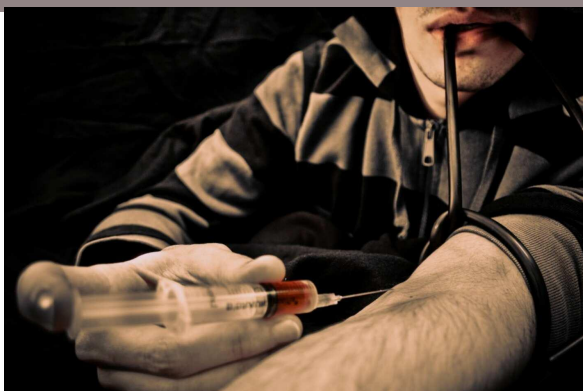


Тольяттинский государственный университет
Социально – психологическое консультирование

Наркомании



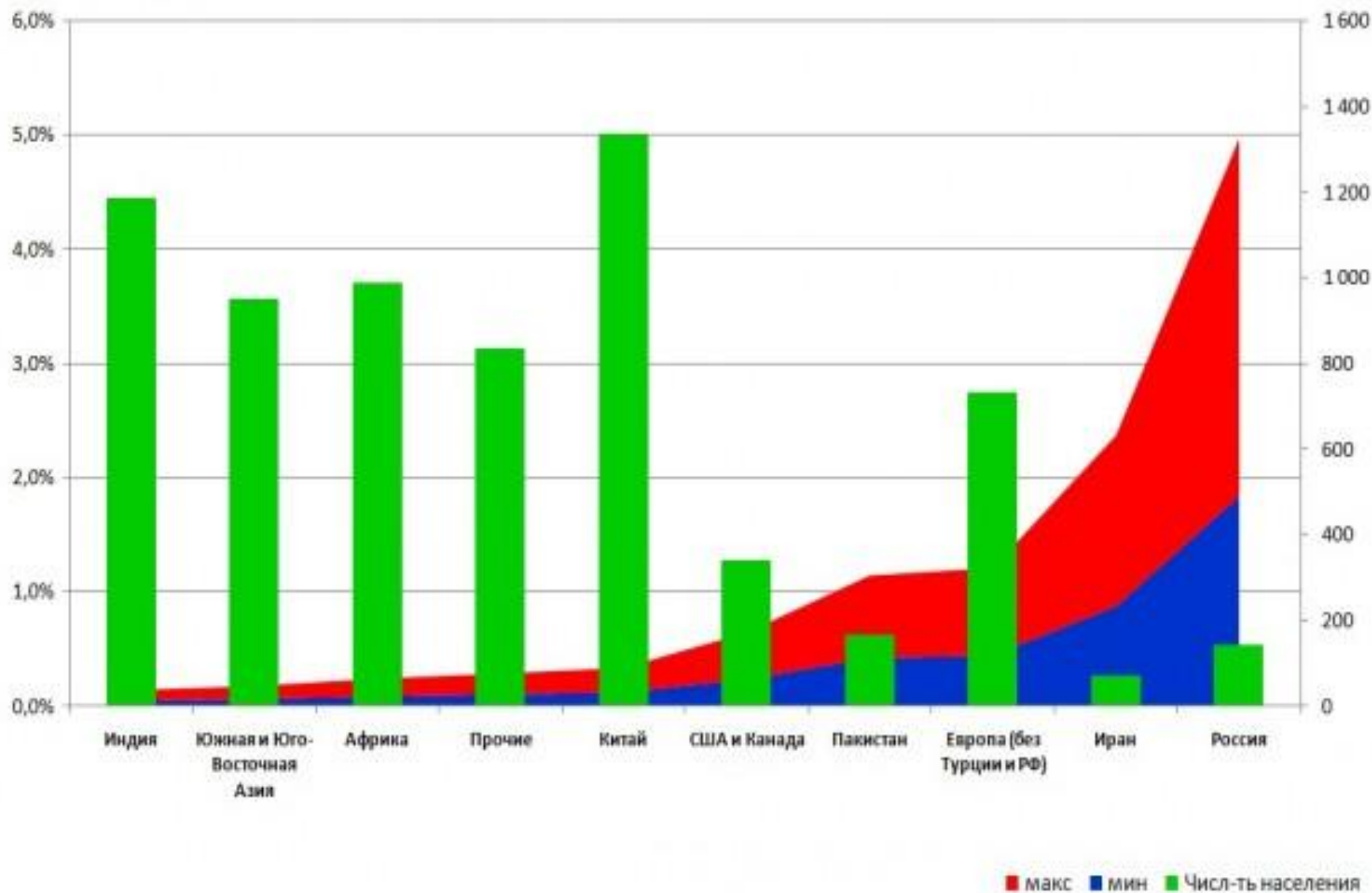
- Россия входит в зловещую пятерку стран с максимальным количеством наркоманов. Общий объем наркотических веществ, изымаемых на территории РФ, за последние пять лет вырос в тысячу раз и достиг 60 тонн в год, при этом годовой оборот наркотиков в стране составляет 6000 тонн. По данным Минздрава, за последние десять лет количество наркоманов в стране увеличилось более чем в 20 раз, число состоящих на учете – почти в пять раз (женщин – в 6,5 раза), а число преступлений, связанных с оборотом наркотиков, – в 10 раз.
- Каждый наркоман втягивает в наркотический образ жизни 5–7 человек, что придает процессу характер эпидемии. Рост наркомании сопровождается ростом венерических заболеваний, СПИДа, вирусного гепатита. Смертность среди наркоманов в 20 раз выше, чем среди населения в целом. Смерть наступает из-за передозировки, соматических осложнений, самоубийств. По данным Минздрава России, за последние десять лет смертность от наркотиков увеличилась в 12 раз, среди детей она выросла в 42 раза.

- 86 % больных наркоманией составляют лица от 15 до 25 лет. Средний возраст начала наркомании в настоящее время снизился до 12 лет. В настоящее время наркотики потребляют 45 % мальчиков и 18 % девочек. За последние десять лет на наркологический учет было поставлено в 13 раз больше подростков, чем в предыдущие годы: вместо 5–68 человек на 100 000 подросткового населения. За последние пять лет количество детей и подростков, доставленных в здравоохранительные учреждения в состоянии наркотического опьянения или абстиненции («ломки»), увеличилось в 16 раз. На четверть выросло количество подростков, совершивших преступления, связанные с продажей и изготовлением наркотиков, и в полтора раза – совершивших преступления под их воздействием.

- В Москве на диспансерном и профилактическом наркологическом наблюдении состоит 28,5 тысяч человек, реальное число больных, по оценкам экспертов, составляет 150 тысяч, а возможных потребителей наркотиков – миллион человек. За первую половину 2003 г. в Москве изъято в три раза больше наркотиков и ПАВ, чем за этот же период прошлого года. По данным обследования лиц до 25 лет, проведенного в Санкт-Петербурге, тяжелые наркотики потребляют 70 % юношей и 30 % девушек; каждый четвертый из числа обследованных уже страдает выраженной зависимостью. Потребление анаши и других производных конопли отмечалось практически у всех обследованных. 80 % активных потребителей наркотиков употребляют их с 15–17 лет.

- **Опиомания** распространена в России больше всех других форм наркомании, вместе взятых. В настоящее время наиболее широко используемым опиатом является героин. В США насчитывается 750 000 героиновых наркоманов. Количество американцев, ежегодно госпитализируемых в связи с употреблением героина, колеблется от 37 до 47 % от числа всех наркоманов, попадающих в больницу. Героин чаще всего используется городскими жителями в возрасте 18–25 лет, мужчинами в три раза чаще, чем женщинами. Больше половины из них происходят из неполных или распавшихся семей, у многих родители злоупотребляли ПАВ. Почти все они страдают каким-либо психическим расстройством, чаще всего – депрессией, а также алкоголизмом и психопатиями. Среди медиков, в силу облегченного доступа к ПАВ, заболеваемость выше, чем в среднем среди населения.

Героиновая наркомания



- **Гашишизм** является наиболее распространенным видом наркотизма в мире после алкоголизма.
- В России гашишисты составляют до трети всех наркоманов. Марихуана, легализованная в ряде стран, по праву считается воротами в мир наркотиков. Ее употребление обычно начинается в старших классах школы: марихуану курит каждый второй американский школьник. Во всем мире марихуану употребляют более 200 миллионов человек.

- Удешевление процесса изготовления кокаина (синтез крэка) привело к заметному росту потребления стимуляторов. Никотин-зависимых столько же, сколько алкоголиков, причем часто эти аддикции сочетаются. В то же время от курения гибнет больше людей, чем от алкоголизма, наркоманий, убийств и самоубийств, дорожно-транспортных происшествий и СПИДа, вместе взятых. Курение табака часто сочетается также с перееданием под предлогом снижения аппетита. Окружающие страдают от «пассивного курения»: через 1,5 часа пребывания в накуренном помещении содержание никотина в крови у некурящего повышается в восемь раз.

- И.Н. Пятницкая (1994) выделяет следующие **этапы развития наркомании.**
- Этап злоупотребления наркотиком. Опьянения чередуются с периодами трезвости неопределенной длительности. Наблюдается смена фаз:
 - 1) эйфория как субъективное чувство удовольствия, благоприятного сдвига в настроении или самочувствии;
 - 2) формирование предпочтения определенного наркотика;
 - 3) регулярность приема;
 - 4) угасание первоначального эффекта наркотика.
- В продроме болезни увеличивается суточная толерантность, возможно многократное введение наркотического вещества в течение дня, возникают явления дисхроноза, проявляющегося в постоянно высоком жизненном тоне, коротком беспорядочном сне, невыраженности суточных спадов активности.

- **1-я стадия** наркотической зависимости характеризуется регулярным приемом наркотика. Толерантность растет, защитные реакции слабеют, вероятность токсических реакций снижается, изменяется форма потребления (синдром измененной реактивности). Появляется психическое (обсессивное) влечение к опьянению, способность достижения психического комфорта в интоксикации (синдром психической зависимости).
- **2-я стадия** представлена большим наркоманическим синдромом в составе:
 - 1) синдрома измененной реактивности;
 - 2) синдрома психической зависимости;
 - 3) синдрома физической зависимости.

- **На 3-й стадии** организм наркомана истощен, наркотик выполняет роль тонизирующего, мобилизующего организм средства. При опиизме развивается функциональное слабоумие, обусловленное снижением побуждений, бедностью эмоций, редукцией энергетического потенциала, неспособностью к интеллектуальным усилиям. При злоупотреблении барбитуратами, ингалянтами и некоторыми сортами гашиша наблюдаются органическое слабоумие и тяжелый психоорганический синдром. Различают четыре клинические формы этого синдрома, поэтапно сменяющие друг друга:
- 1) астеническая (преобладает истощаемость психических процессов, эмоциональная гиперестезия с раздражительностью, явлениями дереализации);
- 2) эксплозивная (грубость, вспыльчивость, дисфории, слезливость, детализация, нарушения памяти);
- 3) эйфорическая (снижение критики к своему состоянию, ухудшение сообразительности, благодушие, прерывающееся взрывами гнева с последующими слезами);
- 4) апатическая (безразличие, ослабление активного внимания и памяти, отсутствие инициативы, вялость, резкое снижение круга интересов).

- *Ремиссии* при протекании химических зависимостей делятся на два типа.
- 1. Дисфорический тип проявляется астенодепрессивной симптоматикой. Отмечаются вялость, слабость, неспособность к активным интересам и занятиям, нежелание учиться или работать, раздражительность, обидчивость, плаксивость, капризность. Приступы злобы, агрессии чередуются с состояниями избыточной активности, с приливами инициативы, подвижности, незаразительной веселости.
- 2. Органический тип развивается при злоупотреблении барбитуратами и опиатами и проявляется психоорганической симптоматикой.

- ***Интоксикационные психозы*** при наркоманиях развиваются в случаях смены наркотика, употребления фальсифицированного вещества или неудачной комбинации ПАВ. Они имеют все черты острого экзогенного психоза: расстройство сознания, динамичность, при которой один синдром может сменяться другим, острое начало и течение. Глубина амнезии по выходе из состояния наркотического опьянения зависит от степени помрачения сознания; продуктивную симптоматику перенесенного психоза она затрагивает в последнюю очередь, бывшая разорванность сознания отражается в непоследовательности воспоминаний. Психоз включает также особенности, присущие интоксикации ПАВ: дисфорический дебют и необычайно глубокий сон на выходе.

- Наблюдаются *соматоневрологические расстройства*: бледность, вялость кожи, отсутствие блеска глаз, ногтей и волос, расслоение ногтей, выпадение волос, похудание.
- В результате наркоманы выглядят намного старше своего паспортного возраста. В местах введения наркотика вены поражаются тромбозом с последующим разрастанием соединительной ткани, что превращает их в плотные хрящевидные тяжи. Кожа над венами пигментирована, со следами инъекций. Отмечается слабость миокарда с повышенным риском инфаркта. У полинаркоманов часто поражается печень. У опиоманов и барбитуроманов преобладают расстройства желудочно-кишечного тракта, у гашишистов – органов дыхания. В результате поражения подкорковых образований головного мозга развиваются парезы и параличи, чаще всего стоп и голеней.

- Подростковую наркоманию отличает нечеткость симптоматики наркоманической зависимости. Ее признаки в большей степени определяются ситуацией, чем состоянием болезни.
- Границы синдромов и этапов болезни размыты, что не позволяет выделить стадии наркозависимости. Преобладает психопатологическая симптоматика.
- Быстро формируются эндокринная недостаточность и психический дефект, переходящие в апатическое слабоумие с выраженным психоорганическим синдромом.

Наркомании:

- Опиизм F11
- Гашишизм F12
- Зависимость от снотворных и седативных средств (F13)
- Кокаинизм (F14)
- Зависимость от стимуляторов (F15)
- Зависимость от галлюциногенов (F16)
- Никотинизм (F17)
- Зависимость от ингалянтов (F18)

Опиизм (F11)

- К опиатам относятся опий, добываемый из сока опиумного мака (*Papaver somnifer*), и его производные: морфин, кодеин, героин, дионин, пантопон, омнопон, а также синтетические препараты с морфиноподобным действием: фенадон, промедол. Сырье для него – опий-сырец, маковая соломка или опийный мак. Специально обработанный сок мака, напоминающий пластилин от белого до коричневого цвета, продается небольшими кусочками или шариками. Сленговые названия опия-сырца: встань-травка, жмых, кокнар, конар, мача, мачье, опиуха, папа, папавер, турьяк, ханка, чернуха, черный, черняшка, шняга. Готовый к употреблению ацетилированный опий имеет коричневый цвет и характерный запах уксуса.

- Наиболее распространенный опиат, героин продается в виде напоминающего крахмал порошка, состоящего из мелких кристаллов. На Западе он белого цвета; изготовленный в наших подпольных лабораториях, имеет серовато-коричневый цвет и неприятный запах. Его смешивают с кофеином, хинином или стрихнином, а также с самыми разными веществами: сахаром, пищевой содой, крахмалом, мукой, тальком, мелом. Пакетик такой смеси обычно весит полграмма, из них на долю героина приходится 20–40 %; эта доза стоит 50 долларов. Порошок рассасывают под языком, курят или вдыхают, раствор порошка вводят в вены конечностей или подкожно. Сленговые названия героина: белый, большой, гера, гертруда, герыч, говно, грустный, дурь, ковырялка, коричневый, косой, лошадь, медленный, перец, светлый, скучный, слон, султан, убойный, хлеб.

- **Интоксикация.**
- Диагностические критерии острой интоксикации:
- 1) наличие хотя бы одного из следующих признаков: а) апатия, безразличие, б) психомоторная заторможенность или расторможенность, в) снижение сосредоточения и умственной продуктивности, ухудшение памяти;
- 2) также наличие хотя бы одного из следующих признаков: а) сонливость, б) смазанная речь, в) сужение зрачков (или расширение при тяжелой передозировке) и г) нарушение сознания (ступор, кома).
- Интоксикация опиатами протекает **в четыре фазы** (Пятницкая, 1994).

- **1-я фаза** проявляется через 10–30 секунд после введения морфина: возникает чувство тепла в области поясницы или живота, поднимающегося вверх, оно сопровождается ощущениями легкого поглаживания кожи. Лицо краснеет, зрачки сужаются, повышается тонус скелетной мускулатуры, появляется сухость во рту. Голова становится легкой, в груди распирает от радости, возникает чувство прозрения. Сознание сужено, пациент сосредоточен на телесных ощущениях. Это состояние оргазма всего тела («прихода») длится до пяти минут, ощущается только новичками. При приеме трех– пяти таблеток кодеина 1-я фаза смазана, наблюдается покраснение верхней части тела, отечность лица, зуд кожи лица, шеи, верхней части туловища. Эти проявления сохраняются и во 2-й фазе, продолжаются в течение 1,5–2 часов.

- **2-я фаза – эйфории** («кайф», «волокуша», «таска»), характеризуется благодушной истомой, ленивым удовольствием, тихим покоем. В это время резко снижаются такие неприятные чувства, как страх, тревога, озабоченность и боль. Ослабляются половое влечение, аппетит и чувство жажды. Тормозится функция дыхания и желудочно-кишечная перистальтика. Опьяневший вял, малоподвижен, испытывает ощущение тяжести и тепла в руках и ногах. Представления приобретают образный характер, появляются грезоподобные фантазии, грезы сменяют одна другую. Внешние раздражители воспринимаются искаженно. При употреблении кодеина первая фаза переходит в состояние двигательного и психического возбуждения. Опьяневший оживлен, смешлив, громко, быстро разговаривает, жестикулирует, не сидит на месте. Продолжительность фазы до 3–4 часов.

- **3-я фаза** представляет собой поверхностный сон в течение 2–3 часов.
- **4-я фаза** характеризуется плохим самочувствием, головной болью, беспричинным беспокойством, иногда тревожностью, тоской. Отмечается тошнота, головокружение, мелкий тремор рук, языка, век.
- Триада передозировки опиатами: кома, сужение зрачков по типу «булавочной головки» и подавление дыхания. Дыхание замедляется, пульс урежается, снижается реакция на внешние раздражители, понижается температура и давление крови. Может наступить смерть от паралича дыхательных центров.

- **Синдром отмены**(«ломка») начинается через 6–8 часов после приема последней дозы на фоне не менее недели непрерывной интоксикации. Максимум проявлений наблюдается на 2–3 день, продолжительность синдрома составляет 7–10-й дней. В мягких случаях состояние напоминает грипп, развернутая картина выражается в следующих проявлениях: тревога, настойчивые поиски препарата, зевота, выламывающие мышечные боли, боли в пояснице, слезотечение, насморк, слюноотделение, рвота, понос, сильная потливость, лихорадка, «гусиная кожа», расширение зрачков, бессонница. Кроме этих основных симптомов могут наблюдаться дисфория с агрессивными и аутоагрессивными действиями; больного бросает то в жар, то в холод, дыхание учащается, усиливается сердцебиение, появляются спазмы кишечника, наступает обезвоживание организма и потеря веса. В редких случаях возможна смерть из-за сердечной недостаточности.

- Синдром отмены диагностируется при наличии не менее трех из следующих признаков:
- 1) стремление к возобновлению приема ПАВ;
- 2) насморк или чихание;
- 3) потливость;
- 4) тошнота, рвота;
- 5) учащенное сердцебиение или повышенное артериальное давление;
- 6) психомоторное беспокойство;
- 7) головная боль;
- 8) бессонница;
- 9) общее недомогание, слабость;
- 10) преходящие зрительные, осязательные или слуховые галлюцинации или иллюзии;
- 11) судорожный припадок с потерей сознания.

- **Абстинентный синдром** формируется через 1–2 месяца регулярного потребления наркотика. В нем выделяют четыре фазы.
- **1-я фаза** возникает через 8–12 часов после последнего приема наркотика. Присутствуют признаки психической зависимости: влечение к наркотику, состояние неудовлетворенности, напряженности. Отмечаются соматовегетативные реакции: расширение зрачков, зевота, слезотечение, насморк с чиханием, «гусиная кожа». Исчезает аппетит, затрудняется засыпание.
- **2-я фаза** наиболее выражена через 30–36 часов после последнего приема наркотика и характеризуется чувством озноба, сменяющимся чувством жара. Наблюдаются приступы потливости и слабости. В мышцах спины, а затем ног, шеи и рук появляется ощущение неудобства, мышцы тела напряжены. Появляется боль в межчелюстных суставах и жевательных мышцах. Симптомы 1-й фазы сохраняются, усиливается зевание и слезотечение, чихание доходит до 100 раз подряд.

- **3-я фаза** развивается к концу вторых суток лишения наркотика. Появляются мышечные боли. Мышцы спины, конечностей, реже шеи сводит, тянет, крутит. У части больных возникают судороги икроножных, стопных и других периферических мышц. Высока потребность двигаться. При движении боли поначалу ослабевают, затем усиливаются. Больные не могут найти себе места, ложатся, встают. Вновь ложатся, крутятся в постели. Они напряжены, недовольно-злобны, подавлены, переживают чувство безнадежности и бесперспективности. Признаки предыдущих фаз усиливаются.
- **4-я фаза** появляется на третьи сутки лишения наркотика и длится до 5–10 дней. Появляются боли в животе, через несколько часов – рвота и понос до 10–15 раз в сутки, сопровождающиеся болезненными позывами.
- Во время абстинентного состояния больные не могут спать и есть, теряют в весе на 10–12 кг. Давность заболевания и величина дозы усиливают тяжесть состояния. Кодеиновая абстиненция развивается медленнее морфийной, достигает пика на 5–6-е сутки, она менее интенсивна, но более длительна. Менее выражены аффективные явления и расстройства пищеварения. При нелеченном абстинентном синдроме остаточные явления могут сохраняться до 2 месяцев. К ним относятся: периодически возникающее компульсивное влечение к наркотику; недовольство, подавленное настроение; повышенный аппетит; кратковременный сон, иногда бессонница; единичное чихание; периодический озноб или потливость; боль в межчелюстных суставах в начале приема пищи; неспособность к психической и физической нагрузке.

- В **течении** опиомании выделяют три стадии. Патологическое влечение возникает после 30 приемов кодеина, 10–15 инъекций морфина, 3–5 инъекций героина.
- На **1-й стадии** снижается потребность во сне, особенно у кодеинистов. Исчезает зуд, подавлен аппетит, уменьшается количество мочи, появляются запоры. Для достижения прежнего эффекта приходится повышать дозу в 3–5 раз. Через 1–2 суток воздержания появляется чувство напряженности, психического дискомфорта, стремление употребить наркотик. При морфинизме продолжительность 1-й стадии – 2–3 месяца, при использовании опия – 3–4 месяца, кодеина – до шести месяцев. Больным удается скрывать свою наркотизацию.
- На **2-й стадии** наркотизация регулярна, дозы увеличиваются в 100–300 раз, больные часто поступают на лечение с целью снижения дозы («омоложения»). Действие наркотика перестает ощущаться на физиологическом уровне. Нормализуются стул и мочеиспускание, восстанавливается сон. Однако сужение зрачка стабильно сохраняется. Меняется поведение: если на 1-й стадии болезни наркоман был бодр и подвижен до инъекции и заторможен после нее, то начиная со 2-й стадии заболевания он выглядит вялым и бессильным до инъекции и оживляется после нее.
- Продолжительность 2-й стадии опиомании составляет 5–10 лет. В это время формируется стойкий астенический синдром: снижается работоспособность, особенно умственная; трудно концентрировать внимание, ослабляется память, планомерная работа становится невозможной, исчезает интерес к прежним занятиям. Больные подавлены, раздражительны, слезливы. Они выглядят старше своих лет, истощены, наблюдается дефицит массы тела в 7–10 кг.
- На **3-й стадии** выражены последствия хронической интоксикации. Преобладают признаки физической зависимости. Толерантность падает приблизительно на треть от прежней дозы, действие наркотика становится исключительно стимулирующим. Для достижения состояния комфорта требуется 1/10 постоянной дозы. Без наркотика у наркомана нет сил передвигаться. Наркотик принимается 3–5 раз в сутки. Абстинентный синдром резко выражен.

- **1-я фаза** абстинентного синдрома возникает через 4–5 часов после лишения наркотика. Больной испытывает тоску и апатию; расширяются зрачки, тело покрывается липким потом, конечности холодеют и становятся синюшными. **2-я фаза** наступает через 12 часов воздержания. Появляется ощущение безнадежности, отчаяния, сопровождаемое обездвиженностью. Возникают сжимающие, давящие боли в области сердца.
- **3-я фаза** развивается на вторые сутки отнятия. Тоска становится глубокой, с чувством безысходности. Больные подолгу лежат без сна, отвернувшись к стене, не переносят громкие звуки и яркий свет, аппетит отсутствует. АД снижается до 90–70/60–40 мм рт. ст.
- **4-я фаза** формируется к концу вторых суток после принятия последней дозы. Больные вялы и обессилены, постоянно лежат. Их мучает изнуряющий понос с болезненными позывами и резами в животе. Кожа становится сухой, землистого цвета. На лице у больных выражение скорби, печали, глаза глубоко запавшие, тусклые. Острое абстинентное состояние длится до двух недель, симптомы постепенно ослабевают и исчезают в обратной последовательности в течение 5–6 недель, некоторые сохраняются надолго.
- Особенно злокачественное течение опиомании наблюдается у эмоционально неустойчивых психопатов, которые быстро доводят потребление морфия до 3–5 г в сутки. При длительном злоупотреблении опиатами кожа приобретает желтоватый оттенок, как при обезвоживании. Быстрее, чем при других формах наркомании крошатся и выпадают зубы. Выражены расстройства желудочно-кишечного тракта. Отмечается резкое истощение, выраженное преждевременное старение. Героиновый наркоман живет в среднем 7 лет после начала заболевания. Смерть наступает от СПИДа, гепатита или передозировки.

Гашишизм (F12)

- В группу каннабиоидов входят препараты, изготавливаемые из конопли (*Cannabis*): гашиш, анаша («план»), марихуана («травка») и пр.
- **Гашиш** является одним из сортов конопли. Гашиш («пластилин», «пласт», «грязь») сильнее марихуаны примерно в 10 раз, он представляет собой смесь смолы, пыльцы и измельченных верхушек конопли, напоминающую темно-коричневый пластилин. Его обычно курят (в кальянах или в смеси с табаком), заваривают как кофе, принимают экстракт, смешанный с пряностями, беленой, дурманом, спиртными напитками, добавляют в пищу, глотают в пилюлях.
- **Марихуана** – другой сорт конопли. Используют ее светлые зеленовато-коричневые размолотые листья и цветущие верхушки травы. Наибольшая концентрация наркотического вещества – до 10 % – содержится в колумбийской марихуане. Продается чаще всего в высушенном и сильно измельченном виде, может быть плотно спрессована в комки. Фасуется обычно в спичечные коробки или тару сходного размера. Ее курят, смешивая с табаком, чаще всего используют пустые гильзы от «Беломора». Сленговые названия марихуаны: бошки, гандж, драч, дым, жареха, конопа, конопель, маняга, марго, маруся, маруха, молоко, сено, табакерка, шала, шан, шишки, шмаль. Баш, баша, косяк, уголок, штакет, штакетина – папироса, сигарета или самокрутка с марихуаной.

- **Инттоксикация** развивается сразу после курения, достигает максимума через 10–30 минут и длится 2–4 часа. Обостряется восприятие цвета, вкуса и музыки. Сознание сужается, внимание сконцентрировано на общении, постороннее не замечается. Возникает ощущение большей насыщенности времени событиями, ощущение расслабления и парения, сексуальное возбуждение, эйфория с неуместным смехом, чередующаяся с дисфорией. Человек чувствует себя высшим существом, смотрит на приятелей с дружелюбным презрением. При употреблении наркотика в компании участники, индуцируя друг друга, могут без умолка говорить о пустяках, энергично жестикулировать, гримасничать, приплясывать, ломать вещи. Наркоман смеется или плачет вслед за соседом, не испытывая соответствующих чувств. Характерна «деревянная» улыбка, вызванная судорогой мимической мускулатуры. При небольших дозах сохраняется способность иронически наблюдать за собой со стороны. Физиологические эффекты выражаются в мышечном расслаблении, учащении сердцебиения, покраснении глаз, сухости во рту и иногда повышении аппетита. Затем наступает сонливость.
- При высоких дозах появляется путаница мыслей, навязчивые звуки, болезненная чувствительность слуха: тиканье часов, жужжание мошкары, малейший шум вызывает ужас. Затем развиваются вялость, апатия. Расстояние до предметов кажется бесконечным, так же бесконечно долго тянутся промежутки времени; изменяется форма и цвет предметов. Наблюдается расстройство схемы тела, диссоциация личности с появлением фантастического психического двойника, порождающего бесчисленные идеи. Легко вызываются внушенные галлюцинации. Нарастают тревога, подозрительность. Отмечается расширение зрачков, сильная сухость во рту, кашель, повышенный аппетит, сердцебиение.

- Для диагностики острой интоксикации необходимо:
- 1) наличие хотя бы одного из нижеперечисленных признаков:
 - а) эйфория и расторможенность,
 - б) тревога, беспокойство,
 - в) подозрительность или параноидные представления,
 - г) ощущение замедления течения времени,
 - д) снижение целенаправленности мышления,
 - е) снижение сосредоточения,
 - ж) снижение быстроты реакций,
 - з) слуховые, зрительные или осязательные иллюзии,
 - и) галлюцинации при сохранной ориентировке,
 - к) деперсонализация или дереализация,
 - л) снижение умственной продуктивности;
- 2) а также наличие не менее одного из следующих признаков:
 - а) повышенный аппетит, жажда,
 - б) сухость во рту,
 - в) покраснение глаз, слезотечение;
 - г) учащенное сердцебиение.

- Нередко развивается *онейроид* с грезоподобными фантазиями или погружением в прошлые эмоционально насыщенные переживания. Выражение лица в это время соответствует переживаемому аффекту, в контакт вступить не удастся. Может развиваться интоксикационный делирий, характеризующийся паническими проявлениями, спутанностью сознания, дезориентировкой, деперсонализацией, устрашающими галлюцинациями, бредовым поведением. Больной ярко галлюцинирует, видит диких зверей, преследующих его, убегает от них, проявляет агрессию к окружающим. Им овладевает то ужас, то растерянность, то безудержное веселье. Психоз продолжается от нескольких часов до нескольких дней. Выход из него происходит через длительный сон и глубокую астению, длящуюся до 2–3 недель.
- Передозировка приводит к вегетативному перевозбуждению: зрачки сильно расширены, не реагируют на свет. Лицо гиперемировано, сухость губ и полости рта, голос хриплый, пульс до 120 ударов в минуту, АД 170/130 мм рт. ст. Координация нарушена, тремор, рефлексы повышены. Затем АД падает, наступает оглушение, а иногда и кома, которая может продолжаться несколько часов.

- **Абстинентный синдром** появляется через 6–12 месяцев постоянного употребления наркотика.
- **1-я фаза** абстинентного синдрома развивается через 4–5 часов после курения и характеризуется расширением зрачков, зевотой, ознобом, вялостью, мышечной слабостью. Возникают беспокойство, дисфория, исчезают сон и аппетит.
- **2-я фаза** появляется к концу первых суток отнятия наркотика. Мышцы напряжены, отмечается мелкий тремор, тики, оживление сухожильных рефлексов. Повышается АД, пульс и дыхание учащаются. Могут возникать спазмы в животе с тошнотой и рвотой, озноб, проливной пот, тремор, возможен гипертонический криз.
- **3-я фаза** возникает на вторые сутки лишения наркотика и протекает с ощущением тяжести и сдавливания в груди, болью и сжиманием в сердце, затруднением дыхания. Больной чувствует сжатие и сдавливание в темени и висках, жжение, неприятное покалывание, ползание, дерганье на коже и под кожей. Компульсивное влечение достигает пика, больной становится плаксивым, развивается астеническая депрессия. На 3–5 сутки воздержания возможно нарастание тревожного беспокойства с переходом в делирий, который длится до недели.

- **Течение** гашишизма проходит три стадии.
- **1-я стадия** наступает через 1–1,5 года систематического потребления наркотика. К этому времени толерантность возрастает до 3–5 сигарет за вечер, гашиш предпочитается алкоголю. Опьянение протекает без проявлений страха и тревоги, вегетативные симптомы ослабевают. Появляется obsessive влечение к наркотику как средству достижения эйфории, без которого возникает неудовлетворенность и беспокойство. Больной активно ищет свой наркотик.
- **2-я стадия** формируется через 3–5 лет систематического потребления наркотика. Начальное психосоматическое расслабление в интоксикации становится очень кратковременным, человек собран, активен, трудоспособен. Темп мышления ускорен, настроение приподнятое, смешливое. Опьянение длится 1–1,5 часа, после чего снижается тонус, падает работоспособность, исчезает интерес к окружающему. Толерантность возрастает, спиртное больше не употребляется. Вне интоксикации больной несобран, расслаблен, психическая работоспособность низка. Вскоре падает способность к выполнению физической нагрузки без употребления наркотика, формируется физическая зависимость и compulsive влечение.

- **3-я стадия** развивается примерно через 10 лет постоянной наркотизации. Толерантность падает, гашиш оказывает лишь стимулирующее действие, преобладает физическая зависимость. Абстинентные состояния затяжные, на первый план выступает астеноипохондрическая симптоматика. Для хронических гашишистов характерна темная желтизна кожи, напоминающая старческую пигментацию, у них происходит сужение легочных путей и возникает эмфизема (расширение грудной клетки), повышен риск туберкулеза и рака легких. У многолетних курильщиков развивается амотивационный синдром: пассивность, отсутствие интересов и побуждений, «выпадение» в процессе беседы и трудности сосредоточения. Встречаются хронические психозы, напоминающие параноидную шизофрению и приводящие к инвалидизации. Марихуана хотя и не вызывает физическую зависимость, но синдром отмены и повышение толерантности к ней способствуют возникновению психической зависимости. Для большинства хронических потребителей марихуаны характерны вялость, ухудшение мышления и самоконтроля.

Зависимость от снотворных и седативных средств (F13)

- **Снотворные.** Хотя распространенность злоупотребления снотворными препаратами сравнительно невысока, ее индивидуальные последствия тяжелее, чем при опиомании и гашишизме. Чаще всего в качестве наркотика применяют соли барбитуровой кислоты – барбитураты. Они были названы так Ф. Бауэром, который открыл их в своей лаборатории в Мюнхене в 1862 г., по имени женщины, сдававшей мочу для исследования (ураты Барбары – барбитураты).
- К наиболее распространенным барбитуратам относятся барбамил (амитал-натрий), нембутал (этаминал-натрий), фанодорм (циклобарбитал). Используют также бромурал (производное мочевой кислоты) и ночной транквилизатор ноксирон. В ряде случаев злоупотреблению предшествует привыкание к назначенным врачом снотворным, развивающееся у людей с нарушенным сном. Эти люди с трудом адаптируются к требуемому суточному ритму, отличающемуся от индивидуального, что проявляется в трех формах.

- 1. В связи с искажением суточного режима из-за ночных смен или авиаперелетов (особенно с запада на восток, укорачивающих сутки) возникает бессонница, чередующаяся с дневной сонливостью, появляются диспепсические (пищеварительные) и другие психосоматические расстройства. Эта форма особенно характерна для пожилых людей из-за снижения возможностей адаптации и чревата ошибками диспетчеров, авиапилотов, медицинских работников и представителей других профессий, работающих в круглосуточном режиме.
- 2. Опережающий тип («жаворонки») или отставленный тип («совы»). Первый тип чаще встречается в пожилом возрасте, второй – в молодости. При отставленном типе (позднее засыпание и позднее пробуждение) возникают проблемы из-за частых опозданий на учебу и работу. 3. Дезорганизованный тип. Ночной сон укорочен, зато часты эпизоды дневного сна и «залеживание» в постели. При этом пациенты жалуются на бессонницу.

- **Интоксикация снотворными.** Обычно взвесь двух-трех растолченных таблеток вводят внутривенно.
- **1-я фаза** возникает «на игле» и длится несколько секунд. Наступает мгновенное оглушение, в глазах темнеет, появляются светящиеся точки, круги, появляется эйфория, чувство «отключения». Наблюдается расширение зрачков, покраснение верхней части туловища и слизистых оболочек, резкая мышечная слабость.
- **2-я фаза** длится 2–3 часа. Отмечается беспричинное веселье, легко сменяющееся гневом, беспорядочная гиперактивность, крайняя отвлекаемость внимания, резкое падение способности осмысливать и оценивать ситуацию. Двоение в глазах, подергивание глазных яблок, расширение зрачков, дизартрия (нарушение артикуляции с затруднением в первую очередь произношения согласных), неустойчивость при стоянии и ходьбе, грубость и размашистость движений. Склеры и кожа лица покрасневшие, кожа с сальным отливом, слюноотделение повышено, на языке появляется коричневый налет. Частота пульса и АД снижены, горячий обильный пот, температура тела понижена.
- **3-я фаза** – беспробудный сон, который длится 3–4 часа. 4-я фаза представлена слабостью, разбитостью, мышечной вялостью, неловкостью движений, тремором. Отмечаются неспособность сосредоточиться, падение сообразительности, головная боль, тошнота, рвота. Аппетит отсутствует, мучает жажда. Выпитый стакан горячей воды приводит к возобновлению признаков опьянения: появляется головокружение, поднимается настроение, возрастает активность.

- Для диагностики острой интоксикации требуется:
- 1) наличие хотя бы одного из следующих признаков:
 - а) эйфория, расторможенность,
 - б) апатия, безразличие,
 - в) конфликтность, агрессивное поведение,
 - г) аффективная неустойчивость,
 - д) снижение концентрации,
 - е) амнезия на события, произошедшие непосредственно после выхода из состояния интоксикации,
 - ж) нарушения психомоторики,
 - и) снижение умственной продуктивности;
- 2) а также наличие не менее одного из следующих симптомов:
 - а) неуверенность походки,
 - б) нарушение координации движений,
 - в) смазанная речь,
 - г) подергивание глазных яблок, ступор или кома;
 - е) покраснения и высыпания на коже в виде мелких пузырьков.
- Передозировка: быстро наступает обездвиженность, глубокий сон, переходящий в кому. АД резко падает, дыхание становится частым и поверхностным, кожа резко бледнеет и становится синюшной, температура тела падает. В 10 % случаев передозировки наступает смерть от паралича дыхательного центра.

- **Синдром отмены** диагностируется при наличии не менее трех из следующих признаков:
- 1) тремор пальцев вытянутых рук, кончика языка или век;
- 2) тошнота, рвота;
- 3) учащенное сердцебиение;
- 4) понижение артериального давления при вставании;
- 5) психомоторное беспокойство;
- 6) головная боль;
- 7) бессонница;
- 8) слабость, недомогание;
- 9) преходящие зрительные, осязательные или слуховые галлюцинации или иллюзии; 10) параноидные представления;
- 11) судорожный припадок с потерей сознания.

- **1-я фаза** абстинентного синдрома длится до 20 часов после отнятия, больной напряжен, злобен, не может есть и спать, беспокоен. Наблюдается мышечная слабость, озноб, «гусиная кожа», зевота, бледность, потливость, расширение зрачков. **2-я фаза** наступает к концу первых суток. Нарастает мышечный тонус, появляются судороги в икроножных мышцах, подергивание отдельных мышечных пучков, мелкий тремор. При ходьбе больной пошатывается, падает. Не может лежать в постели из-за беспокойства, тревоги, дисфории, не переносит шума, света. Учащается сердцебиение, повышается АД. **3-я фаза** отмечается через двое суток. К симптомам предыдущей фазы добавляются боли в желудке, рвота, понос, боли в крупных суставах; в области сердца – боли тянущего, давящего характера. **4-я фаза** развивается к концу третьих суток воздержания. Возникают судорожные припадки с потерей сознания, прикусом языка и непроизвольным мочеиспусканием (до пяти раз в сутки), которые повторяются на протяжении последующих трех суток. В это время возникает напряженная дисфория, которая переходит в депрессию или делирий с ярко окрашенными галлюцинаторными образами, монотонностью аффекта и обширной амнезией по выходе из психоза. При этом активность больного ограничена пределами постели.

- **Развитие наркомании** происходит в течение 3–4 месяцев при ежедневном приеме 0,5 г барбитуратов и за 1–1,5 месяца при приеме 0,8 г.
- **1-я стадия** обычно развивается на фоне чередования алкоголя и снотворных. Толерантность постепенно вырастет в 3–5 раз, алкоголизация прекращается, снотворные принимаются и днем в расчете на стимулирующий, эйфоризирующий эффект, каковой и наступает. Вне опьянения больной чувствует неудовлетворенность и беспокойство. Obsessивное влечение заменяется компульсивным. У больных алкоголизмом и психопатиями эта стадия длится всего 2–3 недели, у больных неврозами при использовании малых доз она может растягиваться на годы.
- **2-я стадия** протекает в течение 10–12 лет. Через полгода систематического приема появляется физическая зависимость от снотворных, толерантность устанавливается на уровне 0,5 г три раза в сутки. Исчезают наблюдавшиеся ранее двигательные нарушения, отмечается дисфория с приступами гнева, однообразная речь с застреваниями и оскудением словарного запаса. При опьянении наркоман испытывает веселость, довольство, уверенность, комфорт. По выходе из состояния опьянения обнаруживаются палимпсесты.
- **3-я стадия** проявляется в снижении толерантности и утрате способности ощущать эйфорию. Дробные дозы снотворных комбинируются с алкоголем, транквилизаторами и употребляются для активизации, восстановления способности выполнять простую работу. Наблюдаются симптомы хронической интоксикации: расстройство артикуляции и координации движений, отупение. Все поведение определяется компульсивным влечением. Абстинентный синдром длится до 5–7 недель, долгое время отсутствуют инициатива, аппетит и сон, наблюдается апатическая депрессия с суицидальными мыслями. Половину всех попыток самоубийства составляют острые отравления барбитуратами, каждый десятый больше не просыпается.

- У хронических больных выражена утомляемость, истощаемость внимания, недостаточная способность к концентрации. Сужается круг интересов, наблюдается эмоциональная неустойчивость, дисфории, депрессия. Глаза и волосы тусклые. Кожа пастозная, бледная с землистым оттенком, покрыта гнойничковой сыпью. Выявляется дистрофия миокарда, гепатит, гипoaцидный гастрит; характерны коричневый налет на языке, потеря аппетита и склонность к запорам. Частое осложнение – токсическая энцефалопатия и диффузное поражение нервной системы.

- **Транквилизаторы.** Злоупотребление транквилизаторами связано с их широкой распространенностью и облегченным доступом к ним, распространенностью самолечения. Регулярно принимают транквилизаторы до 5 % населения, большей частью – женщины. Наиболее популярны быстродействующие и наиболее эйфоризирующие препараты: нитразепам (эуноктин, радедорм), сибазон (диазепам, седуксен, валиум, реланиум). Применяют также хлордиазепоксид (элениум, либриум), нозепам (тазепам, оксазепам), мепротан (мепробамат, кванил), мебикар, триоксазин.
- **Интоксикация** возникает при приеме 3–4 таблеток (у алкоголиков – 5–10) и проявляется в эйфории, подъеме сил, собранности, активности. Ощущаются волны приятного тепла, поглаживание кожи, легкость, парение. Через 2–3 часа возникает дисфория. При передозировке наблюдаются тошнота, рвота, головокружение, проливной пот, икота, двигательная заторможенность, нарушение координации.

- **Абстинентный синдром** возникает к концу первых суток лишения транквилизатора. Больные тревожны, суетливы, у них появляется мелкая дрожь и судороги, они жалуются на тошноту, звон в ушах, болезненную чувствительность слуха, головокружение. Зрачки максимально расширены, отмечается потливость, отсутствие аппетита, затрудненное засыпание. Больные злобны, высказывают идеи о плохом отношении к ним. На 2–4-е сутки повышается АД, учащается сердцебиение, появляются колющие боли в сердце, разлитая боль в животе, понос. К концу первой недели тревога усиливается, возникает речедвигательное возбуждение, судорожные припадки, может развиваться делирий. Продолжительность абстинентного синдрома – до трех недель, затем в течение 1–2 месяцев сохраняется obsessive влечение, аффективные колебания, нарушения сна, утомляемость.

- **Зависимость** обычно развивается через 1–2 года систематического приема препарата.
- **На 1-й стадии** появляется obsessивное влечение к препарату, когда состояние психического комфорта возможно только в интоксикации. Выражены психическая и двигательная активность с поверхностным осмыслением ситуации. Благодушный фон настроения неустойчив, легко возникают гневливые реакции. По выходе из интоксикации отмечаются явления амнезии на пережитый эпизод.
- **2-я стадия** характеризуется появлением компульсивного влечения. Чтобы достичь прежней эйфории, препарат приходится вводить внутривенно. Опьянение начинается с оглушения, затем развиваются подергивание глазных яблок, двоение в глазах, нарушается координация движений, повышается АД. Благодушные легко сменяются дисфорией, возбуждением. Длительность опьянения сокращается, что вынуждает вводить препарат повторно, при этом нередки передозировки. Вне интоксикации наблюдаются бледность, расширение зрачков, сухость во рту, мелкий тремор, гипертония. Больные не могут выполнять работу, связанную с выполнением точных движений, управлять движущимися механизмами.

- **3-я стадия** отличается падением толерантности, больной возвращается к первоначальной дозе, возобновляет прием алкоголя. Транквилизатор лишь дает возможность собраться, выполнять какую-либо работу, без него отмечаются слабость, апатия, обильные сенестопатии. Больные ощущают себя тяжело больными, требуют назначения транквилизатора, отказываются от другой терапии. Они испытывают дисфорию, депрессию с суицидальными тенденциями. Абстинентный синдром развивается через 2–3 суток лишения ПАВ. В течение 2–4 дней продолжается речедвигательное возбуждение, сменяющееся вялой депрессией с обилием соматических жалоб. Через 2–3 недели депрессия ослабляется, но раздражительность и подавленность сохраняются до 2 месяцев.
- Больные выглядят старше своих лет, они бледны и истощены, производят впечатление соматических больных. Лицо становится маскообразным, речь и движения замедлены. Нарастает вялость и мнестико-интеллектуальное снижение, резко падает физическая и умственная работоспособность. Выражена моральная деградация. Обычно уже на 2-й стадии заболевания больные теряют работу, воруют, подделывают рецепты. Смертность этой категории больных в 2–3 раза выше, чем в целом по населению.

- *Анальгетики и антигистаминные средства.*
- Свободно отпускаемые в аптеках анальгин, амидопирин, фенацетин вызывают эйфорию. Интоксикация вызывает колебания настроения от веселой дурашливости до дисфории. Абстиненция протекает с тревогой, бессонницей, болезненным обострением чувствительности, сильными головными болями, чередованием обильных поносов и запоров, судорожными припадками. Через несколько лет злоупотребления ухудшаются память и интеллект, формируется выраженное снижение уровня личностного функционирования, может развиваться эпилепсия. Больные истощены, кожа приобретает зеленовато-серый оттенок, покрыта лекарственной сыпью. Артикуляция нарушена, кисти рук дрожат, походка неуверенная. Часты соматические осложнения: анемия, нефрит с уремией, нередко приводящий к смерти.
- Антигистаминные препараты димедрол и дипразин (пипольфен) назначают для лечения аллергических заболеваний. Они обладают слабым успокаивающим и снотворным действием, что позволяет использовать их в качестве опьяняющих средств. Картина опьянения напоминает опьянение транквилизаторами. Интоксикация сопровождается головокружением, головной болью, сухостью во рту, тошнотой. Описан делирий и психоорганический синдром.

Кокаинизм (F14)

- Кокаин получают из листьев кустарника кока, который растет на склонах Анд в Южной Америке и веками используется индейцами в качестве стимулятора. В Западной Европе и США кокаин начал распространяться с середины XIX века, особенно после статьи З. Фрейда «О коке», вышедшей в 1884 г. В этой своей первой крупной публикации Фрейд, сам попавший в зависимость от кокаина, рекомендовал его как лекарство от депрессии, неврозов, импотенции, алкоголизма и наркомании, астмы, несварения желудка и сифилиса. В то время порошок кокаина закладывали в нос, где он всасывался через слизистую. После Второй Мировой войны в США появился крэк – препарат кокаина, устойчивый к высокой температуре, который можно курить. С этого времени кокаиновая наркомания стала распространяться среди молодежи. 27 % обращений американцев за экстренной медицинской помощью связано с потреблением кокаина. У 59 % водителей, задержанных за опасную езду, анализ на присутствие кокаина оказывался положительным. У 31 % людей, ставших жертвами убийства, в крови обнаруживался кокаин.

- Процесс изготовления кокаина довольно прост. Листья коки вымачивают в баке с негашеной известью, водой и керосином, в результате чего получается «кокаиновая паста». Ее обрабатывают кислотой, и кокаин готов. Порошок кокаина нюхают через пластиковую соломинку. Соль кокаина смешивают с пищевой содой и водой, выпаривают и получают хрупкие пластинки крэка, который разламывают на кусочки и используют для курения. Сленговые названия кокаина и крэка: дутый, кекс, мука, кикер, кокс, нос, свежий, снег, сырой, ускоритель, энергия.

- **Интоксикация.**
- **1-я фаза** представляет собой приступ оглушения сознания с дереализацией, ощущением озарения, блаженства, парения.
- **2-я фаза:** сужение сознания, окружающее не воспринимается, возможны попытки разбежаться и взлететь, по телу пробегают волны приятного озноба, напоминающего оргазм.
- **3-я фаза:** обостренное восприятие окружающего с сужением объема восприятия и синестезиями, когда звуки «видны», цвета «слышны». Появляется высокая многосторонняя творческая активность, общительность, опьяневший становится суевливым и болтливym. Ассоциации быстрые, поверхностные, разорванные, с застреваниями. Возникает эйфорическое чувство любви ко всем людям, сопровождаемое половым возбуждением, повышается сексуальная чувствительность.
- **4-я фаза:** гиперестезия всех органов чувств с непереносимостью громких звуков и светобоязнью, сенестопатиями. Появляется ощущение опустошенности, подавленности, желание покоя, вялость, сонливость без перехода в сон. Кокаин часто принимают вместе с алкоголем, при этом в организме образуется кокаэтилен, который по своим фармакологическим свойствам сходен с кокаином, но значительно токсичнее его, что может привести к смертельному исходу.

- Диагноз острой интоксикации ставится: 1) при наличии хотя бы одного из следующих критериев: а) эйфория с ощущением прилива энергии, б) чувство повышенной бодрости, в) тенденция к переоценке собственной личности, грандиозности планов, г) конфликтность, агрессивное поведение, д) аффективная неустойчивость, е) повторяемость, стереотипность поведения, ж) слуховые, зрительные или осязательные иллюзии, з) галлюцинации при сохранной ориентировке, и) параноидные представления, к) снижение умственной продуктивности и производительности труда; 2) а также при наличии не менее двух из следующих признаков: а) учащенное, а иногда замедленное сердцебиение, б) сердечная аритмия, в) повышенное, а иногда пониженное АД, г) чередование проливного пота с ощущением холода, д) тошнота, рвота, е) потеря веса, ж) расширение зрачков, з) психомоторное беспокойство, а иногда обездвиженность, и) мышечная слабость, к) боли в груди и л) судорожные припадки.
- **Синдром отмены** диагностируется на основании наличия аффективных нарушений (например, подавленности или агедонии), а также не менее двух из следующих симптомов: а) чувство повышенной утомляемости, б) психомоторная заторможенность или беспокойство, в) тяга к кокаину, г) повышенный аппетит, д) бессонница или повышенная сонливость и е) причудливые или неприятные сны.

- **Абстинентный синдром** протекает с преобладанием соматовегетативных расстройств: головной болью, сердцебиением и болями в сердце, одышкой, судорогами мышц лица и языка, тремором, порывистыми, размахистыми движениями, двигательным возбуждением или заторможенностью. Появляются усталость, зевота, озноб, потливость, выраженная тревога, яркие неприятные сновидения, бессонница или повышенная сонливость, повышенный аппетит. Через 2–3 дня возбуждение спадает, больные вялы, плачут от ощущения безнадежности, аппетит отсутствует. Затем наступает длительный глубокий сон. На высоте абстинентного состояния возможно развитие делирия, напоминающего алкогольный, длящегося от 3 до 15 дней. Затем в течение месяца сохраняется паранойяльная и астенодепрессивная симптоматика с приступами тревожности.

- **Зависимость** возникает через 2–3 недели при вдыхании и курении и после первых же внутривенных вливаний, проявляется в сильном желании повторить ощущения.
- **1-я стадия** длится 1–1,5 месяца и проявляется в доминировании удовольствия от опьянения над прежними интересами и занятиями. Суточная толерантность быстро возрастает в 5–6 раз. Первые две фазы опьянения укорачиваются, в третьей фазе отсутствует избыточная двигательная активность, поведение упорядочено, соматические проявления четвертой фазы слабеют. Ритм приема становится циклическим: 2–3-е суток наркотик вводят днем и ночью по окончании действия предыдущей дозы. Наконец наступает психофизическое истощение, заканчивающееся сном, длящимся 1–2 дня. Проснувшись, наркоман ест много жирного и сладкого, испытывает чувство психического дискомфорта, не может сосредоточиться ни на чем, кроме наркотика и вскоре повторяет цикл.

- **2-я стадия.** Дозы кокаина возрастают до 3 г в сутки, инъекции повторяются каждые 2–4 часа. Цикл наркотизации включает 5–10 дней непрерывного потребления и 2–3 дня перерыва. Период эйфории сокращается до 2 часов, яркость восприятия и приятные ощущения резко ослабевают, активность сужается до какой-либо одностипной деятельности. По выходе из состояния опьянения возникает тревога, дисфория. Выражена физическая зависимость от ПАВ, поведение импульсивно, управляется влечением, все внимание сосредоточено на поиске наркотика, больные способны на преступление, агрессию. Отмечается бледность, расширение зрачков, сухость слизистых, тремор, повышение мышечного тонуса и артериального давления, учащается сердцебиение, нарушаются сон и аппетит.
- **3-я стадия.** Циклы укорачиваются, дозы наркотика уменьшаются, его действие выражено слабо, он употребляется в основном для предотвращения абстиненции. При опьянении появляются черты деградации: бессодержательная замедленная вязкая речь с застреваниями, собирательство мелких ненужных предметов. Вместо эйфории возникает взбудораженность, страх. Сон возможен лишь со снотворными. В абстиненции выражены колебания настроения от гипомании до дисфории, периодически возникает безотчетная тревога. На выходе несколько недель сохраняются выраженные астенодепрессивные проявления.

- С момента формирования циклов больные запускают учебу, прекращают работать, конфликтуют с окружающими. Многие кокаиинисты галлюцинируют, находятся под действием бреда преследования, постоянно носят с собой оружие. У них нарушается внимание, мышление становится резонерским, банальным, отмечается грубая переоценка своей личности. Появляются сексуальные перверсии: гомосексуализм, садистические формы педофилии и геронтофилии (влечения к пожилым). Через 1,5–2 года потребления наблюдается выраженный регресс психики. Речь становится односложной, появляется грубость, вспыльчивость, злобность, эгоистичность. Больные бездеятельны, грязны, запущены, ведут паразитический образ жизни, продают домашние вещи, не заботятся о детях. Нередко кончают жизнь самоубийством.
- Для нюхающих кокаин характерна атрофия слизистых оболочек, хрящей, прободение носовой перегородки. Типичны пигментные пятна на месте гнойников и фурункулов. Больные выглядят существенно старше своего возраста, у них сухая и дряблая кожа, ломкие ногти и волосы, бледное маскообразное лицо, холодные синюшные руки. Стимуляторы со временем истощают собственные ресурсы организма, в результате наступает выраженная астения, могут случаться обмороки, а сочетание перегрева и физической нагрузки может вызвать коллапс и смерть.

Зависимость от стимуляторов (F15)

- К стимуляторам относятся амфетамины: фенамин и его производные фенатин и первитин, эфедрин и добываемый из него эфедрон, а также экстази и кофеин. Действие амфетаминов состоит в значительном повышении концентрации норадреналина, высвобождению которого они способствуют, одновременно замедляя его распад. Таким образом, они вызывают состояние общего возбуждения, которое далее приводит к упадку сил. Наркотик вводится в вену. Первое введение сопровождается приливом энергии и эйфории, который длится около часа. Эффект последующих вливаний все слабее, а «ломки» при воздержании все тяжелее. «Скоростные» наркоманы употребляют больше 1 мг каждые 2–3 часа.
- Первитин и эфедрон – самодельные стимуляторы, которые начали изготавливать из эфедрина и солутана (средства от насморка), когда эти лекарства еще свободно продавались в аптеках. В настоящее время эфедрон готовят из препаратов, содержащих эфедрин (глазные капли, мазь «сунареф», раствор бронхолитина, теофедрин, антасман, аэрозоль «эфетин»), обрабатывая их перманганатом калия и уксусным ангидридом.
- Легкость изготовления и дешевизна сделали первитин и эфедрон весьма популярными у подростков. По распространенности они уступают только гашишу и опию. Главная опасность этих мощных и плохо очищенных наркотиков – передозировка, чреватая психозом и отеком мозга. Полная зависимость от них наступает быстрее, чем от героина – уже через месяц, и практически не излечивается.
- **Первитин** – готовая к употреблению желтая или бесцветная маслянистая жидкость с запахом яблок. Сленговые названия – болт, варево, вареный, винт, карбид, кроссвордный, масло, сила, скорость, стимул, умный, шуруп. Главные лекарственные компоненты первитина называют эфедрой, порохом, кристаллами. 1 грамм главного компонента первитина – чирка.

- **Эфедрон**– готовый к употреблению розовый или бесцветный раствор с запахом фиалки.
- Сленговые названия – бодяга, болтушка, джеф, жидкий порошок, кристалл, курица, марца, марцифаль, мулька. Главные лекарственные компоненты эфедрона имеют сленговые названия: салют, сопли, тефа.
- Диагностические критерии интоксикации амфетамином по ДСМ-4.
- А. Недавно имевшее место употребление амфетамина или родственного ему вещества (например, метилфенидата).
- Б. Клинически значимые, неадекватные изменения психики и поведения (например, эйфория или эмоциональное уплощение, изменения в общении, повышенная настороженность и обидчивость; страх, напряженность или агрессивность; стереотипное поведение; сниженная способность рассуждать или существенное ухудшение социальное и профессиональное функционирование), появляющиеся во время или сразу после потребления амфетамина или родственных ему веществ.
- В. Наличие по крайней мере двух из следующих симптомов, появляющихся во время или сразу после приема амфетамина или родственных ему веществ: 1) учащение или урежение сердцебиения, боли в груди или сердечная аритмия; 2) пониженное или повышенное артериальное давление, угнетение дыхания; 3) потливость или озноб; 4) тошнота или рвота, признаки потери массы тела; 5) бессвязность мыслей; 6) расширение зрачков; 7) психомоторное возбуждение или заторможенность, мышечная слабость, судороги, дискинезии, дистония или кома.

- **1-ю стадию** первитинового психоза наркоманы называют «непонятками», так как из-за перевозбуждения мозг перестает реагировать на внешние и внутренние сигналы, человек превращается в «зомби», автоматически подчиняющегося любым командам. На
- **2-й стадии** наступают «заморочки», наркоман застревает на какой-либо стереотипной деятельности. Девушка часами красит губы, выдавливает угри, убирает квартиру; парень курит 10 часов подряд, всю ночь решает один и тот же кроссворд, раздевается и одевается. Ощущение времени при этом теряется.
- **3-я стадия** – бредовой психоз, наркоман чувствует себя проповедником и его «выносит на базар»: он сутками не ест и не спит, бесконечно повторяя одну и ту же простую мысль, которая кажется ему откровением. Невнимание окружающих или попытки остановить наркомана вызывают у него вспышки агрессии, он легко может убить человека или «выйти в окно», чтобы доказать свое «бессмертие».
- **4-я стадия** – галлюцинаторно-бредовой психоз («навязки»), проявляется в приступах страха преследования, устрашающих слуховых и зрительных галлюцинациях. С целью самозащиты наркоман может напасть на случайного человека. При этом его очень трудно остановить, так как его стимулятор придает ему необычайную силу и выносливость, делает нечувствительным к боли. Эта стадия может перейти в делирий («тараканы») с ощущением ползания тараканов под кожей, восприятием звуков, с которыми они грызут плоть наркомана, и запаха разлагающегося тела. Однако рано или поздно «навязки» переходят в «измену» – хронический бредовой психоз. В этом состоянии наркоман сутками обыскивает квартиру в поисках доказательств измен жены, поджидает на лестничной площадке ее «любовников». В конце концов он может неделями обходиться почти без еды и сна, прячась от «врагов» в заброшенных домах, на чердаках или запираясь дома, не реагируя на попытки установить с ним контакт.
- Деграция личности наступает уже через полгода наркотизации и сопровождается резким снижением интеллектуального и морального уровня. Полностью утрачиваются прежние интересы и трудоспособность. Больные ведут паразитический образ жизни, воруют, побираются, становятся неряшливыми. У них развиваются спастический энтероколит, гипертоническая болезнь, дистрофия миокарда, мышечная слабость, нарастает физическое истощение.

- **Экстази** – общее название группы синтетических наркотиков, производных амфетамина (mdma – «Адам», meda – «Ева» и др.). Некоторые из них оказывают галлюциногенный эффект. Продаются в ночных клубах, на дискотеках в виде цветных капсул, часто с рисунком.
- Экстази был запатентован немецкими фармацевтами еще до Первой Мировой войны. Он возбуждает, а со временем разрушает клетки мозга, вырабатывающие серотонин. Экстази ускоряет реакции, обостряет ощущения и чувства, повышает интеллектуальные способности и сексуальную активность, дает возможность выдерживать экстремальные физические и эмоциональные нагрузки, долго обходиться без еды, сна и отдыха. Одна таблетка дает человеку возможность двигаться без перерыва 10 часов подряд. Во время длительного напряженного танца температура тела может подняться до 40 градусов, что чревато внутрисосудистым свертыванием крови. После прекращения опьянения наступает сильная усталость и сонливость, в течение нескольких дней наблюдается состояние апатии и подавленности.
- Психическая зависимость возникает очень быстро, вскоре препарат приходится принимать, чтобы выполнять обычную работу. При этом прежней эйфории уже не возникает, вместо нее наблюдаются тревога, страх, панические состояния, дисфорические реакции, возможна суицидоопасная депрессия. Длительный прием наркотика приводит к истощению нервной системы и дистрофии внутренних органов, значительным неврологическим нарушениям, вплоть до кровоизлияний в мозг. Препарат пагубно влияет на геном человека и, соответственно, на его будущее потомство.

- **Кофеинизм.** Злоупотреблением считается потребление 4–5 чашек кофе в день (0,5 г кофеина) при весе 70 кг. В местах лишения свободы распространено потребление чифиря (заваривается 50 г чая на стакан кипятка). Симптомы передозировки: двигательное беспокойство, тремор, подергивание мышц, головная боль, шум в ушах, покраснение лица, потливость, сердцебиение, учащенное мочеиспускание, тревога, скачки мыслей, сужение сознания, бессонница. После приема кофеина двигательные проявления быстро наступают и довольно скоро исчезают, психическое возбуждение, напротив, устанавливается медленнее и держится дольше. Кофеин способен вызывать панику, тревогу и усугублять паническое расстройство и агорафобию (навязчивый страх людных улиц и площадей); возможны дереализация и даже нарушения сознания и галлюцинации. Хроническое использование приводит к повышению толерантности и формированию зависимости. Об опасном увеличении переносимости кофеина говорит то, что одна чашка кофе уже не повышает тонус, не поднимает настроения, не вызывает ощущения прилива тепла в теле, не дает мочегонного эффекта. Через 12–16 часов после последнего употребления кофеина (в виде кофе, какао, шоколада, чая или колы) появляются головная боль, мышечное напряжение, раздражительность, тревога и утомляемость. Наблюдаются также снижение настроения, сонливость или бессонница. Осложнения: синдром усталости и ишемическая болезнь сердца.

- **Лечение** зависимости от стимуляторов заключается в резкой (а не постепенной) отмене стимулятора наряду с симптоматической терапией. Выделяют четыре направления поиска новых ощущений: потребность в физическом риске и приключениях, в новом жизненном опыте, в растормаживании и снятии социальных запретов, преодолении скуки восприятия. В заключение находят безопасные способы удовлетворения этих потребностей.
- Для выхода из кофеиновой зависимости следует предпринимать следующие меры. Постоянно следить за тем, чтобы доза кофеина не превышала индивидуально переносимую. Заменить несколько приемов кофе другими любимыми напитками без кофеина или кофе без кофеина. В свободные дни полностью отказаться от кофе. Затем выделить один рабочий день без кофе. Параллельно необходимо найти замену стимулирующему действию кофе.

ЗАВИСИМОСТЬ ОТ ГАЛЛЮЦИНОГЕНОВ (F16)

- К галлюциногенам относятся ЛСД, мескалин, мускатный орех, псилобицин, эрготамин, циклодол, астматол, димедрол. Они отличаются от остальных ПАВ тем, что вызывают не столько эйфорию, сколько расстройство сознания, восприятия и мышления с явлениями психического автоматизма и наплывом галлюцинаций. ЛСД – синтетический наркотик, не имеет цвета и запаха, продается в виде порошка или жидкости, которой пропитывают бумагу или ткань, разрисованную яркими картинками и разрезанную на дозы.
- **Опьянение** развивается через несколько минут после приема препарата. **1-я фаза** эйфорическая, длится примерно полчаса. Появляется ощущение тепла, истомы. Звуки становятся четкими, краски – яркими. Человек многоречив, весел, подвижен.
- **2-я фаза** может длиться 2–3 часа. Появляется двигательная и ассоциативная заторможенность, в речи возникают паузы. Опьяневшего захватывают яркие воспоминания, при этом нейтральное кажется значимым, важное – безразличным. Человек стремится лечь, ощущает парение, его бросает то в жар, то в холод, он наблюдает себя как бы со стороны. Ему кажется, что размеры и расположение частей его тела изменяются, вплоть до их отделения. Может развиваться ощущение себя лицом противоположного пола или неодушевленным предметом. Окружающие предметы непрерывно меняют свои очертания и свойства: холодное кажется горячим, гладкое – колючим. Часты синестезии.

- **3-я фаза** – галлюцинаторная, продолжается в течение 2–3 часов. Опьяневший дезориентирован во времени, окружающей обстановке, собственной личности. Появляются слуховые обманы: щелчки, звонки, а затем и «голоса», к которым присоединяются яркие зрительные образы, чаще в форме четких геометрических фигур. Возникают ощущения, связанные с работой внутренних органов, всплывают воспоминания о давно забытых событиях. Выражены аффективные колебания, опьяневшего одновременно переполняют разнообразные чувства: неизъяснимый восторг, ужас, ярость, витальная тоска. Собственное Я воспринимается отделившимся от тела и парящим в мистическом экстазе или растворившемся в пространстве и времени. Возможны страх сумасшествия, панические реакции, идеи о плохом отношении окружающих к себе, попытки убийства и самоубийства. Типичны различные степени помрачения сознания: делирий, онейроид, сумерки. В ряде случаев развивается затяжной галлюцинаторно-бредовой психоз, который затем может иметь рецидивирующее течение, когда на фоне светлых промежутков, независимо от приема наркотика, могут возникать психотические приступы.
- **4-я фаза** – астеническая. Хорошо запоминающиеся галлюцинаторные переживания, возможно ложное представление о повышении творческого потенциала, кардинальном изменении личности. В 25 % случаев наблюдается «плохой приход», сходный с приступом паники, после которого до месяца может сохраняться психотическая симптоматика. Стрессы могут провоцировать кратковременные – до нескольких часов – состояния, напоминающие опьянение наркотиком.

- **Течение.** Эпизодическое потребление сменяется регулярным, через несколько месяцев развивается психическая зависимость, через год – физическая. Толерантность доходит до 30 таблеток циклодола за один прием.
- Тошнота, расстройство пищеварения, потливость, слабость сохраняются и вне интоксикации. Отмечаются суетливость с непроизвольными движениями, тремор, судороги мышц, боли в мышцах и суставах. Память ухудшается, вплоть до невозможности запоминать простые тексты, мышление становится конкретным, снижаются критические способности, развивается органическое слабоумие. Нарастают возбудимость, вспыльчивость, тревожность, подозрительность, идеи о плохом отношении окружающих, периоды страха, подавленности с суицидальными тенденциями.

Никотинизм (F17)

- В России курят 60 % мужчин и 25 % женщин, отмечается неуклонный рост систематического курения табака среди детей 9–12 лет. Страстных курильщиков столько же, сколько и алкоголиков, часто эти аддикции сосуществуют. Курящие чаще и в больших количествах употребляют чай, кофе и другие стимуляторы. Выраженная табачная зависимость, требующая лечения, отмечается у каждого четвертого курильщика. От курения умирает больше людей, чем от употребления алкоголя, героина, кокаина, насильственной смерти, СПИДа, авто- и авиакатастроф вместе взятых. Эта цифра составляет 3 млн. человек в год – столько умерло от СПИДа за весь период его массового распространения. В настоящее время в России с курением табака связано 42 % случаев преждевременной смерти мужчин в возрасте 35–69 лет. Курением вызвано 45 % случаев смерти мужчин этого возраста от рака легких, 7 % – от хронических заболеваний легких и 35 % – от сердечно-сосудистых заболеваний. В 2000 г. объединенная группа жертв курения и членов их семей выиграла у ведущих мировых табачных компаний иск на сумму 145 млрд. долларов, поставив их на грань банкротства.

- Никотин, содержащийся в табаке, используется как эйфоризирующий стимулятор и анксиолитик (противотревожный препарат). Никотин усиливает выработку серотонина и снижает активность мозговых клеток, что ослабляет тягостные проявления стресса и ведет к возникновению чувства умиротворения. Через некоторое время происходит увеличение количества норадреналина, которое сопровождается приятным повышением активности мозга. Однако оно длится лишь несколько десятков минут, и курильщику хочется взять новую сигарету.
- Заметное успокаивающее действие курение оказывает лишь на страстных курильщиков за счет ликвидации симптомов абстиненции. Никотин повышает скорость реакции, обостряет пассивное (неизбирательное) внимание. Повышается уровень сахара в крови и давление крови, усиливается кровообращение. Ритм жизни как бы ускоряется: сердце бьется 15 лишних раз в минуту, однако, с другой стороны, жизнь укорачивается в среднем на 5 лет.

- Курение часто ассоциируется с ситуациями застолья, секса. Пускание дыма связано также с архетипами покорения огня (огнепоклонники, Змей Горыныч, Прометей). Большую роль играет реклама, причем надпись «Минздрав предупреждает» вызывает обратный эффект: «Запретный плод слаще». Курильщики, по сравнению с некурящими, более импульсивны и экстравертированы, недоброжелательны, тревожны, часто менее образованы. Они склонны злоупотреблять алкоголем и кофе, чаще разводятся или покидают семью.
- Подростки начинают курить из подражания – желания казаться взрослыми, из-за конформности – нежелания отставать от сверстников, из чувства протеста против власти взрослых, с ощущением героического бунта при нарушении запретов. Курение делает подростков раздражительными, вспыльчивыми, у них ослабевают внимание и память, снижается умственная работоспособность, падает успеваемость. Вред табака для подростка усугубляется необходимостью курить тайком, торопливо затягиваясь, что повышает содержание никотина и других вредных веществ в табачном дыме. Особенно много ядов попадает в легкие при докуривании сигареты до конца.

- Опыание выражается в эйфории, которая имеет два варианта:
- 1) повышение тонуса, просветление сознания, ускорение мышления,
- 2) приятное головокружение, расслабление и чувство удовольствия. Возникает ощущение, что курение повышает работоспособность, улучшает самочувствие и настроение.
- Диагноз острой интоксикации ставится при наличии: 1) хотя бы одного из следующих признаков: а) бессонница, б) причудливые сны, в) аффективная неустойчивость, г) дереализация, д) снижение умственной продуктивности, 2) а также хотя бы одного из следующих признаков: а) тошнота или рвота, б) проливной пот, в) учащенное сердцебиение и г) сердечная аритмия.
- Защитными реакциями на никотиновое отравление являются сухость и першение в горле, кашель, головокружение, головная боль, слюнотечение, тошнота и рвота, боли в животе и понос. Исчезновение этих реакций свидетельствует о сформировавшейся *никотиномании*.

- **Абстинентный синдром** развивается в среднем через 1,5 часа после выкуривания последней сигареты. Отмечается ощущение стеснения в груди, затруднение дыхания, першение в горле, сухость во рту или обильное выделение слюны. Появляется потребность жевать, дискомфорт в желудке и кишечнике, что воспринимается как повышение аппетита. Развиваются астенические расстройства: раздражительность, вспыльчивость, слезливость, подавленность до безразличия к жизни, повышенная утомляемость, слабость, хотя могут быть и состояния двигательного беспокойства, суевости.
- Сон становится поверхностным, с обильными сновидениями, бессонница чередуется с сонливостью.
- Диагноз абстинентного синдрома ставится при наличии не менее двух из следующих признаков: а) тяга к употреблению табака, б) недомогание, слабость, в) тревога, г) дисфория, д) раздражительность или беспокойство, е) бессонница, ж) повышенный аппетит, з) кашель, и) изъязвление слизистой полости рта и к) снижение концентрации.

- **Течение.**
- **1-я стадия** продолжается 3–5 лет. Курение приобретает систематический характер, избирается определенный сорт сигарет; увеличивается количество сигарет, выкуриваемых за день. В 85 % случаев никотиновая зависимость начинает формироваться после выкуривания первой сигареты. Психическая зависимость проявляется в двух формах: психосоциальной, которая отражает стремление курильщика к самоутверждению, достижению социального доверия и признания, и сенсорно-двигательной, связанной с эстетическим и чувственным удовольствием от самой процедуры курения. Фармакологическая зависимость имеет три формы: потворствующая (гедонистическая), седативная (для успокоения при стрессе) и стимулирующая (для сохранения концентрации внимания в напряженной ситуации). Выраженная физическая зависимость обусловлена развитием абстиненции при лишении никотина
- **2-я стадия** растягивается на много лет. Толерантность повышается, человек выкуривает 1–2 пачки в день. Возникает потребность в дополнительных допингах: крепкий чай, кофе, алкоголь. Через сутки после воздержания или попытки снизить дозу у никотин-зависимого появляется по крайней мере четыре из следующих признаков: страстное желание закурить; раздражительность, фрустрация или злобность; тревожность; трудность сосредоточения внимания; беспокойство; урежение сердцебиения; повышение аппетита. Курильщиков беспокоит кашель по утрам, ощущение тяжести в голове, раздражительность. У них ухудшается работоспособность, днем отмечается сонливость, ночью трудно заснуть.

- **3-я стадия** проявляется в падении толерантности с появлением дискомфорта от высоких доз никотина, исчезновением прежних приятных ощущений от курения, падением психического влечения; курение становится автоматическим. Абстиненция выражена в виде тяжести в голове и головной боли, снижения аппетита, усиления жажды, потливости, колебаний пульса и температуры. Ночью приходится просыпаться, чтобы выкурить сигарету, курение облегчает кашель при пробуждении.
- У 70 % больных в первые три месяца воздержания отмечаются рецидивы из-за сохраняющейся тяги к табаку, которая усиливается после еды, выпивки, при пробуждении, при умственном и эмоциональном напряжении, а также при виде других курильщиков и ощущении запаха табачного дыма. Попытки перейти на более легкие сорта безуспешны, так как нужная доза получается за счет глубоких затяжек и увеличения количества выкуриваемых сигарет.

- В.В. Макаров (1999) описывает пароксизмальную форму течения никотинизма у больных с признаками психоорганического синдрома. У них появляются вегетативные расстройства; развитие фобических, депрессивных и дисфорических симптомов сочетается с потреблением непомерно больших доз никотина. Ослабление психопатологической симптоматики приводит к полному или частичному воздержанию в течение некоторого периода. Затем цикл повторяется.
- У хронических курильщиков повышается раздражительность, ухудшаются память, слух и зрение, снижается работоспособность. Разрушаются зубы, развиваются воспалительные заболевания полости рта, снижается иммунитет. У мужчин снижается качество спермы, женщины рожают неполноценных детей с синдромом отравления никотином или страдают бесплодием. Развиваются ранний сосудистый склероз, гипертоническая и ишемическая болезнь сердца, язва желудка, рак полости рта, пищевода и других органов. Специфическим заболеванием является облитерирующий эндартериит, приводящий к зарастанию просвета мелких артерий нижних конечностей, что приводит к болям в них, перемежающей хромоте, гангрене, начинающейся с пальцев. Характерно, что больные не могут отказаться от курения даже после ампутации части конечности. З. Фрейд, уже умиравший от рака верхней челюсти, связанного с непрерывным курением, выковыривал черенком столовой ложки протез, закрывающий дефект верхнего неба, и курил.

- Макаров (там же) выделяет 3 уровня никотиномании, которые выявляются с помощью следующего опросника.
1. Курю иногда, но прекращать совсем не хочется. Когда не курю, даже не вспоминаю об этом. Могу не курить в течение недель и месяцев. Затем снова закуриваю. 2. Курю регулярно, каждый или почти каждый день. Могу прекратить курение. На самочувствии это не отражается. Я легко прекращаю курение, но почему-то начинаю снова. 3. Курю регулярно. Прекратить курение трудно. Когда делаю перерыв, ищу возможность закурить. Курение отрицательно отражается на моем здоровье.
- 1-й уровень – вредная привычка, 2-й – можно прекратить благодаря лишь консультативной психологической помощи, 3-й – необходима психотерапия на фоне медикаментозного лечения.

- Для **лечения** никотиномании используется жевательная резинка с блокатором никотина лобелином, а также препараты, содержащие малые дозы никотина, облегчающие явления абстиненции. К ним относятся: жевательные таблетки с никотином, никотиновый ингалятор, интраназальный никотиновый спрей и накожный никотиновый пластырь. Трансактный анализ курения, по Макарову (там же), выглядит следующим образом. Для Ребенка сигарета – атрибут взрослости и мужественности, владение запретным плодом, магическое обладание огнем и дымом. Запреты Родителя лишь укрепляют порочный круг. Когда Взрослый решает бросить курить, Ребенок заговорщически нашептывает: все курят, ради чего отказываться от удовольствия, брошу с понедельника, с Нового года, «кто не курит и не пьет...». Когда Взрослый прекращает курить, Ребенок провоцирует: давай закурим, ну только одну затяжечку, зачем так мучиться? Когда через несколько недель курить уже почти не хочется, Ребенок предлагает: надо испытать, действительно ли не потянет? Раз не тянет, можно себе позволить разок и покурить и т. д.

- Программа отказа от курения по Макарову состоит из 5 шагов. 1-й шаг. Разделить лист бумаги на 2 части: «Польза курения» и «Вред курения». Под каждым заглавием столбиком перечислите все ваши аргументы «за» и «против» курения. Попросите близкого человека добавить свои пункты. Подберите пищевые добавки для уменьшения вреда курения в соответствии с нарушенными функциями. 2-й шаг. Как курить меньше? – Позволять себе курить, только когда очень хочется. Сделать курение самостоятельным делом, не курить во время работы, на ходу, при чтении, перед телевизором, за рулем. 3-й шаг. Как курить еще меньше? Сменить стереотип: курить в непривычных для себя местах, постоянно менять сорта сигарет, изменить саму процедуру потребления табака: если курил в компании, курить в одиночестве и наоборот. Заменить приятные ощущения во рту и руках: грызть семечки, орешки, сладости. 4-й шаг. Удастся ли мне сейчас прекратить курение? Расширить территории, свободные от курения: место работы, дом, улица. Полностью отказаться от курения один день в неделю. Затем увеличить число таких дней. Ослаблять желание курить путем глубокого дыхания, отвлечения, самовознаграждения, сна. При мысли «Как хочется курить!» думать: «Какой же я сильный, раз побеждаю даже такое сильное желание!» 5-й шаг. Полный отказ от курения. Выбрать удобное время и место для прекращения курения: поездка, интенсивная работа и другие обстоятельства, в которых меньше обычного хочется курить.

Зависимость от ингалянтов (F18)

- В качестве ингалянтов (летучих растворителей – ЛР) используют бензин, ацетон, хозяйственный клей, краски, лаки, аэрозоли, полироли. «Нюхачи» вдыхают ЛР с помощью заложённой в нос ваты, пропитанной токсичной жидкостью, или непосредственно из упаковки, при этом на голову часто надевается пластиковый пакет. «Аппликаторщики» накладывают смоченную ацетоном тряпку на выбритый затылок. Используют ЛР в основном дети и подростки из малообеспеченных слоев общества.
- Симптомы легкой интоксикации подобны интоксикации алкоголем, седативными и снотворными препаратами. После 3–5 вдохов ЛР возникает першение в горле, слезотечение и двоение в глазах, шум в голове, тепло и расслабление конечностей, легкое оглушение с последующим психомоторным беспокойством. Затем появляется эйфория с чувством превосходства, неуязвимости, парения. Цвета становятся яркими и контрастными, слова и другие звуки повторяются, как многократное эхо. Части тела кажутся удлиненными или укороченными, движения становятся неуклюжими, речь – смазанной; опьяневшие подростки падают, потешаются друг над другом.

- Диагноз острой интоксикации ставится на основании: 1) наличия хотя бы одного из следующих признаков: а) апатия, безучастность, б) конфликтность, агрессивное поведение, в) аффективная неустойчивость, г) снижение целенаправленности мышления, д) нарушение сосредоточенности и памяти, е) психомоторная заторможенность, ж) снижение умственной продуктивности; 2) а также не менее одного из следующих признаков: а) шаткость походки, б) нарушение координации движений, в) смазанная речь, г) подергивание глазных яблок, д) помутнение зрения, двоение в глазах, е) мышечная слабость, ж) нарушения сознания (например, ступор или кома).
- Вдыхание паров **бензина** в течение более чем 10 минут приводит к развитию делирия с яркими зрительными галлюцинациями, часто устрашающими, иногда сопровождающимися тематически связанными с ними слуховыми галлюцинациями (угрозы, рычание зверей и т. п.). Опьяневшие принимают галлюцинации за реальность, относятся к ним со страхом и любопытством.

- При опьянении парами **пятновыводителей**, растворителей нитрокрасок, ацетоном, толуолом происходит наплыв ярких образных фантазий – обычно на приключенческие и сексуальные темы. Если пары вдыхают с перерывами в несколько часов, развивается онейроид. Стены начинают двигаться, пол проваливается, опьяневший попадает в иные миры, его душа отделяется и растворяется в космосе. Он отрешен от окружающего, перед его взором разворачивается захватывающий фильм, однако понимание субъективного происхождения галлюцинаторных образов сохраняется. Иногда он видит «внутренним взором» отделившиеся части своего тела, мозг, внутренние органы, себя со стороны.
- Для опьянения **клеем** характерен онейроид с красочными «лилипутскими галлюцинациями»: опьяневшие говорят, что им показывают «мультики». Часто появляются одни и те же сцены, тот же персонаж.

- Наряду с галлюцинированием, при вдыхании ЛР нарушается восприятие окружающего, возникает дезориентация, агрессивность, импульсивность. При прекращении ингаляции галлюцинации быстро исчезают, появляется критическое отношение к ним. Затем наступает заторможенность с атаксией, дизартрией, головной болью. Возможна амнезия периода опьянения. При передозировке могут развиваться нарушения сознания, припадки и кома.
- После 4–5 эпизодов вдыхания ЛР происходит переход к систематическому употреблению, при этом развивается непереносимость алкоголя. Отмечается рост толерантности, дозы увеличиваются в 2–3 раза, пары вдыхают в группе из двух-трех человек или в одиночку, несколько раз в день, не таясь от окружающих. Учеба, семья отходят на второй план. Меняется форма опьянения: эйфория, психосенсорные расстройства и галлюцинации возникают уже при первых вдохах ЛР, исчезают неприятные соматические и неврологические симптомы. Появляется способность контролировать вдыхания, поддерживать определенную глубину опьянения и управлять галлюцинациями. Галлюцинирующий подросток внешне упорядочен, прогуливается с компанией, посещает дискотеки и т. д.

- **Абстинентный синдром** возникает через 3–6 месяцев систематического употребления ЛР. В первый день появляются подавленность и дисфория, тупая тяжелая головная боль, расширение зрачков, потливость, двигательное возбуждение с тремором и мышечными подергиваниями. На вторые сутки развиваются тревожность, недоверчивость, подозрительность, нарушения сна, грубые реакции протеста, больной отказывается от еды. Учащается пульс, повышается АД, возникают боли в мышцах. Больные залеживаются в постели, жалуются на тоску, высказывают суицидальные мысли. Это состояние длится 1–2 недели.
- **Течение** безремиссионное. Уже через 2–3 месяца систематического потребления ЛР наблюдается резкое снижение умственной работоспособности, утрата интереса к учебе. Агрессивное поведение в опьянении ведет к частым правонарушениям. Возможны побеги из дома, драки, кражи, грабежи, акты сексуального насилия. Потребление ЛР часто сменяется алкоголизмом или другими формам наркоманий со злокачественным течением.
- **Обычные соматические осложнения**– истощение, снижение аппетита, тошнота, гипотония, токсический гепатит и нефрит, поражение костного мозга, резкое снижение иммунитета. Наблюдаются периферические невриты, токсическая энцефалопатия с психоорганическим синдромом, который в течение 1,5–2 лет приводит больного к инвалидизации. Бывают случаи, когда опьяневший из-за потери сознания не может снять с головы пакет и умирает от асфиксии. Вдыхание этилированного бензина и сжиженного нефтяного газа из баллончиков для заправки зажигалок чревато пожаром или взрывом.

Психология наркомании

- Эйфоризирующий эффект наркотиков во многом обусловлен компенсаторными механизмами, которые нейтрализуют их вредное воздействие на мозг. Также имеет значение установка на получение удовольствия и условно-рефлекторное влияние привычной обстановки и окружения. Если наркоман принимает, например, героин в непривычное время и в новом месте, когда условные раздражители, вызывающие компенсаторный эффект, отсутствуют, обычная доза может оказать небывало сильный эффект и даже повлечь за собой смертельный исход. Попад в больницу или в следственный изолятор, наркоман обнаруживает, что в течение пары недель может обойтись без наркотиков без особого труда. Однако, оказавшись в своем привычном окружении, он возобновляет прием ПАВ. Известно, что из вьетнамских ветеранов, пристрастившихся к наркотикам во время войны, дома вернулись к их употреблению лишь 7 %. Поэтому для избавления от наркомании необходимо максимально возможное изменение окружения.

- Более половины наркоманов происходит из неполных или распавшихся семей, в которых родители страдали алкоголизмом, психопатиями, депрессией. Часто возникновению наркомании способствует отсутствие других детей в семье, конфликты между родителями, излишне заботливая или, наоборот, властная мать. В. Д. Менделевич (2001) описывает тип «наркогенного» отца, для которого характерны: повышенная требовательность к себе и своему окружению (в частности, к жене и ребенку), трудоголизм, нежелание считаться с индивидуальными, возрастными особенностями ребенка и особенностями ситуации. Его отличает также эмоциональная холодность в сочетании с жестокостью, склонность к конкурентной борьбе, гиперактивность и общительность, часто носящая поверхностный характер и не сопровождающаяся желанием понять и эмоционально принять собеседника. Отцу или другим родственникам наркомана часто свойственно аддиктивное поведение, которое проявляется в форме трудоголизма, сверхценных увлечений (в частности, аддикции оздоровления), алкогольной зависимости, гемблинга, религиозного фанатизма и т. п. Это позволяет говорить о семейном аддиктивном сценарии.
- В формировании подростковой наркомании важную роль играет психическая незрелость подростка, выражающаяся в пониженной критичности к себе, обидчивости, ранимости, неспособности самостоятельно принимать решения и планировать действия, противостоять внешнему влиянию. Факторами риска являются педагогическая запущенность, контакты с асоциальными сверстниками, депрессивные расстройства, низкая способность справляться с проблемными ситуациями.

- Э. Эриксон (1996) отметил, что во время кризиса подросткового возраста индивид глубоко вовлечен в процесс интеграции *эго-идентичности*. Идентификация, по Эриксону, включает ощущение преемственности между прошлым и настоящим, чувство постоянства, а также целостное ощущение Я, включающее цели, задачи и стиль жизни наряду с сексуальной идентификацией. Диффузия идентичности, которая в той или иной степени наблюдается у всех подростков, особенно выражена у юношей и девушек, имеющих психологические проблемы. Она характеризуется чувством неуверенности, незащищенности и бесцельности. Подросток, не знающий, что он из себя представляет, начинает принимать алкоголь и наркотики из стремления к самопознанию, с целью нащупать внешние границы своего Я, ускользающие от него, когда он послушно функционирует в трезвом упорядоченном мире. Употребление ПАВ также помогает юношам и девушкам временно «выходить из себя», ослабляя кризис идентичности с его болезненными конфликтами с родителями и сверстниками и мучительными колебаниями в выборе профессии. Участие в группе наркоманов облегчает обретение статуса, который зависит здесь не столько от личных качеств, сколько от возможностей добывания наркотика, предоставления места для сбора компании и т. п.

- А.Е. Личко и В.С. Битенский (1991) обнаружили у всех обследованных наркозависимых подростков акцентуации характера (в контрольной группе – лишь у половины). Были выявлены следующие типы акцентуаций: неустойчивый, гипертимный, эпилептоидный и истероидный. Для подростков, употребляющих наркотики, характерны следующие личностные факторы:
- • повышенные, по сравнению с благополучными сверстниками, толерантность к отклоняющемуся поведению, критицизм по отношению к социальным институтам общества (школа, семья) и отчужденность от них; импульсивность, а также восприимчивость к новым идеям и впечатлениям, интерес к творчеству;
- • низкая ценность достижений, академических успехов, общепринятых норм поведения; чувство психического дискомфорта, выражающееся в высоком уровне стресса и апатии;
- • возлагание ответственности за свое благополучие на внешние источники, сниженная самооценка.
- ПАВ выполняют для подростка следующие важные функции: поддерживают чувство взрослости и освобождения от родителей; формируют ощущение принадлежности к группе, а также среду неформального общения; дают возможность отыгрывать сексуальные и агрессивные побуждения, не направляя их на людей; помогают регулировать эмоциональное состояние; реализуют творческий потенциал подростков через экспериментирование с различными веществами (Змановская, 2003).

- Первое знакомство с наркотиком чаще всего обусловлено следующими мотивами: желанием удовлетворить любопытство; стремлением испытать чувство принадлежности к определенной группе; давлением группы; попытками выразить свою независимость, а иногда враждебное отношение к окружающим; стремлением достичь подъема настроения; потребностью достичь полного покоя и расслабления; попытками уйти от чего-либо гнетущего. Первому знакомству с наркотиками способствуют такие факторы (по степени значимости), как отклонения личности; особенности социальной ориентации: отсутствие устойчивых, социально ориентированных интересов, антисоциальные поступки, алкоголизация, осведомленность об эйфоризирующем воздействии ПАВ; стремление уклониться от учебы и работы; неблагоприятные особенности воспитания: неполная или дисфункциональная семья, воспитание у родственников или в детском доме, безнадзорность; потакающее воспитание, препятствующая выработке у подростка чувства долга и ответственности; особенности влияния значимой группы сверстников; общение с правонарушителями и преступниками, компанией наркоманов, дельцами наркобизнеса (Шабанов, Штакельберг, 2001).

- Обычно наркоманы объединяются в группы под влиянием следующих факторов: страх передозировки наркотика и надежда, что группа спасет; наркопритоны специально снабжаются наркодельцами; совместный криминальный поиск средств и добычи наркотиков; взаимовыручка перед лицом внешней угрозы со стороны семьи, правоохранительных органов, врачей, граждан; наличие сильного лидера или лица, способного удовлетворить потребность в наркотиках; совместные действия и яркие, эмоционально насыщенные переживания; отсутствие обычных обязанностей, независимость от общества и семьи (Гоголева, 2002). В группе молодых наркоманов нередко нет лидера, ее стабильность построена на слепом выполнении каждым членом группы своей функции, а попытка оставить группу грозит издевательствами и побоями (Залыгина и др., 2004).
- Р. Мэй (1997) связывает распространенность наркомании среди молодежи с последствиями сексуальной революции, которая привела к тому, что бунт против родителей реализуется в увлечении наркотиками, смещающим секс на второй план. Он отмечает, что до приема наркотиков у пациентов отмечались признаки половой слабости из-за того, что они не могли вынести отключение чувства Я, происходящее в момент эякуляции. Наркотик притупляет чувство неполноценности, сексуальные желания больше не тревожат наркомана или он может продолжать половой акт бесконечно, не доходя до оргазма. После излечения наркомании либидо и потенция обычно возрастают по сравнению с началом заболевания. При этом лечение должно быть направлено на открытие наркоманом своей силы и обретение им умения пользоваться ею. Таковую возможность дает группа взаимопомощи, в которой сильный лидер, возможно, член группы, заменяет пациенту отца. Наркомана резко критикуют за его поведение, не боясь вызвать его ярость, но направляют ее в конструктивное русло «социального интереса» (по Альфреду Адлеру).

- У наркозависимых часто выявляется преморбидная отягощенность неврозами, психопатиями и акцентуациями характера, аффективными расстройствами, вялотекущей шизофренией, органическими поражениями мозга. В группу риска входят лица, стремящиеся к самоутверждению, повышению своего социального статуса и престижа, бегству от депрессии. Наркоманами чаще всего становятся люди, которые в силу конституциональной предрасположенности испытывали при приеме наркотиков приятные ощущения. Невротики зачастую применяют ПАВ для того, чтобы компенсировать свое состояние или отреагировать те чувства, которые они обычно подавляют. Наркотизация, в свою очередь, усиливает проявления личностных и аффективных расстройств, обостряет течение психических болезней. По мере психопатизации личности (а психопатические личности – с самого начала) больной выбирает наркотик, который усиливает имеющиеся личностные расстройства. Еще Крепелин отмечал, что астенические психопаты предпочитают морфий и окончательно уходят в наркотические грезы, доходя до глубокой степени истощения. Вязкие эпилептоидные психопаты предпочитают снотворные и галлюциногенные препараты, истероиды – транквилизаторы, шизоиды – опиаты и гашиш.

- **Психодинамика.** Джойс МакДугалл (2002) полагает, что наркоман бросает тройной вызов: 1) нарциссический вызов наркотику как материнскому интроекту (теперь ты никогда не сможешь бросить меня!); 2) садистический вызов отцовскому интроекту (я плюю на твое отношение ко мне!); 3) нарциссический вызов смерти (тебя нет для меня!), который затем сменяется на мазохистский (приди!).
- Наркоманы используют анальгетики и опиаты для ослабления агрессивных импульсов; депрессанты – для смягчения гипертрофированных ригидных защит, держащих их в состоянии внутренней изоляции, пустоты и холодности. Барбитураты избавляют от чувств страха, гнева, стыда, неудовлетворенности, неполноценности; они помогают преодолеть чувство одиночества, пробуждают стремление к симбиотической связи с заботливой сильной личностью. Эйфоризирующие ПАВ облегчают переживания скуки и подавленности; стимуляторы избавляют от вялости, апатии или гиперактивности, которые являются проявлениями слабых или раздутых структур Эго-идеала у депрессивных и нарциссических личностей. Амфетамины устраняют чувство пустоты и отсутствия радости жизни, снимая внутреннее напряжение и создавая ощущение активного и агрессивного овладения миром. Кокаин растормаживает сексуальные и агрессивные влечения, облегчая наркоману контакт с основными слоями своей личности, без чего он не чувствует себя реально живым. Галлюциногены приводят к разрушению высших психических функций, избавляя наркомана от ощущений пустоты, отсутствия смысла и неудовольствия, связанных с наличием этих функций. На смену приходят архаические фантазии с иллюзией примитивной грандиозной Самости и слияния с Великой Матерью.

- У наркоманов выявляются такие черты образа Я, как неверие в себя, низкая самооценка, чувства неполноценности и вины, склонность прибегать к психологическим защита. Основными формами их психологической защиты являются отрицание, регрессия и компенсация. *Отрицается* внутренняя важность переживания, в частности депрессивных чувств. С помощью *регрессии* к более раннему уровню психического функционирования наркоман пытается избежать актуальной тревоги, становясь беззащитным перед тревогой, свойственной той стадии, к которой он регрессировал. С помощью *компенсации* он избегает тревоги, связанной с нерешенными проблемами, направляя свою активность в более безопасное русло. Следует отметить контраст между низкой самооценкой наркомана и высоким уровнем его притязаний.
- Наркоман постоянно жалуется на недовольство, внутреннее напряжение, ненависть к себе, подавленность, неспособность любить, нежелание жить. Вследствие патологии развития Эго и Суперэго, а также недостаточной ауто-агрессивной работы печали, настоящая депрессия у наркоманов не развивается. Их агрессия направляется на других людей, общество в целом. Наркоманы относятся к миру хуже, чем алкоголики. Если последние, пытаясь справиться с депрессивной скукой, с одержимостью набрасываются на работу, наркоманы отвергают любую форму упорной, продолжительной деятельности.

- Для наркоманов характерно более сильное, чем у алкоголиков, садистическое воздействие примитивного Суперэго еще в преморбиде, ведущее к агрессивному поведению, особенно с родителями и другими авторитетами. От этих конфликтов страдают, прежде всего, сами наркоманы. Садистическое влияние Суперэго проявляется также в постоянных несчастных случаях и наносимых себе увечьях. Подобное поведение связывают с контрфобической защитой, которая призвана доказать наркоману его неуязвимость перед лицом добровольно драматизированных ситуаций, символизирующих смертельную опасность.
- Фенихель (2004) заключает, что аддикты действуют так, как если бы любое напряжение грозило им тяжелой травмой. Они воспринимают это напряжение как предвестника явной угрозы существованию, так же, как младенец воспринимает чувство голода. Поэтому их основной целью становится не достижение удовольствия, а избегание напряжения и боли. Фенихель предположил, что химическая зависимость защищает от воздействия болезненных внешних и внутренних стимулов. Если внешние стимулы можно изменить простой сменой социальных условий, то никакой специальной терапии не требуется. Терапия будет менее успешной при наличии заметных ранних нарциссических отклонений. Чем меньше времени прошло с момента возникновения зависимости, тем больше шансов на то, что лечение будет успешным. Необходима предварительная фаза терапии, помогающая пациенту осознать, что он болен. Не следует ожидать от пациента абсолютного воздержания от употребления наркотических веществ в начале лечения.

- Кохут (2003) отмечает, что наркотик служит не заменителем любимых и любящих объектов или отношений с ними, а замещением дефекта Самости наркомана. Этот дефект возник по причине того, что ребенок слишком рано почувствовал, что не может полностью контролировать мать в соответствии со своими потребностями: как если бы она являлась частью его самого. Принимая наркотик, он символически овладевает его магической силой, однако дефект Самости остается: «Это похоже на то, как если бы человек с огромной фистулой в желудке пытался утолить едой свой голод».
- Ханзян (2000) объясняет компульсивную готовность наркомана терпеть любые муки, связанные с потреблением ПАВ, ради того, чтобы хотя бы на время избавиться от своей глубинной психической боли. Автор предполагает, что в основе этой боли лежит перенесенное в детстве травмирующее обращение близких родственников (абьюз). Результатом абьюза стало хроническое болезненное аффективное состояние, не имеющее словесного, образного или иного символического представления (в результате изоляции аффекта, алекситимии и ангедонии). Наркотическая «ломка» становится средством преобразования пассивных переживаний в активный опыт контроля над собственными болезненными чувствами.

наркомании

- В доме появляются бумажные пакетики с порошком, целлофановые упаковки с темно-коричневыми кусочками пластичной массы, спичечные коробки с зеленовато-травянистым порошком, разноцветные таблетки с выдавленными на поверхности картинками и символами, марки, не очень похожие на почтовые.
- Родители могут находить в доме упаковки от таблеток и шприцов, ампулы, трубочки из фольги, мелкие квадратики вощеной бумажки, пустые гильзы от папирос, неиспользованный табак или кусочки каких-то растений, закопченные ложки. На коже подростка обнаруживаются следы инъекций, он может носить с собой различные пузырьки и целлофановые пакеты, предметы, которые можно использовать в качестве жгута: резинку, провод, шнур и т. п.
- Подросток часто ходит на рынок, проявляет повышенный интерес к справочникам лекарств и химическим реактивам (особенно к кристаллическому йоду, белому фосфору, ацетону). В доме пропадают медикаменты из аптечки, деньги, вещи или, наоборот, у подростка откуда-то появляются деньги, он что-то скрывает от родителей, часто врет. Подросток часто проветривает комнату, окуривает ее благовониями, использует освежители воздуха и дыхания, одеколон и дезодоранты.

- Учащаются необъяснимые отлучки из дома, при этом подросток неспособен даже приблизительно сказать, сколько он будет отсутствовать. Он необычно долго разговаривает по телефону, уносит его в свою комнату, вместо старых друзей у него появляются таинственные новые знакомые, которые «забегают на минутку» (передают наркотики?). Обычно они старше его, странно себя ведут, знакомить с ними родителей подросток не хочет. Он постоянно опаздывает в школу, уходит с последних уроков (уменьшается способность к концентрации внимания из-за абстиненции), часто прогуливает занятия, на уроках сонлив, не выполняет домашних заданий, у него ухудшается успеваемость. Отрицает, что наркотики могут приносить вред. У него появляется равнодушие к учебе, спорту и прежним увлечениям, нарастает чувство ущербности и неполноценности.
- Подросток отказывается обсуждать с родителями свои проблемы, игнорирует семейные праздники, уменьшает контакты, изолируется. У него появляются немотивированные резкие перепады настроения, он то ведет себя по-детски сумасбродно, то угрюм и демонстрирует негативное отношение ко всему, залеживается в постели. Появляется потребность в немедленном удовлетворении своих желаний, нетерпеливость и импульсивность.

- Подросток начинает часто употреблять жаргонные выражения, непонятные взрослым термины. В разговоре он повторяется, выразительность речи снижается, она становится торопливой, невнятной и иногда бессвязной, понижается тембр голоса, растягиваются окончания слов. У подростка ухудшается аппетит, он худеет, а иногда вдруг выказывает необычный аппетит и страстную потребность в сладком. Повышается утомляемость, возникают частые простуды, желудочные боли и судороги в мышцах, головокружение, обмороки, потеря сознания. Утренняя вялость контрастирует повышенной активностью по вечерам. Нередко подросток спит днем и бодрствует ночью. Появляется сексуальное безразличие, у девушек нарушается менструальный цикл.
- Подросток выглядит усталым, неряшливым, у него красные, опухшие, малоподвижные глаза, они могут блестеть или быть тусклыми, зрачки часто сужены и слабо реагируют на изменение освещенности. Повышается потливость, кожа становится холодной и липкой, пальцы – бледными. При использовании инъекций подросток постоянно носит одежду с длинными рукавами.

- После курения гашиша от одежды долго исходит своеобразный сладковатый запах. От кожи лица, пальцев рук, волос может пахнуть жженой листвой, ацетоном, уксусом, бензином. Следы летучих растворителей можно обнаружить на лице, руках и одежде; замечен специфический запах изо рта. Характерны покраснение и сыпь вокруг рта и носа, раздражение век и глаз, сухость и воспалительные явления слизистых верхних дыхательных путей, постоянный кашель и чихание. У «аппликаторщиков» бывает выбрит затылок, кожа которого становится покрасневшей и раздраженной. При употреблении опиатов больной ночью бродит по квартире, а днем спит. Курение марихуаны выдают покрасневшие сухие губы, «стеклянные» глаза, а принимающих эфедрон отличает гладкий, отечный, густо-красный язык. Для потребителей галлюциногенов характерны яркий румянец на бледных щеках, яркие губы, замедленность движений, речи и мышления, попытки разговаривать с неодушевленными предметами и другие странности в поведении.

Психотерапия

- Наркоман демонстрирует серию поведенческих стереотипов и других феноменов, которые затрагивают весь спектр биопсихосоциальной структуры человека. По этой причине успешные программы лечения должны быть направлены на биологические, психологические и социальные проблемы пациента. Лечение выраженной зависимости от жестких наркотиков проводится в закрытом стационаре в несколько этапов.
- 1. Детоксикация показана больным с полной утратой контроля, которые не могут уменьшить дозировку наркотика; при отравлениях наркотиком, симптомах передозировки, психозах. Используют тиосульфат натрия, сульфат магния, унитиол. Антагонистом опиатов служит налтрексон, барбитуратов – бемеGRID, стимуляторов – бромокриптин.
- 2. Купирование абстинентных состояний с помощью адреноблокатора пирроксана, транквилизаторов, нейрoлептиков, сульфазина. При выраженном болевом синдроме дополнительно назначают анальгетики, холинолитики, мышечные релаксанты, противосудорожные средства. При бессоннице используют аппарат «Электросон». Высокое артериальное давление и сильные головные боли являются показанием для применения гипотензивных средств, постепенного снижения дозы наркотика.
- 3. Общеукрепляющая терапия включает инъекции витаминов А, В, С, Р Р, Е, прием глицерофосфата кальция, фитина. Улучшению метаболизма нервной ткани служат милдронат, ноотропы и пищевые добавки, содержащие аминокислоты.
- 4. Патологическое влечение подавляется тироксином, нейлeптилом, сонaпаксом. Налтрексон не дает опиатам вызывать эйфорию. Аверсионная терапия направлена на формирование рвотной и других неприятных рефлeкторных реакций на наркотик.

- В наркологическом стационаре больной находится 2–4 недели, в это время применяются традиционные методы отечественной психотерапии:
- · рациональная психотерапия – разъясняются причины болезни, больному указывается на зависимость между неправильным пониманием ее причин и динамикой болезни, предоставляется информация о прогнозе болезни, способах и эффективности лечения;
- · гипносуггестия – терапевтические внушения в трансовом состоянии сознания, направленные на усиление мотивации к лечению, мобилизацию психологических ресурсов, укрепление уверенности в выздоровлении, профилактику рецидива;
- · эмоционально-стрессовая психотерапия – активное рационально-эмоциональное воздействие, направленное на подчинение депрессивных и ипохондрических мотивов духовным, социальным и семейным;
- · аутогенная тренировка – самовнушение лечебных формул в бодрствующем состоянии сознания на фоне мышечной релаксации;
- · наркопсихотерапия – терапевтическое внушение в гипноидном состоянии сознания, вызванном введением тиопентала натрия, гексенала, барбитала и т. п. средств;
- · игровая психотерапия и терапия творчеством – участие в ситуационных ролевых играх и обсуждении произведений литературы и искусства, создание собственных работ;
- · коллективная психотерапия – клинические беседы с врачом, обсуждение биографий и историй болезни, использование элементов групповой динамики.

- Для профилактики срыва важно обучить наркомана контролировать признаки влечения:
- – мысль о безопасности однократной «пробы»;
- – убежденность в неспособности к какой-либо деятельности, чувство лени;
- – безосновательное чувство обиды;
- – немотивированные вспышки гнева;
- – приятные воспоминания о состоянии «прихода» при полном забвении «ломок»;
- – антипатия к людям, пытающимся удержаться от потребления ПАВ;
- – необоснованные упреки родным в своих бедах;
- – симпатия к компании наркоманов и продавцам наркотиков.

- Высокую эффективность гипносуггестивной терапии наркоманов объясняют (Симонова, 2001) ее способностью обходить сопротивление, потребностью наркоманов в измененном состоянии сознания и возможностью использовать их опыт пребывания в трансе в лечебных целях. А.В. Ларионов (1997) предлагает следующую схему суггестивной терапии. Выявление ключевых (пусковых) моментов принятия наркоманом решения «употребить наркотик». Осознание наркоманом этих моментов. Встраивание в подсознание наркомана генератора «любви к себе» и «ответственности». Обучение наркомана самостоятельному вхождению в трансовое состояние при возникновении ощущений, связанных с физической или психологической зависимостью.

- Автор применяет **поведенческий групповой тренинг** отказа от наркотика, включающий следующие приемы. Взгляд прямо в глаза предлагающему наркотик, крик «нет!» и уход. Обвинение в адрес предлагающего наркотик: «Ты что мне предлагаешь? Я же сказал “нет”, ты что, дурак?». Полное молчание, которое может сопровождаться мимикой и жестами; при этом обычное общение становится невозможным, и предложения прекращаются. Создание негативного образа наркотика: потери денег, нищеты, утраты здоровья, опустившегося человека, тюрьмы, плачущей матери. Четкое и однозначное публичное заявление о своем выходе из игры, подкрепленное представлением о риске утраты своего Я: «Если я уколусь, то буду...».

- Цитренбаум с соавторами (1998) создают для пациентов модели поведения, альтернативные аддиктивным, которые могут дать им те выгоды, которые они раньше получали от аддикций. Авторы рекомендуют следующие приемы. Предложите на рассмотрение пациента множественный выбор возможных альтернатив. Для определения подходящих альтернатив наблюдайте за невербальными сигналами или реакциями. Дайте пациенту указание сознательно и бессознательно работать над конструированием альтернатив в промежутках между терапевтическими сеансами. Предложите пациенту идентифицироваться с кем-нибудь, кого он любит или кем он восхищается. Тогда пациент сможет перенять у него более адаптивные способы заботы о себе. Дайте пациенту указание наблюдать между сеансами терапии, какие способы поведения используют другие люди для получения похожих выгод.
- Для повышения уверенности в себе используется ассертивный тренинг, для борьбы со страхами – систематическая десенситизация (постепенное столкновение с все более пугающими объектами) и парадоксальная интенция (намеренное утрированное представление своего страха с ироническим доведением его до абсурда).

- А. Щербаков и Ю. Власова (2003)
начинают **психодраматерапию** наркозависимых со следующих шагов: эмоциональное присоединение терапевта к пациенту, снятие навязанной роли, открытое приглашение задать роль – «за чем именно ты пришел». При этом используются специфические техники: утрированное дублирование, провокации, озвучивание скрытого сообщения: «Ты действительно считаешь себя безнадежным?» Авторы формируют группы молодых людей с различными диагнозами, не включая в них созависимых, с которыми работают отдельно. Используются сказки Андерсена («Девочка, наступившая на хлеб», «Красные башмачки», «Ель», «Девочка со спичками», «Дочь болотного царя», «История одной матери»), Гауфа («Карлик Нос», «Маленький Мук»), Ш. Перро («Ослиная шкура»), братьев Гримм («Ганс и Гретель»), русские народные сказки («Гуси-лебеди», «Финист-Ясный сокол», «Колобок»), легенду о Парцефале и мифы о Психее, Персефоне, Аиде и Деметре, Тезее и Минотавре.

- **Психоанализ** остается единственной формой психотерапии, в рамках которой могут быть проработаны глубокие регрессивные конфликты, лежащие в основе болезни. При этом необходимо учитывать низкую способность наркоманов переносить фрустрацию, постоянную угрозу рецидива и прекращения лечения. Пациент должен быть способен развить позитивный перенос и интроецировать аналитика в качестве «хорошего объекта». При этом контрперенос затруднен агрессией, порождаемой бесконечными и ненасытными оральными фантазиями пациента, так, что терапевт подвергается постоянной опасности дать слишком мало или слишком много. Терапевтический процесс направлен на осознание функции токсичных объектов и связанных с ними фантазий, отказ от веры в то, что ПАВ являются самыми надежными объектами, и готовность заменить их аналитиком, а затем значимыми другими.
- Следует постоянно помогать больному выявлять, осознавать и преодолевать саморазрушительные защиты, которые он использует для маскировки или отрицания собственной уязвимости. Из-за глубокого расстройства объектных отношений наркоманы чрезвычайно болезненно реагируют на прерывание лечения и тем более на смену терапевта. Эту и ряд других проблем удастся решить с помощью группового анализа.

- **Экзистенциальная терапия** наркоманов фокусирована на следующих проблемах: 1) осмысленность и бессмысленность существования, 2) жизнь и смерть, 3) человек и общество, 4) свобода и зависимость, воля и безволие. Используется тезис В. Франкла: «Удовольствие является побочным продуктом смысла, и поэтому искание следует посвятить не поиску удовольствия, а поиску смысла». И. Ялом (1999) развивает эту мысль: «Смысл, как и удовольствие, должен преследоваться косвенно, а ощущение осмысленности и удовлетворенности является побочным продуктом вовлеченности».
- Формирование ответственности, по Ялому, происходит в рамках групповой терапии и включает принятие следующих убеждений: осознание того, что жизнь иногда устроена нечестно и несправедливо, что какой-то части жизненных страданий и смерти, в конечном счете, не избежать, что какими бы близкими ни были взаимоотношения с другими людьми, все равно с экзистенциальными проблемами приходится справляться в одиночку, что я несу конечную ответственность за то, как я проживаю свою жизнь, независимо от того, сколько поддержки и руководства я получаю от других.

- При лечении наркоманов эффективна краткосрочная (3–5 месяцев) **структурная семейная терапия**, направленная на перестройку семейной иерархии. Обычно речь идет о молодом больном, не создавшем или утратившем семью и живущем с родителями, страдающими созависимостью, причем отец нередко алкоголизируется и чрезвычайно беспокоится по поводу наркотизации сына, в то время как мать склонна преуменьшать ее. Проблемы пациента служат для разобщенной семьи связующим звеном. На первом этапе терапевт собирает всех членов семьи и обсуждает с ними, как помочь больному. Терапевт объединяется с семьей в контроле над поведением пациента и укрепляет уверенность в его конструктивных возможностях. По мере того, как молодой человек возвращается к нормальной жизни, выявляются внутрисемейные проблемы. Они рассматриваются с точки зрения того, насколько необходима этому пациенту поддержка семьи. На заключительном этапе терапии, после месячного воздержания пациента, решается проблема его отделения от семьи. В это время важно удерживать пациента от стремления вмешаться в проблемы родителей или, при наличии одной матери, занять по отношению к ней супружескую позицию. Решение этой задачи облегчает укрепление или создание альтернативной структуры поддержки для одного или обоих родителей благодаря подключению родственников, друзей и т. д.

- А.В. Ларионов (1997) предлагает родителям наркомана заключить с больным контракт на 1–2 месяца. Ребенок обязуется приобретать наркотики только на деньги родителей, употреблять их только дома и только в одиночку, причем в присутствии кого-либо из родителей, самостоятельно вести график учета дней с наркотиками и без них. Родители принимают на себя обязательство не обвинять и не ругать ребенка за употребление наркотиков, дают согласие на их употребление дома, выделяют деньги на приобретение наркотиков, открыто обсуждая с ребенком возможности семейного бюджета. По данным автора, при условии добросовестного соблюдения сторонами своих обязательств частота употребления наркотиков резко сокращается.
- Е.В. Змановская (2003) приводит примерную тематику групповых занятий с родителями по программе «Эффективное взаимодействие с зависимым подростком». Установочное занятие. Общая характеристика наркотических веществ. Признаки употребления наркотиков. Характеристика наркозависимого поведения: особенности, причины, мотивация, условия. Мифы (иллюзии), связанные с наркозависимым поведением и мешающие его преодолению. Роль семьи в формировании и поддержании наркозависимого поведения. Феномен созависимости и способы ее преодоления. Как вести себя с наркозависимым членом семьи. Лечение сопутствующих заболеваний. Оказание помощи в угрожающих ситуациях. Как побудить обратиться за помощью (на лечение, реабилитацию). Формы лечения и реабилитации. Поддержка ремиссии, профилактика срывов. Предупреждение наркозависимого поведения. Специальные стратегии контроля над распространением и употреблением наркотиков. Современная наркоситуация в России и государственная политика в наркосфере. Роль семьи в борьбе с наркоманией как общественным явлением.

- С.А. Кулаков (1998) описывает программу тренинга родительской компетентности для родителей наркозависимых подростков, которая включает следующие темы. Механизмы формирования и симптомы зависимости (созависимости). Основные составляющие наркозависимости. Внешние признаки употребления наркотиков и методы контроля. Семья как система. Эффективная коммуникация с наркозависимым. Права, ответственность и контроль. Эффективные методы воздействия на поведение наркозависимого. Конструктивный спор. Типичные преступления, связанные с употреблением ПАВ. Подведение итогов.
- Е.М. Симонова (2001а) в семейной терапии наркомании основное внимание обращает на изменение ролевой структуры семьи. Взаимоотношения между членами семьи обычно укладываются в треугольник «Жертва – Спаситель – Палач». Эта дисфункциональная игра зачастую переходит из поколения в поколение, и если ее приходится прекратить, у семьи наступает тяжелейшая абстиненция. Поэтому появление признаков выздоровления у наркомана вызывает сопротивление лечению со стороны членов семьи. Самые частые формы сопротивления – отрицание проблем, их преуменьшение, обвинение окружающих в причинах наркомании и врачей – в плохом лечении, оправдание поведения наркомана рациональными причинами, интеллектуализация проблем вместо их эмоционального осознания, подмена выздоровления снятием симптомов, враждебность при попытках вскрыть затаенные чувства (стыд, вину, злость) или семейные тайны. Самые частые семейные секреты – алкоголизм в родительской или прародительской семье, супружеские измены и сексуальные дисфункции, психические заболевания. Типичная форма сопротивления – манипуляции: стремление соблазнить и подкупить терапевта, лесть, попытки вовлечь его в коалицию, угрозы и шантаж.

- На семейных сессиях достигается понимание наркомании как болезни семьи, принятие пациентом ответственности за свое выздоровление; преодолевается отрицание членами семьи созависимости и сопротивления изменениям. Обеспечивается участие пациента и членов семьи в группах взаимопомощи для наркоманов и их родственников. Показана также психодрама, позволяющая пациенту сыграть роль своей сопротивляющейся части и нейтрализовать ее в роли конструктивной части своей личности. Для членов семьи важно выразить долго отрицавшиеся негативные эмоции в защищенном мире игры и использовать ее для овладения навыками открытого самовыражения и адаптивного разрешения стрессовых ситуаций.
- По методу Маршака (центр «Кундала» в Москве) 1-й этап проводится по программе «Детокс»: детоксикация происходит под наркозом, во время которого вводятся опиатный антагонист налтрексон или его пролонги – в последнем случае при введении наркотика дольше не возникает «прихода». Однако безболезненность «ломки» способствует быстрому рецидиву. 2-й этап – реабилитации, основан на использовании 12 шагов АА или «йоги Кундалини», позволяющей произвольно вызывать состояние наркотического опьянения без ПАВ. Лечение (стоимостью 5000 долларов) продолжается 28 дней. Поскольку в этот период тяга к наркотику сохраняется, у ряда пациентов преждевременные тренировки самонаркотизации лишь усиливают влечение.
- Следует упомянуть также о методике известного киргизского доктора Назаралиева. «Ломка» купируется атропиновой комой. На 2-м этапе используются директивные методы внушения и унижительные наказания за невыполнение крайне строгих инструкций врача. В заключение больному вводится «разработанный автором секретный препарат, провоцирующий смерть при приеме наркотика». Срыв происходит, как и при любом лечении наркомании, в 90–95 % случаев, задолго до окончания гарантированного срока и без смертельного исхода.

Реабилитация

- Самая трудная задача после медикаментозной реабилитации наркозависимых – обеспечить их доступность психотерапии. Решение этой задачи включает в себя следующие этапы:
- 1) первично-консультационный,
- 2) мотивационный,
- 3) процедуры отбора,
- 4) психокоррекционный индивидуальный,
- 5) психокоррекционный групповой,
- 6) психологического марафона,
- 7) интенсивной групповой работы.

- При установлении показаний к лечению наркозависимого больного важную роль играет определение уровня его готовности к излечению. Р. Гарифуллин (2004) выделяет следующие установки на трезвость: 1) стремление больного к лечению методами, исключающими возможность приема ПАВ после психокоррекции; 2) отсутствие ПАВ как средства достижения каких-либо целей у значимых других; 3) отсутствие в юморе больного утверждения превосходства пьяных над трезвыми; 4) отсутствие в речи и поведении больного выраженного удовольствия, оживления, бахвальства при воспоминании о пьяной жизни и 5) приближение самооценки больного к адекватной, в частности, относительно характера и тяжести своего заболевания.
- По данным Шабанова и Штакельберг (2001), действительно хотят отказаться от употребления наркотиков менее трети наркотизирующихся. Если среди не употреблявших наркотики 2/3 опрошенных не верят в возможность полноценной реабилитации наркомана, то 87 % наркоманов не сомневаются в своей возможности прекратить наркотизацию, хотя 73 % из них безуспешно пробовали сделать это.

- Реабилитация наркозависимых включает психоанализ, поведенческую, конфликт-центрированную терапию, гештальттерапию, НЛП, семейную, средовую терапию, социотерапию, терапевтические сообщества. Реабилитация строится на длительном (5 лет) наблюдении участкового нарколога, который содействует трудоустройству пациентов, проводит индивидуальную, семейную и групповую терапию (в том числе, группу взаимопомощи «Анонимные наркоманы»). В последние годы реабилитация все чаще осуществляется в небольших общинах, расположенных в сельской местности, нередко при монастырях. Здесь бывшие пациенты живут в течение многих месяцев и получают помощь в виде психотерапии, трудотерапии и духовного наставления. Ч. Сиберг (2002) описывает работу реабилитационного центра для подростков-наркоманов, основанную на тренинге группового выживания и саморазвития в условиях дикой природы.

Профилактика химической зависимости

- Существует ряд подходов к первичной профилактике химической зависимости у населения. Ограничения продажи алкоголя, вплоть до сухого закона, как и пугающие надписи на рекламе водки: «Чрезмерное потребление алкоголя вредно для здоровья», вызывают обратный эффект. Санитарное просвещение знакомит общественность с вредными последствиями алкоголизма и наркомании, но люди не воспринимают эту информацию лично. Запрет на легальную продажу наркотиков делает их очень дорогими и толкает наркомана на преступление, преследование наркоманов затрудняет их обращение за медицинской помощью. С целью ослабления этих проблем в Великобритании легализована продажа героина, в Нидерландах – марихуаны; в США врач может выписать метадон.
- Статистические данные говорят о том, что, если человека в возрасте от 10 лет до 21 года удерживать от табака, спиртного или наркотиков, это дает полную гарантию того, что этот человек не станет наркоманом. При этом удерживать означает не запугивать и наказывать, а культивировать здоровый образ жизни и формировать готовность противостоять саморазрушительным тенденциям.

- Наибольшую эффективность показала школьная программа формирования жизненных навыков. Ее задачи (Грюнвальд, Макаби, 2004):
- 1) развить у каждого ребенка позитивные установки и представления о себе, необходимые для принятия ответственных личных решений, связанных с приемом ПАВ;
- 2) обеспечить детей достоверной фактической информацией о том, что происходит с человеком, употребляющим ПАВ, и к каким последствиям это может привести;
- 3) продемонстрировать другие, нехимические способы изменения настроения;
- 4) обучить детей навыкам, необходимым для решения волнующих проблем;
- 5) помочь детям понять те положительные и отрицательные последствия, к которым может привести влияние на них со стороны сверстников;
- 6) помочь детям осознать свою личную систему ценностей, систему ценностей семьи и общества;
- 7) обучить детей навыкам эффективного общения и работе в группе;
- 8) научить детей пониманию причин стресса и использованию соответствующих приемов выхода из этого состояния.

- Профилактическая программа Березина и Лисецкого (2001) преследует следующие цели: а) расширение границ сознания, исследование личностных ресурсов; б) повышение стрессоустойчивости, снижение тревожности; в) снижение внушаемости, повышение критичности; г) развитие навыков общения в условиях проблемных жизненных ситуаций; д) развитие навыков саморегуляции и структурирования времени; е) рефлексия особых состояний сознания; ж) снижение деструктивной конфликтности.
- Выделяются следующие задачи групповой работы: 1) способствовать осознанию и усвоению детьми основных человеческих ценностей; 2) обучить детей методам решения жизненных проблем, преодоления стресса и снятия напряжения без применения ПАВ; 3) информировать детей об эмоциональных, физиологических, соматических и социальных последствиях употребления ПАВ; 4) формировать у детей психосоциальные и психогигиенические навыки принятия решений, эффективного общения, критического мышления, сопротивления негативному влиянию сверстников, управления эмоциями, в том числе в состоянии стресса; 5) довести до сознания детей преимущества отказа от употребления ПАВ; 6) сформировать установку на ведение здорового образа жизни; 7) повысить самооценку детей.

Спасибо за внимание !!!

