер Б. Е. Анализ состояния обучающих программ «Формирование жизненных навыков» в мире // Вопросы наркологии. — 1994. — № 1. — С. 82-85.

## Глава 13

# РЕАБИЛИТАЦИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

**1.1. Общие понятия о реабилитации.** Реабилитация представляет собой систему государственных, социально-экономических, профессиональных, педагогических, психологических и др. мероприятий, направленных на предупреждение развития патологических процессов, приводящих к временной и стойкой утрате трудоспособности, на эффективное и раннее возвращение больных и инвалидов в общество и к общественно полезному труду. Процесс реабилитации сложен. В результате него у больного формируется активное отношение к нарушению его здоровья и восстанавливается положительное восприятие жизни, семьи и общества. Реабилитация делится на медицинскую, профессиональную и социальную.

Выделяют 3 этапа реабилитации:

1. Восстановительная терапия. Она направлена на предотвращение формирования психического дефекта и инвалидизации больного. Главной задачей — усиление компенсаторных механизмов здоровья (самогенез), восстановление нарушенных функций и социальных связей больного.

2. Реадаптация. Представляет собой приспособление к условиям внешней среды. Используются психосоциальное воздействие, трудовая терапия, воспитательная работа с больными и родственниками.

3. Этап собственно реабилитации. Включает восстановление пациента в правах, индивидуальной и общественной ценности больного, доблестных отношений с окружающей действительностью.

**1.2. Реабилитация в наркологии.**

**1.2.1. Программа «12 шагов».** Наиболее распространенной методикой реабилитации алкоголизма в настоящее время является 12-шаговая духовно ориентированная программа сообщества «Анонимные Алкоголики». Она представляет собой одну из немногих программ в мире, которая эффективна в отношении поддержания полной трезвости у больных алкоголизмом. Сообщество «Анонимные Алкоголики» основано в США в 1935 году.

Основные принципы программы «12 Шагов» соответствуют канонам классической групповой психотерапии. Программа «12 Шагов» является теоретическим постулатом сообщества «Анонимные Алкоголики». Основными принципами существования сообщества являются т. н. «12 Традиций».

Главным принципом оказания помощи сообщества является признание алкоголизма как болезни. При этом биологическая основа алкоголизма считается необратимой и неизлечимой. Другие аспекты заболевания признаются поддающимися психокоррекции. Основной мишенью психотерапии является неспособность больного алкоголизмом управлять собственными эмоциями. Колебание эмоционального состояния, с которым пациент не может самостоятельно справиться вследствие эмоциональной незрелости является непосредственной причиной обострения заболевания. В данном случае алкоголь помогает справиться с внутренним напряжением. Коррекция способности управлять собственными эмоциями помогает справиться с эквивалентами патологического влечения — алкогольным поведением, алкогольным мышлением.

В ходе занятий до пациента доводится мысль о том, что необходимо перестать бороться с собой и признать бессилие перед болезнью. Больной признается в факте потери контроля над своей жизнью. При этом у пациента ломается механизм отрицания, ответственный за формирование важнейшего симптома алкоголизма — алкогольной анозогнозии.

На групповых занятиях широко используется механизм имитации. Происходит копирование поведения членов сообщества «Анонимные Алкоголики», имеющих большой стаж трезвости. Участник сообщества психологически принимается другими ее членами. Он ощущает доверие к себе и учится принимать окружающих такими, какие они есть. Пациенты способны узнавать себя в других, видеть «со стороны» свои проблемы и использовать этот опыт для идентификации и оценки своих чувств (метод «психотерапевтического зеркала»).

Далее следует перечисление «12 шагов». Каждое из приведенных утверждений больной должен по порядку понять и осмыслить.

1. Мы признали свое бессилие перед алкоголем, признали, что мы потеряли контроль над собой.
2. Пришли к убеждению, что Сила, более могущественная, чем мы, может вернуть нам здравомыслие.
3. Приняли решение отдать нашу волю и нашу жизнь Богу так, как мы Его понимаем.
4. Глубоко и бесстрашно оценили себя и свою жизнь с нравственной точки зрения.
5. Признались перед Силой, более могущественной, чем мы, перед собой и каким-либо человеком в истинной природе наших заблуждений.
6. Полностью подготовили себя к тому, чтобы Бог, так, как мы его понимаем, избавил нас от всех наших недостатков.

7. Смиренно просили Его исправить наши недостатки.

8. Составили список всех тех людей, кому мы причинили зло, и приготовились возместить причиненный нами ущерб.

9. Лично возместили ущерб всем этим людям, где это только возможно, кроме тех случаев, когда это могло повредить им или кому-либо другому.

10. Продолжали самоанализ и когда допускали ошибки, сразу признавали это.

11. Стремилась путем молитвы и размышления углубить соприкосновение с Богом, — так, как мы понимаем Его, — молясь лишь о знании Его воли, которую нам надлежит исполнить, и о даровании силы для этого.

12. Достигнув духовного пробуждения, к которому привели эти Шаги, мы старались донести смысл наших идей до других алкоголиков и применять эти принципы во всех наших делах.

Выделяют 2 этапа программы «12 Шагов». Первый основан на психотерапевтической методике «Группы тренинга», второй опирается на методику «Группы встреч». На 1—8 шагах программы происходит обучение адекватному взаимодействию с людьми, имеющими такие же, как у него проблемы, но ведущими трезвый образ жизни. На 9—12 шагах осуществляется апробация сформированных навыков в повседневной жизни.

**1.2.2. Программа реабилитации больных наркоманией в общине.** Данная программа широко распространена в разных странах мира. Реабилитация проводится в специализированных учреждениях, удаленных от центров городской жизни и, как правило, расположенных в сельской местности. Больные проживают в общине, оказываются помощь в виде психотерапии.

Основной принцип реабилитации — взаимопомощь. Занятия проводятся волонтерами — бывшими больными наркоманией. Идея подобного подхода состоит в том, что только излечившаяся от наркомании личность может помочь преодолеть болезнь другого, так как имеет уникальный опыт собственного преодоления болезни. Психотерапевтическая помощь базируется на принципе доверия и искренности. Волонтер внимательно следит за динамикой состояния больного в процессе психотерапевтических бесед и не дает возможности больному «замкнуться в себе». Избегаются директивные методы воздействия — прямые обвинения. В то же время, разоблачаются проявления наркоманического поведения и скрытой агрессивности. Поддерживается адекватный эмоциональный настрой. Поощряется потребность больного в изменении своего состояния.

## Литература

1. Батищев В. В. 12-шаговые групповые программы и реабилитация больных алкоголизмом // Вопросы наркологии. — 1998. — № 2.
2. Кабанов М. М.. Реабилитация психически больных. — 2-е изд. Л.: Медицина, 1985.
3. Шабанов П. Д., Штакельберг О. Ю. Наркомания: патопсихология, клиника, реабилитация. Изд. 2-е, перераб. и доп. / Под ред. А. Я. Гриненко. — СПб.: Издательство «Лань», 2001.

## Глава 14

# СОЗАВИСИМОСТЬ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ (СЕМЕЙНАЯ ПРОФИЛАКТИКА НАРКОМАНИИ)

**1.1. Определение созависимости.** Термин «созависимость» характеризует психическое состояние родственников больного, страдающего зависимостью от ПАВ. Характерна сверхценная озабоченность их здоровьем. Отмечаются гиперопека и сверхконтроль за поведением больного родственника в целом и, в частности, за употреблением ПАВ.

Для родственника наркологически больного типичен отказ от себя в угоду здоровью больного. Отмечается полное подчинение собственных жизненных интересов интересам другого человека.

Созависимость рассматривается как разновидность аддиктивного (зависимого) поведения со всеми ее отличительными признаками. В частности, отмечается неспособность осознать факт собственной созависимости, отсутствует критическая оценка своих мыслей и поступков.

**1.2. Характеристика созависимой семьи.** Семья наркозависимого относится к дисфункциональным семьям со сложными, противоречивыми, «запутанными» отношениями между членами семьи, «почтовым кругом» семейных отношений. Характерна психологическая «закрытость» семьи, сокрытие от окружающих факта наркологической болезни родственника. Интересы семьи сконцентрированы вокруг главной темы — состояние здоровья пьющего или наркотизирующего родственника (т. н. «носитель» семейной проблемы). Отсутствуют искреннее доверие, открытость, взаимопонимание. Отношения являются формальными.

Характерны несамостоятельность в принятии важных решений, зависимость от мнения и позиции других. Отсутствие чувства автономности. Отмечается патологическая привязанность друг к другу (психологический симбиоз). В то же время среди родственников наблюдается неравноправие. Характерна жесткая регламентация семейных правил и ролей.

Созависимость проявляется постоянными внутрисемейными конфликтами, содержанием которых является употребление наркозависимым членом семьи ПАВ. Эта ситуация характеризуется как «латентный семейный кризис».

**1.3. Особенности созависимости в семье наркологически больных подростков.** Общая характеристика типа воспитания — потворствующая гиперопека с явным сверхконтролем. Характерно недоверие к детям, недопущение самостоятельных решений, мелочный контроль за поведением. В то же время родители создают ситуацию вседозволенности, потакают капризам, оказываются подвержены манипуляции и шантажу со стороны детей, верят в заведомую ложь.

Для воспитательной позиции членов семьи характерно сочетание гиперопеки матери (самоотверженная, сверхзаботливая, активная, инициативная и т. д.) с гипопекой отца (пассивный, безвольный, нерешительный и т. д.). Наблюдается высокий уровень внутрисемейной сплоченности, обеспечиваемый матерью. При этом отсутствует потребность в изменении сложившейся ситуации.

Родителями часто применяются директивные способы воздействия — прямой запрет, запугивание, физические наказания. Родители не знают эффективных способов влияния на ребенка, в частности, неспособны повлиять на употребление им наркотиков. Они переживают полную беспомощность перед болезнью ребенка. При этом формально берут на себя ответственность за поведение больного и его противоправные действия.

Взаимоотношения в семье характеризуются полным равнодушием и жестокостью к родителям наркозависимого ребенка. Состояние родителей определяется острой душевной болью, переживается беспомощность, невестность. Наркотизация ребенка воспринимается как позор, «клеймо».

В семье наблюдаются постоянные конфликты между родителями и детьми, не приводящими к положительным результатам. Характерен высокий уровень психического напряжения у членов семьи. Для его снижения дети прибегают к повторному употреблению ПАВ. Таким образом, формируется патологический «порочный круг» взаимоотношений, поддерживающий наркотизацию.

**1.4. Динамика семейных отношений при формировании зависимости от ПАВ.** Вначале наблюдается аффективно-шоковая реакция родителей в ответ на известие о наркотизации ребенка. В основе этой реакции — знание о трагических последствиях приема ПАВ, с одной стороны, и убежденность, что их это не коснется, с другой. Родители прибегают к жесткому гиперконтролю, но он оказывается неэффективным, так как наркозависимые дети прибегают к изворотливости и обману. В дальнейшем возникает оппозиционное противостояние. Подросток перестает скрывать наркотизацию, начинает бравировать пренебрежением родительскими требованиями, дает заведо-

мо невыполнимые обещания прекратить наркотизацию. Придумываются поводы для возобновления приема наркотиков. Родители верят подобным оправданиям и обвиняют в болезни детей их друзей, наркоторговцев, правоохранительные органы. После неудачных попыток лечения отмечается отказ от попыток решения проблемы, «капитуляция» перед ней, сопровождающееся неверием в эффективность наркологической помощи. В семье нарастает отчуждение, активная неприязнь, конфликты по типу «порочного круга».

**1.5. Влияние созависимости родителей на терапевтический процесс.** Родителями, как правило, искажаются и утаиваются объективные данные о наркотизации детей, скрываются анамнестические сведения. Придумываются ложные объяснения. Прием ПАВ объясняется влиянием компании, подражанием партнеру. Родители пытаются вмешаться в процесс лечения, навязывают врачам свои взгляды на способы и методы терапии. Это сочетается с пренебрежением предоставленными специалистами рекомендациями.

Мотивами обращения созависимых родителей за психотерапевтической помощью являются желание получить конкретную информацию по воспитанию и лечению ребенка (рекомендации по «тактике» поведения) и желание, чтобы специалист безоговорочно занял их позицию.

**1.6. Основные направления психотерапевтической работы с зависимой семьей.** К ним относятся:

1. Осознание факта созависимости.
2. Преодоление дезадаптивных механизмов психологической защиты (отрицание, вытеснение, рационализация).
3. Отказ от сверхконтроля за поведением страдающего наркомагической члена семьи, так как это приводит к возрастающей несамостоятельности и безответственности поступков.
4. Осознание созависимыми полного подчинения собственных интересов интересам больного. В частности, осознание излишней самоотверженности в попытке помочь ребенку и пренебрежения собственными проблемами, здоровьем.
5. Осознание и вербализация чувств, испытываемых в связи с наркотизацией детей: постоянного страха, тревоги, стыда, вины, отчаяния и др. Для этого необходим перенос «фокуса внимания» с проблем больного ребенка на собственные чувства, которые начинают постепенно осознаваться.

6. Коррекция низкой самооценки у созависимых членов семьи.

**1.7. Семейная психотерапия созависимой семьи.** Одной из наиболее эффективных в настоящее время является реконструктивная

**МЕТОДЫ БОРЬБЫ С АЛКОГОЛИЗМОМ В РАЗНЫЕ ИСТОРИЧЕСКИЕ ВРЕМЕНА**

Историческая эпоха	Меры борьбы
Император Ву-Вонг (Китай, 1220 г. до н. э.)	эдикт «смертная казнь»
Древний Египет (2-3 тыс. до н. э.)	унизительные наказания и осмеяние
Древняя Индия	обязательное воздержание от алкоголя для всех сословий; созданы меры наказания для Браминов, уличенных в пьянстве
Конфуций (V в. до н. э.), Будда (VI в. до н. э.)	полный запрет на употребление алкоголя
Древние Афины	— смертная казнь (Дракон); — запрет продажи неразбавленного вина; наказание пьяницам в виде всеобщего презрения, штрафа; казнь при повторном задержании (Солон, 6 в. до н. э.); — сплавание рабов с последующей демонстрацией молодым людям на улицах города для внушения страха и отвращения к алкоголю; — закон Ликурга (5 в. до н. э.): запрещение употребления алкоголя, особенно в день свадьбы;
Древняя Спарта	— с 3 в. до н. э. — запрет пить вино лицам моложе 30 лет; — угроза смерти женам, уличенным в употреблении алкоголя; — 186 г. — запрет культа вакханалий (Катон);
Магомед	полный запрет употребления алкоголя, наказание — 40 ударов палками (рабу — 80)
Эпоха Карла Великого	наказание, вначале индивидуальное, потом публичное, затем казнь
Средневековая Англия	одевание алкоголикам ярма и демонстрация их на улицах города
Англия, Новое время	повинности для матросов, уличенных в пьянстве (выполнение черной работы)
Ливерпуль (XIX в.)	публикация в газетах имен и адресов алкоголиков
Голландия	наказание для женщин — привязывание к стулу и трехкратное погружение в воду
США, Швеция (первая четверть 19 в.)	появление системы антиалкогольного воспитания в школе
США «абстинентистское» движение (1851-56 гг.)	запрет торговли крепкими напитками в 16 из 31 штата (привело к многократному росту употребления пива)
Швеция (1865 г.)	«Готенбургская» система: алкоголь продавался только с горячей пищей, с его реализации владельцу трактира получал только 6 % выручки

семейная психотерапия. Она включает воссоздание тех вариантов семейных отношений, в рамках которых влияние одних членов семьи на других были бы продуктивными. При этом достигается нужный результат и поддерживается психологическое равновесие в семье.

Выделяют 3 этапа семейной реконструктивной психотерапии. На 1-м этапе принимается решение о лечении. Этому предшествует осознание болезни члена семьи и отказ от конфликтов как непродуктивного способа решения проблемы. Различают 2 направления выхода из этого кризиса.

При **продуктивной конфронтации** происходит открытое высказывание родителями своего мнения относительно наркотизации подростка. **Отделение больного ребенка от семьи** (разрыв отношений, уход из семьи) эффективно тогда, когда все другие средства исчерпаны. Цель отделения от ребенка является «возвращение родителей к себе», осознание собственных чувств и существования. Отделение от семьи корректирует одну из главных черт личности наркомана — патологический эгоцентризм. Больной начинает осознавать ценность поддержки, оказываемой членами семьи.

2 этап реконструкции семейных отношений соответствует периоду неустойчивой ремиссии. Отмечается угроза рецидива болезни. Это критический период семейных отношений. Правильной тактикой ведения родителей является создание спокойной обстановки в семье, внушение ребенку чувства доверия и уважения, открытое обсуждение проблемы. Обесценивает предпринятые усилия неосторожные замечания родителей об отсутствии желаемого эффекта лечения и положительной динамики в их состоянии.

3 этап реконструкции семейных отношений совпадает с периодом устойчивой ремиссии, возвращением в социум, утратой прежних связей и обретением новых. Происходит включение в трудовой процесс.

**Литература**

1. Городнова М. Ю. Базисные колинг-стратегии и типы функционирования семей подростков с героиновой наркоманией. Автореферат ... канд. дисс. СПб, 2004.
2. Чирко В. В., Демина М. В. Родители больных наркоманией: психопатология созависимости (1 сообщение). Вопросы наркологии. — 2005, № 2. — С. 19—29.
3. Шабалина В. В. Зависимое поведение школьников. Психологическое консультирование школьников и их родителей по проблеме зависимого поведения. — СПб.: Медицинская пресса, 2001.

Историческая эпоха	Меры борьбы
Швеция (1919 г.)	система Братта (карточная система – не более 4 л водки в мес)
Норвегия, Финляндия, Дания, Голландия, Германия, Швейцария (начало 20 в.)	система «osal veto» – право общины вводить местный запрет на продажу алкогольных напитков
Финляндия (1919 г.), США (1920-дек. 1932)	«сухой» закон
г. Мехико (XX в.)	съемка на пленку процесса доставки алкоголя лика в вырезатель

### МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ АЛКОГОЛИЗМА В РАЗНЫЕ ИСТОРИЧЕСКИЕ ВРЕМЕНА

Историческая эпоха	Методы
Сочинение Виртунга (по Массону, 1617 г)	– полное лишение алкоголя; – применение антидотов – лимон, горький миндаль («оттягивание паров алкоголя от мозга»); – применение венка из шафрана и фиалок на голову; – вызов рвоты, сна, на голову – компресс из огуречного сока; – диетическое питание – легкая пища, цыплята, соус с лимоном и т. д.; – турецкая баня (эффект – в течение недели); – применение антидота – какао;
Сальватори, 1815 г. Флоринский	«богородичная трава»: настой 50 г на 600 г воды настой полыни, корня дягиля, можжевельных ягод (в теплом виде без сахара по 10–15 стаканов в день)
Гуффеланд	вода с каплей жженого сургуча; пилюли Гуффеланда (экстракт квасии, полыни и каскарилы)
Ян (Польша) XIX в., Европа	лечение лимонным соком (курс 18 дней) применение «рвотных» средств: корень переступня, папоротника, колетеня, бузиновой коры и др., настаиваемые на алкоголе; подмешивание в водку «тошнотворных» и «рвотных» средств (ипекакуана, горечавка и др.)

### ИСТОРИЯ БОРЬБЫ С АЛКОГОЛИЗМОМ В РОССИИ

Годы	Мероприятия
1386–1398 г.	первый завод в Россию виноградного спирта («кава Вите») генуэзскими купцами запрет пить до обеда
Послание метрополита Фотия (1410 г.) Иван 3 1429 г.	запрет «гнусного пьянства» завоз большой партии водки русскими и греческими монахами из городов Италии (Флоренция и Кафа) через Литву; признание водки «вредной»; первый запрет на ее ввоз
1448–1474 г.	создание русского винокурения (перегонка спирта из ржи); введение первой монополии (как на спирт, так и на др. алкогольные напитки – пиво и мед)
1480–1490 г.	попытка ликвидации церковной монополии на производство спиртных напитков
1505 г.	первый экспорт русской водки в соседние страны (Швецию, Чудскую землю, земли Ливонского ордена)
1533 г.	основание в Москве первого «царёва кабака», сосредоточение торговли водкой в руках исключительно царской администрации
1590-е гг.	запрет торговли водкой в любых корчмах и шинках за исключением царских кружечных дворов и кабаков; создание системы «продажи питьей на вереве» (подотчетная государству система производства и продаж алкоголя, поддерживавшаяся до 1648 г.)
Домостроевские нормы Сильвестра (16 в.)	запрет мужчинам «пить допьяна»; на женщин наложено функция контроля за потреблением алкоголя в семье
1648 г.	первые «кабацкие бунты» (невозможность уплаты «кабацких долгов», срыв посевных, приуроченных к пасхальному пьянству)
1649–1650 г. 1651–1652 г.	царь Алексей Михайлович: созыв «Собора о кабаках» отмена системы откупов, запрет продажи водки в кредит
1659 г.	частичный развал государственной системы продажи, возвращение к откупной системе
1681 г.	восстановление казенного (государственного) винокурения, введение подрядной поставки водки казне по строго фиксированным ценам (подрядчиками были дворяне)
1705 г. 1716 г.	переход к тотальной откупной системе по всей России разрешение частного винокурения, обложение производства государственной пошлиной
1765 г.	привилегия винокурения для дворянства (Екатерина 2), освобождение его для налогообложения, установление размеров винокуренного производства в соответствии с рангом, должностью, званием дворянина; сосуществование казенного и частного винокурения

Годы	Мероприятия
1781 г.	создание казенных питейных палат, их функция – заготовка водки в регионах России на основе сложившейся практики её потребностей в данной местности; это вновь привело к взяточничеству и коррупции за счет заказа подрядчиков «со стороны»
указ П. А. Румянцев-Задунайского, 1783 г.	помещение алкоголиков в «смирительные» или «работные» дома; использование трудотерапии («при-водить... к порядочному и трезвому житию»)
1795 г.	прекращение заказов на производство водки со стороны государства. Исчезновение казенной (государственной) системы винокурения, повсеместное распространение системы откупа
1819 г.	введение строгой государственной монополии. (в связи с разорением казны)
1819 – 1826 гг.	период жесткой конкуренции между частными производителями и казенным производством
1826 г.	восстановление частной откупной системы
1828 г.	отмена государственной монополии на водку (Николай 1)
1829 г.	в России существует 36 учреждений для исправления пьяниц (6 тыс. чел.); главный недостаток – воспитательный (а не медицинский) характер учреждений
1828-1951 гг.	разул откупной системы при невозможности ее кри-тики и запрета
1849-1851 гг.	переход к акцизно-откупной системе (производство – казенное, продажа откупщиками)
1863 г.	переход к акцизной системе
1881 г.	на совещании министров принимается постановление о замене кабаков трактирами, отмена продажи ведрами, введение бутылок
1894-1902 гг.	постепенное введение в разных регионах государственной монополии на водку
1858 г. Возникновение общества «трезвости»	возникли в 34 губерниях России как протест против производства и продажи алкоголя («кабаки») разгром откупных питейных заведений на Урале
1859 г.	главный вывод: пьянство на Руси – результат целенаправленной политики властей, принудительного введения «кабаков», внедрения системы «откупа» (частной монополии на алкоголь)
1868 г. Выход в свет работы И. Г. Прыжова «История кабаков в России в связи с историей русского народа»	впервые поставлена проблема полного отказа от алкоголя («Что взамен?»)
1873 г. Волынские губерньские ведомости.	возникновение Русского общества «охранения народного здоровья» (в разные годы входили Бородин, Менделеев, Введенский, Данилевский, Бехтерев, Кашенко, Гамалея, Заболотный, Склифосовский, Эрисман, Хлопин)
1877 г.	

Годы	Мероприятия
1895 г.	возникновение в рамках общества комиссии по проблемам алкоголизма под рук. М. Н. Нижегородцева, занималась широкими вопросами (напр., выработка устава заведений); в 1913 г. в комиссию входило 270 врачей
1887 г.	первый съезд отечественных психиатров: «лечение алкоголизма – непосредственная задача специалистов в области душевных болезней» (Н. И. Григорьев)
1894-1898 гг.	выход номеров журнала «Вестник трезвости» (Н. И. Григорьев)
1895 г.	введение строгой государственной монополии на алкоголь
1900 г.	распространение обществ «трезвости»: 15 городских, 140 церковно-приходских, 10 – фабрично-заводских
Конец 19 – начала 20 век	активное создание противоалкогольных учреждений и амбулаторий
Дек. 1909 – янв. 1910	1 Всероссийский съезд, посвященный проблеме ал-коголизма (участники – 500 чел., 130 докладов).
1912 г.	проект закона о мерах борьбы с пьянством, одобрен-ный Государственной Думой
1912 г.	В. М. Бехтерев: введение понятия «культуры упот-ребления»
май 1918 г.	Декрет ВЦИК о подпольном изготовлении алкоголь-ных напитков
Декабря 1919 г.	Постановление Совнарком РСФСР «О воспрещении на территории страны изготовления и продажи спир-та, крепких напитков ...».

### МЕРЫ ПО БОРЬБЕ С АЛКОГОЛИЗМОМ В СССР

Меры по борьбе с алкоголизмом	содержание
1. Антиалкоголь-ное воспитание	Концептуальная основа: алкоголизм – явление, нанося-щее ущерб государству, несомestimое с моральными принципами его построения. Главная задача воспитания – изменение отношения к алкоголю.
2. Санитарно-просветительные профилактиче-ские меры	Предоставление объективной информации о влиянии алко-голя на здоровье, нравственность (лекции, печать, радио, телевидение, кино и др.). Особое внимание уделяется профилактике среди молодежи.
3. Медицинские меры	– антиалкогольная пропаганда учреждениями здравоохра-нения (медработников); – проведение профосмотров; – исследование группы риска (лица с психопатиями, трав-матическими энцефалопатиями, нарушенным обменом веществ);

Меры по борьбе с алкоголизмом	содержание
4. Ограничительные меры	<ul style="list-style-type: none"> <li>- сокращение производства крепких напитков (Постановление ЦК КПСС и Совмина от «О мерах по усилению...» от 1972 г.);</li> <li>- борьба с самогонарением (УК РСФСР - до 5 лет);</li> <li>- ограничение времени продажи алкоголя и сокращение количества торговых точек;</li> <li>- недопущение к трудовому процессу в состоянии опьянения;</li> <li>- запрет на продажу и посещение ресторанов лицам до 18 лет;</li> <li>- наказание за сплавание несовершеннолетних (штраф 30-50 р., лишение свободы до 1-5 лет);</li> <li>- лишение алкоголиков родительских прав;</li> <li>- ограничение дееспособности и установление попечительства.</li> </ul>

### ИСТОРИЯ ПРОФИЛАКТИКИ АЛКОГОЛИЗМА И НАРКОЗАВИСИМОСТИ

годы	мероприятия
США, конец 19 в.	«Женский христианский союз трезвости» (WCTU)
Россия, конец 19 - начало 20 в.	Журнал «Вестник трезвости» (1894-98)
Шанхайская опиумная комиссия (1909), Гаагская международная конференция (1911-1912 г.), «Закон Гаррисона» (1914)	Запретительные меры в отношении наркотиков
30-е гг.	Первые мероприятия по наглядной агитации (напр., фильм «Безумие косяка» в США). Принцип - выработка страха перед приемом наркотиков
60-е гг.	Информационный подход. Принцип - сообщение всей объективной информации и предоставление выбора.
80-90-е гг.	Формирование «навыков противостояния». Принцип - «Просто скажи нет».

#### Литература

1. Братусь Б. С., Сидоров П. И. Психология, клиника и профилактика раннего алкоголизма. - М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984.
2. Лукьянов В. Алкоголь - оружие для самоистребления. По материалам сайта «Нет - Наркотикам». М., 2003.
3. Портнов А. А., Пятницкая И. Н. Клиника алкоголизма. Изд-во «Медицина», Ленинградское отделение, 1971.
4. Похлёбкин В. В. История водки. - М., 1998.
5. Шерешевский А. М., Ройтельман А. Г. К истории борьбы с алкоголизмом в дореволюционной России / Алкоголизм и неалкогольные токсикомании. Республиканский сборник научных трудов / Под ред. И. Н. Пятницкой, Д. Д. Еникеева. М., 1987. С. 175-180.

### ИСТОРИЯ ОПИУМНЫХ ПРЕПАРАТОВ

Время, эпоха	Событие
Поздний Бронзовый век	обнаружение маковых семян и маковых коробочек при археологических раскопках вблизи Боденского озера в Северной Европе
«Свайные постройки» (территория современной Швейцарии)	обнаружение следов мака
Шумерские таблицы (V в до н. э.)	изображение цветка мака
Геродот (V век до н. э.)	вдыхание дыма при сжигании растения скифское племя массагетов (северное побережье Каспийского моря)
Минойская культура (III век до н. э.)	изображение головки мака на голове статуи богини Исцеления
Мифы Древней Греции	упоминание мака как символа забвения боли, мук, страданий (oblivionem doloris)
Минойская эпоха (XIV-XII в. до н. э.)	использование засохшего млечного сока надрезанных коробочек мака - опия (опиума) (от греч. «оріітm» - сок; древнеевр. «orhion»; араб. «af-yup» или «afup»; кит. «o-fu-yung» или «ya-riep»)
Древнеегипетские рукописи VII в. до н. э.	сообщение о фактах сбора и медицинского использования опиума (британский египтолог Р. Томпсон, 1924 г.)
«Лечебный папирус из Фив» (3,5 тыс. лет назад)	медицинское применение опиума (по данным Дж. А. Солмзес)
Талмуд (IV-V в. до н. э.)	упоминание опиума в виде древнегреч. «orhion»
Индия, эпоха Великих Моголов (1526-1856)	упоминание опиума под названием «khash-khash» (семена мака) и «khash-khasharasa» (сок мака)
Гиппократ (440-377 гг. до н. э.)	упоминание «меконины», обладающего наркотическим действием
Теофраст (около 350 г. до н. э.)	млечный маковый сок упоминается под названием «меконин» (рекомендуется при глазных болезнях и психических расстройствах)
Скрибоний Ларий (40 г. н. э.)	описание метода сбора опиума из капсул мака (монография «De Compositiōnes Medicamentorum»)
Страбон	описание культуры возделывания мака (монография «О культуре садов»)
Диоскорид (Древняя Греция, основоположник фармакологии)	описание свойств растения «меконина» и сока его капсул - «опиума» (Монография «Materia Medica»); введение названия «диокондон», которое впоследствии длительно сохраняет свое название и упоминается в «Немецкой фармакопее» (конец XIX века)
Плиния Старшего (I век н. э.)	описание медицинского использования опиума (опия) («Естественная история» в 37-ми томах)

## КРАТКАЯ ИСТОРИЯ ЗАКОНОВ ЗАПРЕЩЕНИЯ УПОТРЕБЛЕНИЯ ОПИЯ

Время, эпоха	Событие
Цельс (I в. н.э.) Клавдий Гален (129–201 гг. н.э.)	описание лекарства «слеза мака» ( <i>Lacrimae papaveris</i> ) восхваление свойств мака
Абу Али Ибн Сина Авиценна (980–1037 гг.)	рекомендации использования опия при диарее и болевых глазах (смерть Авиценны связывают с передозировкой опиума)
Китай, IX в. н.э.	первое появление опиума (экспорт из Индии, позднее – из Португалии); до второй половины XVII в. ввозился как средство против дизентерии
Китай, XVII в.	ввоз испанцами табака, в который стали добавлять опиум
Китай, конец XVIII века	Ост-Индская компания (авоз и продажа в Китай опиума)
Китай 1729 г., 1800 г.	запрет на продажу опия для курения и на содержание курилен в Китае (эдикт императоров Юнг Чанга и Киа Конга)
Китай, 1792 г.	первые законы, запрещающие опиум; наказание – смертная казнь путем strangulation
Китай, 1839–1860 гг.:	«Опиийные войны»: Китай с Англией, позднее с Францией (исход – поражение Китая и, как следствие, предоставление победителям права ввоза опиума): 1) первая англо-китайской опиумная война, 2) вторая англо-франко-китайская опиумная война
Китай, 1894–1895 гг.	поражение в войне с Японией (вследствие поголовной оплоумности среди китайских солдат)
Китай, 1906 г.	противоопиумная комиссия в Китае (требование реформы)
Франция, 1806 г.	выделение из опиума морфин (Сеген)
США, 1861 г.	широкое применения морфия во время гражданской войны
Франция, 1870 г.	широкое применения морфия во время Франко-Прусской войны
Германия, 1898 г.	получение диацетилморфина – героина (немецкого heroisch – «энергичный»)
Германия, конец 19 в.	производство героина фирмой «Байер» как средства против кашля для больных туберкулезом, лекарство для лечения пневмонии, а также как «единственного средства для излечения морфинизации, не вызывающее никакой зависимости»

Эпоха	Событие
1845 г.	закон о регламентации операций с наркотиками во Франции
1875 г. (Сан-Франциско), 1876 г. (Вирджиния-Сити, Невада)	первые антиопиумные законодательные акты на муниципальном уровне
Шанхайская опиумная комиссия в 1909 г.	первые законодательные акты на международном уровне
международная конференция по опиуму в Гааге – 1912 г.	установление международного юридического контроля над наркотиками
1961 г.	единая Конвенция о наркотических веществах
1971 г.	Венская Конвенция о психотропных веществах
1988 г.	Конвенция о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ

### Литература

1. Дунаевский В. В., Стяжкин В. Д. Наркомании и токсикомании. – Л.: Медицина, 1990.
2. История опиумных препаратов и проблема возникновения наркомании / Сайт НАРКОТИКИ. РУ 23.03.2005 г.
3. Пятницкая И. Н. Наркомании. – М: Медицина, 1994.

## СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
Глава 1. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ.....	4
Глава 2. ОБЩИЕ ПОНЯТИЯ.....	17
Глава 3. ОПИЙНАЯ (ОПИАТНАЯ) НАРКОМАНИЯ.....	29
Глава 4. РАННИЙ АЛКОГОЛИЗМ.....	41
Глава 5. КАННАБИНОИДНАЯ НАРКОМАНИЯ.....	48
Глава 6. ТОКСИКОМАНИЯ, ВЫЗВАННАЯ ЛЕТУЧИМИ ОРГАНИЧЕСКИМИ ВЕЩЕСТВАМИ.....	55
Глава 7. НАРКОМАНИЯ, ВЫЗВАННАЯ ПСИХОСТИМУЛЯТОРАМИ.....	63
Глава 8. НАРКОМАНИЯ, ВЫЗВАННАЯ ГАЛЛОЦИНОГЕНАМИ.....	77
Глава 9. ТЕОРИИ ФОРМИРОВАНИЯ НАРКОМАНИИ.....	84
Глава 10. ЭТИОЛОГИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.....	88
Глава 11. ЛЕЧЕНИЕ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.....	95
Глава 12. ПРОФИЛАКТИКА НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.....	108
Глава 13. РЕАБИЛИТАЦИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ.....	121
Глава 14. СОЗАВИСИМОСТЬ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ (СЕМЕЙНАЯ ПРОФИЛАКТИКА НАРКОМАНИИ).....	125
Приложение 1.....	129
Приложение 2.....	135

С. В. Гречаный, Б. Е. Микиртумов

## ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ НАРКОЛОГИИ

*Учебное пособие*

Подписано в печать 12.03.2008. Формат 60×84<sup>1</sup>/<sub>16</sub>. Гарнитура Текст Бук.  
Бумага офсетная. Печать офсетная. Усл. печ. л. 8,75.  
Тираж 300 экз. Заказ № 97.

Отпечатано в ООО «АНТТ-Принт»