

Л.М. Барденштейн, Н.П. Герасимов,  
Ю.Б. Можгинский, Н.И. Беглянкин

---

# АЛКОГОЛИЗМ, НАРКОМАНИИ, ТОКСИКОМАНИИ

Учебное пособие



Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа»

УДК 616.89-008.441.(13+33) (075.8)

ББК 53/57я73

A50

**Рецензенты:**

Заместитель директора по научной работе ГНЦС и СП имени В.П. Сербского, заслуженный врач РФ, доктор мед. наук, профессор *Кекелидзе З.И.*

Заведующий кафедрой наркологии ППОВ ММА имени И.М. Сеченова, доктор мед. наук, профессор *Чирко В.В.*

**Авторы:**

Заведующий кафедрой психиатрии и наркологии МГМСУ, заслуженный врач РФ, доктор мед. наук, профессор *Барденштейн Л.М.*; главный врач Московской городской клинической психиатрической больницы №15, заслуженный врач РФ, канд. мед. наук, доцент *Герасимов Н.П.*; доцент кафедры психиатрии и наркологии МГМСУ, доктор мед. наук, *Можгинский Ю.Б.*; доцент кафедры психиатрии и наркологии МГМСУ, канд. мед. наук *Беглянкин Н.И.*

**Барденштейн Л.М., Герасимов Н.П., Можгинский Ю.Б., Беглянкин Н.И.**

A50 Алкоголизм, наркомании, токсикомании : учебное пособие. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. — с. 64: ил.

ISBN 978-5-9704-0387-7

В учебно-методическом пособии изложены исторические, социальные и клинические аспекты «болезней зависимости» — алкоголизма, наркомании и токсикомании. Рассмотрены эпидемиология, этиология, патогенез, клинические проявления, а также современные подходы к терапии больных, страдающих этими расстройствами.

Книга предназначена студентам медицинских вузов, а также клиническим ординаторам и аспирантам, проходящим последипломное обучение.

УДК 616.89-008.441.(13+33) (075.8)

ББК 53/57я73

*Права на данное издание принадлежат издательской группе «ГЭОТАР-Медиа». Воспроизведение и распространение в каком бы то ни было виде части или целого издания не могут быть осуществлены без письменного разрешения правообладателей.*

© Коллектив авторов, 2007

© Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2007

ISBN 978-5-9704-0387-7

# СОДЕРЖАНИЕ

<b>АЛКОГОЛИЗМ</b> .....	4
Введение .....	4
Эпидемиология .....	4
Исторические сведения .....	4
Клиника алкоголизма .....	6
Алкогольные психозы .....	13
Изменения личности при алкоголизме .....	16
Неблагоприятные последствия алкоголизма (соматические расстройства, социальные проблемы, патология наследственности) .....	17
Алкоголизм среди разных групп населения .....	19
Лечение алкоголизма .....	20
<b>НАРКОМАНИИ И ТОКСИКОМАНИИ</b> .....	24
Определение .....	24
Исторические сведения .....	25
Эпидемиология .....	26
Клиника наркоманий и токсикоманий .....	26
Патоморфоз .....	40
Общие подходы к терапии .....	41
<b>КОНТРОЛЬНЫЕ ЗАДАНИЯ</b> .....	43
Тестовые задания .....	43
Ситуационные задачи .....	46
Рекомендуемая литература .....	55

## ВВЕДЕНИЕ

Алкоголизм — хроническое заболевание, вызванное систематическим употреблением спиртных напитков и приводящее к нарушению психической деятельности, социального функционирования, появлению сомато-неврологической патологии.

Большая социально-медицинская значимость проблемы обусловлена широким распространением алкоголизма, доступностью алкоголя, а также наличием низкосортных токсических смесей, вызывающих тяжелую интоксикацию. Алкоголизм прежде всего поражает людей молодого и среднего возраста, то есть наиболее трудоспособную часть населения. Это заболевание наносит огромный ущерб здоровью, снижает трудоспособность, приводит к личностной деградации. Мероприятия по борьбе с алкоголизмом, в том числе профилактика, эффективные способы терапии находятся в числе важных приоритетов социальной политики.

## ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

По данным Всемирной организации здравоохранения, алкоголизмом в мире страдают около 70 млн человек. Распространенность алкоголизма составляет около 2%. Она различается в разных регионах мира: от самых низких в странах Среднего Востока и до высоких показателей в Северной Америке и ряде районов Восточной Европы (до 5%). Отмечается тенденция к увеличению числа проблем, обусловленных употреблением алкоголя (ВОЗ, 2001). В Российской Федерации в 2000 г. состояло на учете в связи с алкоголизмом и алкогольными психозами 1513,1 чел. на 100 тыс. населения (около 1,5%). При этом следует иметь в виду, что истинное число таких больных в 2—3 раза превышает официальные данные.

## ИСТОРИЧЕСКИЕ СВЕДЕНИЯ

Из документов глубокой древности мы узнаем об употреблении спиртных напитков. Примерно в VIII веке арабские алхимики научились получать этиловый спирт, который получил название «алкоголь». «Алко-

голь» созвучен с арабским словом, обозначающим средство, придававшее женскому лицу румяный цвет, а глазам — особый блеск. Некоторые исследователи переводят это слово как «одурманивающий».

История виноделия тесно переплетается с историей борьбы с ним. Законы, запрещающие употребление вин, издавались в Древнем Китае, Индии, Египте, Греции, Риме. Известно, что наибольшее распространение употребления спиртных напитков среди населения совпадало с периодами кризиса в государстве. Так, в Древнем Риме в эпоху упадка Великой империи пьянство достигло наибольшей степени. В период расцвета древних государств наблюдалась иная картина. Свободный гражданин Древней Греции считал позором впасть в состояние опьянения, которое лишало его ясности мышления. В период расцвета Спартанского государства спартамцам было запрещено употребление вин.

С течением времени меняются меры борьбы с распространением спиртных напитков и отношение к лицам, страдающим алкоголизмом. Наряду с мероприятиями, ограничивающими распространение алкоголя, вплоть до сухого закона, применяются и лечебные: создаются амбулатории и стационарные лечебницы с широким арсеналом терапевтического воздействия.

В 1912 г. И.П. Павлов выступил против попытки некоторых медиков признать употребление алкоголя безвредным для организма и даже полезным, в какой-то мере способным замещать пищевые продукты. И.П. Павлов писал, что алкоголь «...гораздо больше вреда приносит, чем радости, всему человечеству, хотя его употребляют ради радости. Сколько талантливых людей погибло и погибает сейчас из-за него».

С.С. Корсаков в курсе психиатрии в 1913 г. писал: «Хронический алкоголизм — это совокупность расстройств, вызванных в организме повторным, чаще всего долговременным употреблением спиртных напитков».

Некоторые исследователи при рассмотрении хронического алкоголизма обращали внимание и на его социальный аспект. Так, Н.В. Канторович (1954) считал хроническими алкоголиками людей, у которых в результате систематического злоупотребления спиртными напитками развилось влечение к алкоголю, произошли нарушение трудоспособности, разрыв семейных отношений, утрата физического и психического здоровья.

Е. Staehelin (1967) подчеркивал, что злоупотребляющие алкоголем люди имеют четко очерченную личностную мотивацию. Он выделил четыре основные группы индивидуумов:

— *genusstrinker* — пьющие для удовольствия, простые примитивные люди, с развитым «стадным чувством»;

— erleichterungstrinker — пьющие, чтобы «развеяться»: люди угрюмые, необщительные, с чувством тоски и безысходности;

— gauschtrinker — пьющие для опьянения: люди с расстройством личности, с невротическими реакциями, живущие в разладе с окружающим миром;

— betäubungstrinker — пьющие для того, чтобы забыться и утопить в вине свои проблемы.

Таким образом, алкоголизм является сложным заболеванием, в этиологии которого выявляются психологические и социальные факторы. Постоянная потребность в опьянении приводит к расстройству психической деятельности, соматическим и неврологическим нарушениям, падению работоспособности, утрате социальных связей, деградации личности.

## **КЛИНИКА АЛКОГОЛИЗМА**

В современной классификации психических расстройств, согласно Международной классификации болезней (МКБ-10), выделяются последствия *острой алкогольной интоксикации* и *хроническое злоупотребление алкоголем*.

### **Острая алкогольная интоксикация (F10.0)**

Состояние должно соответствовать критериям острой интоксикации психоактивными веществами:

- наличие достоверных сведений об употреблении данного вещества (веществ);
- выявление характерных симптомов интоксикации, свойственных именно этому веществу, причем указанные симптомы не могут быть следствием какого-либо иного заболевания, другого психического и поведенческого расстройства.

Различают типичную (простую) форму алкогольного опьянения, а также целый ряд измененных (осложненных) форм.

### ***Простое алкогольное опьянение***

Простое алкогольное опьянение — следствие употребления спиртных напитков, характеризующееся появлением обратимых патологических реакций (психических, неврологических и соматовегетативных), связанных с общетоксическим воздействием на организм, классическим вариантом которых являются эйфория, коммуникабельность, седация, релаксация.

Различают три степени данного вида опьянения. При **легкой степени острой алкогольной интоксикации (F10.0)** возникают подъем настроения, уверенность в себе, чувство комфорта, повышенная активность, веселость. Эти симптомы сопровождаются приятными физическими ощущениями — тепла, расслабленности, а также вегетативно-сосудистыми проявлениями в виде гиперемии лица, инъектированности склер. В последующем нарастает усталость, обнаруживаются замедление мышления, неточность высказываемых суждений. Наряду с эйфорическим компонентом могут возникать конфликтность и агрессивность. При легкой степени опьянения концентрация алкоголя в крови находится в пределах 50—150 ммоль/л.

Для **средней степени острой алкогольной интоксикации** характерны более выраженные эмоциональные и поведенческие расстройства. Усиливается двигательное возбуждение, эйфория легко переходит в раздражительность или сменяется подавленностью. Внимание становится более инертным, появляется рассеянность и трудность в сосредоточении. Речь однообразна, стереотипна, наблюдается нарушение артикуляции. Движения слабо координированы, походка шаткая. Усиливаются конфликтность, раздражительность, появляется расторможенность влечений. В отдельные периоды степень нарушения сознания такова, что в последующем эти эпизоды выпадают из памяти («алкогольные палимпсесты», «перфорационная амнезия»). Концентрация алкоголя при средней степени интоксикации — 150—250 ммоль/л.

**Тяжелая степень алкогольной интоксикации** характеризуется глубоким нарушением сознания вплоть до сопора или комы. Отсутствует координация движений. Идеаторный процесс грубо нарушен: речь полностью невнятная, ассоциации отрывочны. По выходе из интоксикации обнаруживается полная амнезия. Концентрация алкоголя при данной степени опьянения — 300—500 ммоль/л (когда содержание алкоголя достигает 600 ммоль/л и более, может наступить смерть).

Существуют также **измененные (осложненные)** формы простого алкогольного опьянения.

Вариантами измененного алкогольного опьянения являются: эксплозивный, дисфорический, истерический, импульсивный, депрессивный, маниакальный, сомнолентный.

**Патологическое алкогольное опьянение** — психотическое состояние, характеризующееся **сумеречным помрачением сознания**, которое возникает от приема небольших доз алкоголя (50—100 г), в отличие от **простой и измененной формы алкогольного опьянения, протекающих на фоне ясного**

**сознания.** Больные в состоянии патологического алкогольного опьянения дезориентированы, продуктивный контакт с ними невозможен; они возбуждены, агрессивны.

Как правило, патологическое алкогольное опьянение проявляется в двух формах:

- *эпилептоидная* форма — сильное психомоторное возбуждение, сопровождающееся аффектом тревоги и страха, импульсивными действиями разрушительного (гетероагрессивного, гомицидного) характера;
- *параноидный* вариант — поведение больных определяется бредовыми и галлюцинаторными переживаниями; они также brutальны, агрессивны, социально опасны. Патологическое опьянение длится от нескольких часов до нескольких минут и заканчивается глубоким сном с последующей тотальной амнезией.

Тяжелая форма алкогольного опьянения развивается у лиц, перенесших черепно-мозговые травмы, соматически ослабленных вследствие инфекционных заболеваний, а также у возбудимых психопатических личностей.

### ***Хронический алкоголизм***

Хронический алкоголизм входит в круг расстройств, объединенных в МКБ-10 рубрикой «Синдром зависимости» (наряду с наркоманией и токсикоманией). Общими диагностическими критериями синдрома зависимости от психоактивных веществ являются:

- патологическое, трудно преодолимое влечение к приему данного вещества;
- снижение контроля над его употреблением;
- появление абстинентного синдрома («синдрома отмены»);
- повышение толерантности;
- охваченность сознания мыслями о поиске и приеме вещества;
- пренебрежение теми вредными последствиями, которые вызывает его регулярное употребление;
- сужение круга интересов.

Наряду с названными выше общими диагностическими критериями синдрома зависимости существуют отдельные специфические признаки алкоголизации.

В развитии хронического алкоголизма выделяются три стадии: начальная (первая), средняя (вторая) и конечная (третья). В отечественной психиатрии наибольшее распространение получила классификация



А.А. Портнова и И.Н. Пятницкой (1971), в которой три стадии алкогольной болезни обозначены в соответствии с их клинко-патогенетическими особенностями: первая стадия названа невротической, вторая — наркоманической, а третья — энцефалопатической.

**Начальная (первая, невротическая)** стадия алкоголизма характеризуется появлением патологического влечения к алкоголю, снижением количественного контроля, повышением толерантности, наличием амнезии отдельных эпизодов опьянения.

Каждый человек обладает вполне определенной переносимостью алкоголя. Это называется физиологической толерантностью, порог которой определяется рвотной реакцией. Поэтому рубежом начальной стадии считают исчезновение рвотного рефлекса, который призван защищать организм от передозировки алкоголя. При дальнейшем развитии заболевания организм приспособливается к большим дозам алкоголя — происходит увеличение толерантности.

Состояние опьянения становится субъективно приятным для больного. Под влиянием различных ситуаций у него все чаще появляются мысли о спиртном, носящие навязчивый характер. Больной становится суетливым, рассеянным, быстро отвлекаемым, навязчивые мысли о спиртном приводят к тягостному чувству напряжения и тревоги.

Следствием подобных навязчивых желаний, исчезновения рвотного рефлекса и повышенной толерантности является утрата количественного контроля: после первой порции алкоголя растормаживается и обостряется влечение к дальнейшему употреблению спиртных напитков. Человек начинает с жадностью (как бы «опережая круг») выпивать рюмку за рюмкой, доводя себя до состояния тяжелого опьянения. После такого эксцесса, расспрашивая окружающих, больной приходит к выводу, что поведение его было неправильным, «дурным», и многое восстановить в памяти ему просто не удастся. Запомывание эпизодов опьянения обозначается как «палимпсесты». Больные также жалуются на отсутствие интереса к работе, на высокую утомляемость, слабость, на повышенную рассеянность, раздражительность.

**Патологическое влечение (психическая зависимость)** обусловлено эйфорическим компонентом алкогольной интоксикации. У больного возникает тяга к повторному употреблению алкоголя, чтобы еще раз ощутить подъем настроения и состояние душевного комфорта. В периоды вынужденного перерыва в употреблении алкоголя больные испытывают подавленность, беспокойство, внутреннюю напряженность. Мысли об употреблении алкоголя властно вторгаются в сознание, приобретая

навязчивый характер. Осознавая патологическое влечение к спиртному, больные могут предпринимать меры, чтобы избежать очередной выпивки, пытаются преодолеть тягу («борьба мотивов»).

На **средней (второй, наркоманической)** стадии изменяется характер патологического влечения к алкоголю: оно постепенно приобретает признаки *компульсивности*, то есть становится неодолимым, в нем исчезает борьба мотивов, личность подчиняется ему без колебаний. Продолжает расти толерантность, которая на второй стадии достигает максимума («плато толерантности»). Возникает полная *утрата количественного контроля*: попадание в организм алкоголя вызывает непреодолимую потребность в продолжении выпивки, причем для этого больной может пить в одиночестве, пренебрегая правилами поведения, социально-нравственными нормами. Появляется также ряд специфических симптомов средней стадии алкоголизма (рис. 1).

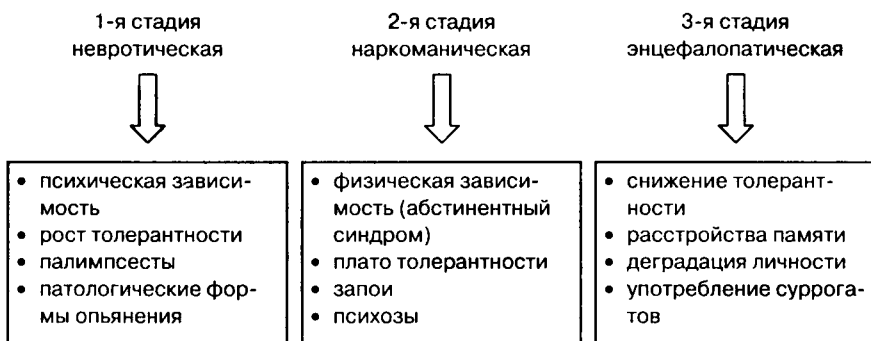


Рис. 1. Динамика болезней зависимости

Обнаруживается **абстинентный синдром (синдром отмены)**, который является отражением сформировавшейся *физической зависимости*. Он возникает при вынужденном прекращении длительной и массивной алкоголизации. Диагностические критерии синдрома отмены следующие:

- достоверные данные о прекращении и о недавнем длительном употреблении алкоголя;
- наличие специфических симптомов отмены алкоголя, в частности тремора рук и языка, тахикардии, артериальной гипертензии, потливости, головной боли, бессонницы, подавленности, беспокойства, тревоги, эпизодических слуховых и зрительных галлюцинаций;

- важным критерием для диагноза синдрома отмены является облегчение его симптомов после принятия алкоголя.

Диагностическое значение алкогольного абстинентного синдрома состоит в том, что он свидетельствует о необратимых изменениях в организме в отношении реакции на алкоголь. Абстинентному синдрому не свойственно обратное развитие — возникнув, он не исчезнет и после многих лет воздержания от алкоголя. В выраженных случаях алкоголизма абстинентные явления длятся до 3—4 недель.

Употребление алкоголя становится главным мотивом поведения больного. Этот мотив вытесняет все другие способы достижения душевного комфорта. Большая часть времени тратится на поиск и употребление алкоголя, а также на купирование связанных с этим вредных последствий.

Как правило, меняется и форма употребления: появляются так называемые *псевдозапой*, когда выпивки происходят ежедневно в течение определенного временного промежутка (нескольких дней или недель). «Движущей силой» псевдозапоев являются патологическое влечение к алкоголю и абстинентный синдром. Начало псевдозапоев и выход из них, тем не менее, во многом обусловлены внешними причинами: праздники, получение зарплаты или, наоборот, отсутствие денег, назревание семейного скандала и т. д.

На второй стадии алкоголизма прием алкоголя в течение суток распределяется примерно следующим образом: небольшая доза в утренние часы (похмелье), большее количество в обеденные часы (под влиянием постоянного влечения) и массивная вечерняя выпивка, приводящая к тяжелому опьянению.

Все вместе взятое — неудержимое влечение, высокая толерантность, потеря количественного контроля, абстинентный синдром — делает пьянство больного систематическим и тяжелым. Перерывы обуславливаются только внешними причинами: отсутствие денег, тяжелая ситуация дома и на работе.

На этом этапе у больного страдают семейные отношения. Постоянные конфликты с близкими достигают апогея и могут привести к распаду семьи. У больных снижается работоспособность, учащаются прогулы.

На **конечной (третьей, энцефалопатической)** стадии алкоголизма наступают стойкие сомато-неврологические нарушения — полиневропатии, поражение сердца, печени и других органов. Отмечается снижение толерантности. Больные переходят на употребление более легких алкогольных напитков. В состоянии опьянения проявляются психопатические черты в форме раздражительности, агрессивности, придиристичности.

Характерная форма употребления алкоголя на третьей стадии — *истинные запои*. Они появляются без внешнего повода, на высоте внезапного возникшего неодолимого влечения. По мере течения истинного запоя толерантность к алкоголю падает вплоть до полного ее исчезновения (*интолерантность*).

На третьей стадии больные пьянеют от небольшой дозы. Абстинентные явления выражены, однако, достаточно сильно, и наступают они уже через 1—2 часа после употребления алкоголя. Это заставляет больного постоянно похмеляться. В состоянии опьянения больные становятся злобными, агрессивными, опьянение не только не приводит ко сну, а наоборот — развивается бессонница. Многократно на протяжении дня принимая небольшие порции спиртного, больной за сутки может выпить большое его количество. При этом он доводит себя до состояния оглушения, речь становится неразборчивой, окружающее усваивается с трудом. На фоне неглубокого, прерывистого сна нередко возникают галлюцинации. При наблюдении бывает трудно определить, испытывает больной отрывочные кошмарные сновидения или его сознание заполняют галлюцинаторные переживания. На 6—7-й день запоя развивается тяжелое физическое состояние с падением сердечной деятельности, появляются желудочно-кишечные расстройства, резкая общая слабость.

Запой прекращается в связи с развивающейся физической непереносимостью алкоголя. Но, как только исчезают угрожающие жизни симптомы интоксикации и абстиненции, у больного вновь пробуждается влечение к алкоголю и физическая потребность в нем: после первой рюмки вновь развивается запойное состояние.

Для третьей стадии алкоголизма характерно употребление суррогатов (растворители, одеколон и др.). К приему суррогатов больной стремится не только по экономическим соображениям, а в основном потому, что они вызывают более интенсивное и тяжелое опьянение. В монографии А.А. Портнова и И.Н. Пятницкой приводится интересный случай, когда у оперированного больного с подозрением на новообразование в полости желудка был обнаружен ком краски (в результате многолетнего фильтрования политуры ворсинками слизистой оболочки желудка).

На конечной стадии алкоголизма наступает *деградация личности*: больные утрачивают профессиональные навыки, теряют работу, перестают интересоваться семьей. Отмечается снижение интеллектуально-мнестических функций, нивелировка личности с благодушием, сниже-

нием инициативы, часто обнаруживаются грубость, цинизм, снижение такта, своеобразный «алкогольный юмор». В запущенных случаях эти люди начинают вести паразитический образ жизни.

## АЛКОГОЛЬНЫЕ ПСИХОЗЫ

Алкогольные психозы возникают как проявление абстинентного синдрома, следовательно, не ранее II стадии алкоголизма. Они появляются вследствие полного или частичного прекращения употребления алкоголя после длительного запоя, реже — в период усиленной алкоголизации.

Наиболее часто из всех алкогольных психозов встречается **алкогольный делирий (абстинентное состояние с делирием)**. После продромального периода с симптомами тревоги, страха, парейдолических иллюзий развивается картина острого психоза с характерной триадой симптомов: расстройство сознания, тремор, яркие зрительные и слуховые галлюцинации. Галлюцинации носят преимущественно истинный характер, они изменчивы, калейдоскопичны, сценopodobны. Характерна повышенная внушаемость, зрительные галлюцинации можно вызвать при надавливании на глазные яблоки (*симптом Липмана*). Возникает вторичный бред преследования и физического воздействия, фабула которого связана с содержанием галлюцинаций.

Белая горячка может развиваться и у лиц, давно прекративших употребление спиртных напитков, в результате воздействия дополнительных факторов, таких как физическая травма, пневмония или другие инфекционно-соматические заболевания.

Болезнь обычно начинается со стадии предвестников продолжительностью в 3—4 дня, по клиническим проявлениям напоминает абстинентное состояние. Сон становится поверхностным, с обильными кошмарными сновидениями, появляются чувство тоски, тревоги, отдельные идеи о преследовании или враждебном отношении, дрожь, потливость, понос, учащение пульса, падение артериального давления.

На этом фоне появляются устрашающие зрительные иллюзии и зрительные галлюцинации. В этот период галлюцинаторные явления легко возникают в результате внушения. Галлюцинации часто необычного вида, характерны уменьшенные размеры зрительных обманов. Часто больной видит насекомых, мелких животных, крыс. Сознание больного нарушается, он не ориентируется в обстановке. Яркие галлюцинаторные образы размещены среди реальных предметов. К зрительным галлюци-

нациям могут присоединяться слуховые — в виде отдельных выкриков, угроз, а также и тактильные. Больные чувствуют прикосновение к телу насекомых, их укусы.

Внимание больного загружено галлюцинаторными переживаниями: он то внимательно и удивленно присматривается, то пытается отстраниться, убежать от кого-то. Болезненные переживания сопровождаются соответствующими эмоциональными реакциями и выразительной мимикой. Типичным для этого периода является «юмор висельника» — плоский алкогольный юмор, который возникает на фоне социально-этической деградации личности..

В период алкогольного делирия («белой горячки») у больного нарушается сон. Вечером и ночью делириозное помрачение сознания усиливается, психические нарушения сопровождаются выраженными общесоматическими расстройствами. Постоянно отмечается общий тремор тела, конечностей, языка. Движения и походка становятся атактичными (плохо координированными), отмечается гипергидроз, увеличение температуры тела до высоких цифр. Смертельный исход возможен в результате развивающейся сердечно-сосудистой недостаточности или присоединившейся пневмонии. В случае благоприятного течения больной постепенно выздоравливает на протяжении нескольких дней.

При ухудшении состояния может возникать **мусситирующий (бормочущий) делирий, профессиональный делирий**. В этих случаях отсутствует выраженное психомоторное возбуждение. Больные находятся в пределах постели, выполняют автоматизированные, привычные действия, отмечается невнятность, отрывочность речи.

**Острый алкогольный галлюциноз** встречается реже и характеризуется наплывом слуховых галлюцинаций при формально ясном сознании. Содержание голосов, как правило, носит осуждающий характер, больной слышит в свой адрес угрозы, ругань и оскорбления. При алкогольном галлюцинозе преобладают слуховые галлюцинации. В окружающем шуме (тиканье часов, гул мотора и т. д.) больной начинает различать свое имя, отдельные слова. Появившиеся тревога, страх заставляют больного прислушиваться к каждому шороху, тщательно вслушиваться в мнимые голоса. При усилении психоза он ясно начинает различать брань и угрозы в свой адрес. Часто появляются голоса, спорящие о нем: одни при этом осуждают его, другие защищают, оправдывают. Галлюцинации и аффекты тревоги, страха могут сопровождаться бредом преследования. Больной становится бес-

покойным, постоянно передвигается, не находит себе места. Часто к слуховым расстройствам восприятия присоединяются тактильные галлюцинации.

**Острый алкогольный параноид**, возникающий на фоне абстинентного синдрома, проявляется страхом, растерянностью, бредовым восприятием окружающего, идеями преследования. Встречаются также хронические варианты алкогольного галлюциноза и параноида. В последнем случае бред монотематичен, его содержанием являются идеи супружеской неверности (*алкогольный бред ревности*).

Этот вид алкогольного психоза возникает чаще после 40 лет на фоне уже сформировавшихся, выраженных изменений личности. Появляются необоснованные идеи ревности. Вначале она возникает лишь в состоянии опьянения или похмелья. С течением времени подозрения в неверности остаются и вне этих состояний, становятся стойкими. «Обманутый» муж начинает следить за женой, обращается за помощью к органам власти и может совершить жестокие насильственные действия. Больной во всем начинает усматривать доказательства неверности своей жены. Он утверждает, например, что жена изменяет ему с людьми моложе его, даже с братьями и сыновьями.

Часто больной оставляет свои дела и все время посвящает слезке за супругой, находя все новые и новые «доказательства» ее неверности. Подобные состояния иногда сопровождаются обманами восприятия: в комнате, где в данный момент находится супруга, он слышит звуки поцелуев, признания в любви и т. п. Могут возникать и мысли о преследовании, иногда больному начинает казаться, что жена с «любовником» собираются его убить. При развитии таких состояний больные становятся социально опасными, и поэтому необходимо обязательно принимать меры к их госпитализации и лечению.

Существует группа энцефалопатических алкогольных психозов, возникающих на второй или третьей стадии болезни. Клиническая картина этих психозов включает помимо психотических симптомов также выраженные неврологические и соматические расстройства. При возникновении **острой энцефалопатии Гайе—Вернике** наряду с признаками тяжелого, «профессионального» делирия нарастают состояние оглушения, истощение, гипертермия, атаксия, нистагм, симптомы орального автоматизма. Присоединение интеркуррентных инфекций может привести к летальному исходу.

Весьма характерно для III энцефалопатической стадии хронического алкоголизма **Корсаковский психоз**. Его клиническая картина

представлена фиксационной амнезией, конфабуляциями и связанной с этими расстройствами дезориентировкой. Кроме этих признаков обнаруживаются полиневриты, расстройства кожной чувствительности. Это заболевание было описано С.С. Корсаковым в 1887 г. Для расстройств памяти характерно нарушение запоминания текущих событий (*фиксационная амнезия*). В выраженных случаях больные не ориентируются в месте, времени, не могут найти свою палату, кровать, запомнить лечащего врача. Перечисленные расстройства памяти «компенсируются» вымыслами, чаще обыденного содержания (*конфабуляции*). Так, больной, длительное время находящийся в клинике, заявляет, что вчера он был в гостях у друзей, и подробно рассказывает о проведенном времени. Критическое отношение к болезни отсутствует.

## ИЗМЕНЕНИЯ ЛИЧНОСТИ ПРИ АЛКОГОЛИЗМЕ

Следствием алкоголизма являются изменения в психофизическом и личностном статусе больных. Они быстро утомляются, постоянно жалуются на общую слабость, плохое самочувствие. Часто они теряют прежние интересы, за исключением тех, которые связаны с алкоголем. Алкоголики безразличны к своей судьбе, не имеют определенных планов на будущее, их не трогает несчастье близких людей.

В других случаях больные становятся игривыми, проявляется склонность к фантастическим преувеличениям своих возможностей и способностей. Часто они легко переходят от состояния крайней бесшабашности и слепого благодушия к злобности, придирчивости. Они становятся нетерпимы в коллективе, служат постоянной причиной скандалов, допускают физическое насилие над близкими. Особенно резкое изменение личности алкоголиков происходит на последней стадии болезни. Их жизнь связана с добыванием средств на спиртное и употреблением алкоголя. Все остальное отходит на задний план. Отсутствуют чувства привязанности и долга.

Приподнятое настроение, беззаботность и легкомыслие в поведении становятся характерными чертами личности больного. Шутки нередко носит плоский, «уличный» характер. Нельзя определить, как поведет себя больной в данной ситуации, все определяет «настроение минуты». Постоянной для подобных больных становится такая черта, как безволие. Резко падает способность к творческому труду. В деятельности алкоголика преобладают «щтампы» прошлого опыта. То, что рань-



ше решалось легко и быстро, теперь требует длительного осмысления. Постепенно у больных алкоголизмом разрушается память. В итоге, как заметил С.С. Корсаков, «больные становятся тупыми, несообразительными, забывчивыми».

### **НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ АЛКОГОЛИЗМА (соматические расстройства, социальные проблемы, патология наследственности)**

Злоупотребление алкоголем пагубно влияет не только на психическое здоровье человека — алкоголизм приводит к появлению многочисленных нарушений деятельности различных внутренних органов. Злоупотребление алкоголем способствует развитию соматических заболеваний и прямо или косвенно является одной из основных причин смертности населения.

По данным ВОЗ, алкоголизм и связанные с ним заболевания, являющиеся причиной смерти, уступают лишь сердечно-сосудистым заболеваниям и злокачественным новообразованиям. Отмечается прямая зависимость уровня смертности от заболеваний, связанных с алкоголизмом, и количества потребляемого алкоголя на душу населения. Статистическое обследование в США показало, что средний уровень смертности систематически пьющих людей почти в два раза выше, чем непьющих. Злоупотребление алкоголем, по данным американских авторов, сокращает продолжительность жизни примерно на 20 лет.

Влияние злоупотребления алкоголем на заболевания внутренних органов общеизвестно. Хотя оно не вызывает у человека каких-либо специфических поражений внутренних органов (за исключением печени), нет ни одного органа, ни одной физиологической системы, на которые бы алкоголь не оказывал отрицательного влияния. Особенно значительные нарушения наблюдаются со стороны печени. Описаны хронические алкогольные гастриты, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, энтероколиты. Считается, что одним из факторов, способствующих возникновению рака желудка, является злоупотребление алкоголем. В возникновении сердечно-сосудистых заболеваний большой удельный вес принадлежит злостной алкоголизации — чаще возникают гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, мозговой инсульт. Хронические бронхиты, эмфизема легких распространены в 3—4 раза чаще у больных алкоголизмом, чем среди населения в целом. Алкоголизм и туберкулез легких — довольно частое сочетание. Кроме туберкулез

у больных алкоголизмом имеет вялое течение, нередко с развитием необратимых изменений.

Алкоголь оказывает отрицательное действие на нервную систему. Изменения со стороны вегетативной нервной системы наблюдаются уже на самых ранних стадиях алкоголизма.

Название ряда заболеваний нервной системы убедительно показывает их связь со злоупотреблением алкоголем — алкогольные психозы, алкогольная эпилепсия, алкогольная энцефалопатия, алкогольные полиневриты, приводящие к нетрудоспособности и высоким затратам на лечение.

Взаимосвязь алкоголизма и семейных конфликтов широко отображена в зарубежной и отечественной литературе. По данным исследователей, основным мотивом бракоразводных дел, возбуждаемых по инициативе женщин, является пьянство мужа. В семьях алкоголиков чаще встречается и физическое насилие по отношению к детям. У таких детей появляются фобии, низкая самооценка, нарушения социализации.

Алкоголизм пагубно влияет на процессы воспроизводства населения. По некоторым данным, среднее количество аборт, приходящихся на женщину в семьях, где мужчина систематически употребляет алкоголь, в 2—2,5 раза выше, чем в благополучных. Употребление алкоголя в период беременности приводит к внутриутробным дефектам развития плода. У этих детей впоследствии отмечаются умственная отсталость, патологическая гиперактивность, нарушение внимания.

В исследованиях многих специалистов показано, что алкоголизм родителей увеличивает детскую смертность. Оставшиеся в живых дети оказываются ослабленными, у них нередко отмечают явления задержки физического и психического развития. Алкогольная отягощенность, имевшаяся до рождения ребенка, способствует нарушению его интеллектуального развития.

Тщательные исследования показали, что в семьях, где деды и прадеды страдали алкоголизмом, у их потомков выявляются довольно выраженные расстройства со стороны центральной нервной системы (подверженность различным нейроинфекциям, неблагоприятным последствиям небольших черепно-мозговых травм и т. п.). Имеют место выраженные отклонения со стороны сердечно-сосудистой системы, нарушения функций внутренних органов (печень, почки и др.), высок процент как пограничных нервно-психических расстройств, так и различных психозов.

## **АЛКОГОЛИЗМ СРЕДИ РАЗНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ**

### **Алкоголизм у подростков**

Угроза алкоголизации молодого поколения становится более высокой в современной жизни, несмотря на индустриализацию и урбанизацию. Но пока еще не созданы эффективные меры для предотвращения «алкогольной наркомании» среди молодежи. Достоверно известно, что ранняя алкоголизация приводит к выраженной деформации и десоциализации личности, а алкоголизм, начавшийся в молодом возрасте, имеет тенденцию к злокачественному течению.

Факторами, способствующими злоупотреблению алкоголем в подростковом возрасте, являются так называемые возрастные поведенческие реакции (группирования, эмансипации и др.). Важным мотивом начала употребления алкоголя является стремление к контакту со сверстниками, желание испытать новые ощущения, почувствовать себя взрослым, избавиться от возрастных комплексов.

Есть ряд особенностей в клинических проявлениях подросткового алкоголизма. Так, в структуре абстиненции у них более выражено психопатоподобное поведение. Можно отметить тенденцию к диссимуляции абстинентных проявлений, попытки скрыть их. У подростков сильнее проявляется постабстинентная астения, часто сопровождающаяся показным раскаянием. Социальная дезадаптация наступает раньше (потеря работы, прекращение учебы и т. д.).

### **Алкоголизм у женщин**

Алкоголизм у женщин чаще, чем у мужчин, воспринимается обществом не как болезнь, а как постыдная привычка, поэтому женщины обычно скрывают свое заболевание. Показано, что нетерпимость общества к женскому алкоголизму — важнейший сдерживающий фактор распространения алкоголизма среди этой социальной группы. Японские женщины, например, практически не употребляют алкоголя. Ряд авторов утверждают, что женщины начинают пить в более позднем возрасте, чем мужчины, но быстрее переходят от контролируемого приема алкоголя к бесконтрольному его употреблению.

В клинике женского алкоголизма большее место, чем у мужчин, занимает аффективная патология, в том числе суицидальные тенденции. Влечение к алкоголю обусловлено аффективным компонентом, а также импульсивностью (внезапность, отсутствие борьбы мотивов). Последнее обстоятельство определяет частоту встречаемости у женщин «истинных»

запоев. Течение болезни отличается высокой прогрессивностью, при том, что ее начало, как уже говорилось, более позднее: это связано с социальной ролью женщины, сдерживающим влиянием общественного мнения.

## ЛЕЧЕНИЕ АЛКОГОЛИЗМА

Для проведения активной и целенаправленной борьбы с алкоголизмом необходим комплексный, клинический и социально-гигиенический подход к изучению причин, благоприятствующих распространению алкоголизма среди различных социальных слоев населения.

Для предотвращения возможного развития заболевания необходимы выявление и учет не только лиц, страдающих алкоголизмом, но и лиц, злоупотребляющих алкоголем без явных признаков болезни. По отношению к ним необходимо осуществлять комплекс мер медико-социального воздействия в различных конкретных условиях (в семье, на производстве).

Одним из важнейших условий успешного лечения алкоголизма является возможно более раннее его начало. Активность выявления лиц, злоупотребляющих алкоголем, эффективность воздействия на них и окружающую микросоциальную среду возможны при взаимодействии и координации усилий медицинских работников, административных органов и общественности.

Медикаментозное лечение (не менее двух-трех лет в амбулаторных условиях) помогает избавиться от непреодолимого влечения к алкогольным напиткам. Однако рецидив будет неизбежен, если человек не осознает необходимость полного отказа от алкоголя и у него не будет принципиальной установки на категорическое воздержание от спиртных напитков. Эффект антиалкогольной терапии, таким образом, достигается при согласовании медицинских и педагогических мер воздействия.

Подходы к лечению алкоголизма основаны на следующих принципах:

- непрерывность и длительность терапевтического воздействия;
- дифференцированная оценка клинических и микросоциальных факторов;
- комплексное использование различных методов лечения;
- установка больного на полное воздержание от приема алкоголя;
- этапность и преемственность.

На первом этапе лечения проводятся дезинтоксикация, купирование абстинентного синдрома, коррекция поведенческих и психопатоло-

добных расстройств. Для дезинтоксикации широко используются гипертонические и плазмозамещающие растворы, тиоловые препараты, сульфат магния.

Применяется введение гипертонического 40-процентного раствора глюкозы внутривенно по 10—15 мл. Тиоловые препараты вводятся внутримышечно (унитиол 5% в количестве 5—15 мл), а также внутривенно (тиосульфат натрия 30% в количестве 10 мл).

Хороший эффект дает внутримышечное или внутривенное введение 5—10 мл 25-процентного раствора сернокислой магнезии, учитывая ее дезинтоксикационное, седативное, антисудорожное действие.

В качестве плазмозамещающих растворов применяются реополиглюкин и гемодез (внутривенно капельно).

Проведение массивной детоксикационной терапии способствует купированию абстинентных явлений. С этой целью применяется также витаминотерапия (тиамин, пиридоксина гидрохлорид, аскорбиновая кислота, цианокобаламин). Хороший эффект отмечается от введения (внутримышечно или внутривенно) ноотропов, препаратов, обладающих детоксикационным, антигипоксическим и церебропротекторным действием (метадоксил, милдронат, мексидол).

Важное значение приобретает коррекция психического статуса и сопутствующих алкоголизации психопатологических расстройств. В особенности это касается астенических и депрессивных состояний. Для астении характерны быстрая утомляемость и слабость, которые возникают без существенных интеллектуальных и/или физических нагрузок и не проходят после отдыха. Астенические состояния также характеризуются нарушениями сна, снижением концентрации внимания, раздражительностью, сексуальной дисфункцией, вегетативными нарушениями.

Для лечения астенического синдрома алкогольного генеза используются ноотропы, антидепрессанты, анксиолитики, адаптогены растительного происхождения. Вместе с тем действие стимулирующих препаратов может усиливать раздражительность, свойственную астеническому симптомокомплексу; седативное действие других препаратов способствует усилению дневной сонливости, вялости.

В свете вышеизложенного представляется предпочтительным назначение в таких случаях салбутиамина (энерион). Препарат легко всасывается в желудочно-кишечном тракте, проникает через гемато-энцефалический барьер и накапливается в лимбико-ретикулярных структурах головного мозга — гиппокампе, ретикулярной формации, зубчатой извилине (Асупа В., 1985). Энерион в дозе 200—400 мг (per os — утром и днем)

обнаруживает антиастенический эффект уже в начале второй недели лечения, способствует нормализации сна, улучшает работоспособность, концентрацию внимания, купирует вегетативные нарушения.

Важной целью антиалкогольного лечения является купирование патологического влечения, при котором нередко наблюдается тревожно-депрессивная и дисфорическая аффективная симптоматика. Для этого применяется целый ряд психотропных средств. Наиболее часто используются транквилизаторы: седуксен в суточной дозе 10—30 мг, феназепам в дозе 1—2 мг (или диазепам, валиум, реланиум). Могут применяться препараты нейролептического действия, обладающие мягким седативным эффектом, такие как хлорпротиксен, меллерил, терален, тиаприд. Однако в тех случаях, когда состояние абстиненции сопровождается грубыми психопатоподобными расстройствами либо имеются признаки развития психоза, должны назначаться нейролептики с более мощным седативным и антипсихотическим действием: неулептил, тизерцин, галоперидол, аминазин, клопиксол, топрал и др. В настоящее время широко применяются «атипичные» нейролептики, такие как рисперидон (рисполепт), оланзапин (зипрекса).

Наличие выраженного депрессивного компонента диктует необходимость включения в терапевтическую схему препаратов антидепрессивного действия — трициклических антидепрессантов (амитриптилина, лудиомила и др.), а также препаратов новых поколений тимоаналептиков (СИОЗС и СИОЗСН) — сертралин (золофт), пароксетин (паксил) и др. Поскольку не существует данных о большей терапевтической эффективности какого-либо серотонинергического антидепрессанта, выбор препарата должен основываться на таких показателях, как безопасность и переносимость. Одним из таких препаратов является митазапин (ремерон) с избирательным механизмом действия, который влияет на норадренергическую и серотонинергическую нейротрансмиссию. Прямое действие на пресинаптические  $\alpha_2$ -адренорецепторы вызывает дополнительное высвобождение норадреналина, а повышение содержания серотонина связано с опосредованным влиянием препарата на адренергические окончания нейронов ядер переднего мозга. К преимуществам митазапина относятся: минимальное антихолинергическое действие (из-за блокады гистаминовых рецепторов); седативное действие с первого приема препарата, что является важным в лечении алкогольной абстиненции; безопасность при передозировке; повышение аппетита.

Задачей второго этапа антиалкогольного лечения является стойкое подавление патологического влечения и выработка отвращения к алко-

голю. Традиционно для этих целей применяются условнорефлекторная терапия (УРТ), сенсibiliзирующая терапия. Для проведения условнорефлекторной терапии (аверсивный метод) больному вводится рвотное средство (например, апоморфин) и на фоне его действия предлагается выпить небольшое количество алкоголя. Данная процедура сочетается с мощным суггестивным воздействием.

Применение сенсibiliзирующих средств основано на их вмешательстве в метаболизм алкоголя; они изменяют реакцию организма на введение даже малых его количеств, вызывая отвращение. В качестве сенсibiliзирующих препаратов применяются тетурам (дисульфирам, антабус), метронидазол (трихопол), фуразолидон (фуроксон), никотиновая кислота, эспераль (радотер).

Для преодоления патологического влечения к алкоголю, выработки стойкого отрицательного отношения к его употреблению применяются различные психотерапевтические методики, характер которых определяется как особенностями клинического состояния больного, так и терапевтическими предпочтениями врача, его профессиональным опытом.

На третьем этапе — поддерживающего амбулаторного лечения — осуществляется курсовое назначение психотропных средств, применение с той или иной степенью частоты аверсивных методик, других психотерапевтических процедур.

# Наркомании и токсикомании

## ОПРЕДЕЛЕНИЕ

В Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) эти болезни определяются как психические и поведенческие расстройства, вызванные злоупотреблением химическими психоактивными веществами. К последним относятся алкоголь, наркотики, токсические средства. Данные вещества способны вызывать изменения психического состояния и патологическое пристрастие, что приводит к их так называемому «немедицинскому» использованию.

Наркомания диагностируется в случае злоупотребления психоактивными средствами, внесенными в список наркотических веществ. Он утверждается Правительством РФ. К наркотикам относятся, в частности, опий, морфин, омнопон, героин, гашиш, кокаин, амфетамины и другие препараты. Они различаются по своему психотропному эффекту, а также по скорости формирования и степени тяжести абстинентного синдрома (рис. 2, 3).



Рис. 2. Классификация наркотических веществ по психотропному эффекту

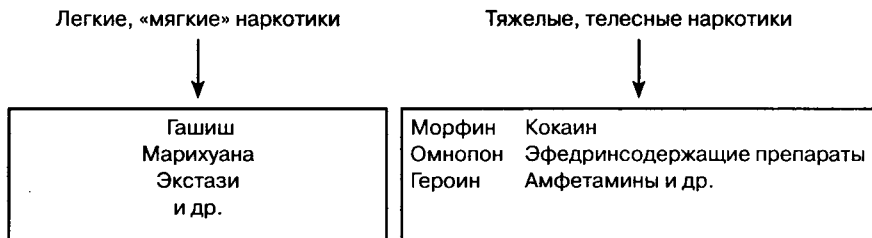


Рис. 3. Виды наркотиков в зависимости от тяжести абстиненции



Наркотики обладают выраженным действием на психику человека в форме седативного, стимулирующего, галлюциногенного эффектов; эти вещества быстро вызывают сильную психическую и физическую зависимость. Поэтому они представляют опасность в медицинском и социальном плане.

При токсикомании происходит злоупотребление веществами, не входящими в список наркотических средств (транквилизаторы, снотворные, другие лекарственные препараты, летучие растворители).

## ИСТОРИЧЕСКИЕ СВЕДЕНИЯ

В течение всей своей истории люди для собственных нужд производили продукты питания и напитки. Как замечает Р. Комер (2002), «...каждое вещество на земле, вероятно, кем-то когда-то было испробовано». Были открыты и вещества, оказывающие воздействие на головной мозг, причем как с медицинской целью, так и для получения удовольствия.

Многие из исследованных человеком веществ способны вызвать отрицательные, вредные последствия — злоупотребление и зависимость.

Как правило, тот или иной наркотик, токсическое вещество вначале использовались как лекарство — с целью анальгезии, подъема настроения. Однако впоследствии становились явными их нежелательные эффекты. Так, опиум — натуральное вещество, полученное из опиийного мака, применялось в медицине как обезболивающее средство. В 1804 г. из опия был выделен морфин, который оказался еще более эффективным обезболивающим препаратом. Однако было замечено, что к нему очень быстро наступает привыкание.

Героин, синтезированный в 1898 г. на основе морфина, устранял боль, использовался как противокашлевое средство; в то же время он быстро вызывал сильную зависимость. Существует множество примеров, когда даже однократное назначение морфина с целью анальгезии способствовало появлению выраженного абстинентного синдрома и жесткой зависимости. До 1914 г. в США легально использовался кокаин. Он входил в состав раствора, применявшегося при зубной боли. Листья кокаинового куста, в котором содержится этот алкалоид, употребляли коренные жители Южной Америки. В настоящее время кокаин считается одним из самых сильных наркотиков.

Барбитураты, вызывающие сильную зависимость и нередко летальные исходы, также широко использовались как снотворные средства.

## ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Говоря о распространенности наркоманий, следует учитывать, что статистические данные могут существенным образом отличаться от того числа наркоманов, которое имеется в действительности. Проведенное в 1991 г. исследование показало, что 12 % населения нашей страны в возрасте 16 лет и старше пробовали наркотики хотя бы раз в жизни, а 0,9 % принимали их постоянно. Таким образом, реальное число наркоманов составляет примерно 1 млн человек.

Представление о темпах роста наркомании дает сравнение данных 1988 г. и 1995—1997 гг. В 1988 г. число больных наркоманиями, состоявших на учете в психоневрологических диспансерах, составляло 50 тыс. человек. По данным исследований 1995—1997 гг., число лиц, допускавших немедицинское употребление наркотиков, достигло 1,5 млн человек (Шабанов П. Д., 1998). Приведенные цифры также демонстрируют существенное различие истинной распространенности наркоманий и числа зарегистрированных больных.

По данным ВОЗ (2001), «регистрируемая» частота злоупотребления наркотиками и зависимости от них составляет от 0,4 до 4 % (со значительными колебаниями в различных регионах мира). В докладе Управления ООН по наркотикам и преступности говорится, что число наркоманов в мире выросло в 2004 г. на 8 %. В том числе 16 млн человек (2004) испытывали зависимость от опия, морфина и героина, 13,7 млн употребляли кокаин. Продолжает расширяться мировой рынок конопли, и «есть все основания полагать, что эта экспансия будет продолжаться».

## КЛИНИКА НАРКОМАНИЙ И ТОКСИКОМАНИЙ

К общим признакам наркомании и токсикомании относятся:

- сильная потребность, патологическое пристрастие, патологическое влечение — выраженное, полностью овладевающее сознанием, порой неодолимое желание принять психоактивное вещество;
- снижение контроля дозы;
- появление абстинентного синдрома (синдрома отмены), то есть комплекса психических и сомато-неврологических расстройств после прекращения приема наркотика;
- рост толерантности: постоянное увеличение дозы для достижения необходимого психического состояния;

- сужение круга других («альтернативных») интересов;
- недооценка вредных последствий.

Рассматривая феномен **патологического влечения** — ведущего синдрома «болезней зависимости», следует подчеркнуть его сложность и клиническую неоднородность. Он традиционно рассматривался как состояние, близкое к обсессивным или компульсивным влечениям. Главным его признаком считается борьба мотивов, осознание неправильности, чуждости возникающего у больного желания употребить наркотик. При этом личность стремится побороть тягу. В то же время ряд авторов (Альтшулер Б.В., 1994; Чирко В.В., Демина М.В., 2002) справедливо замечают, что патологическое влечение относится к более тяжелому регистру психических расстройств. По ряду параметров оно близко к паранойальному бреду или сверхценной, аффективно заряженной идее, тесно спаянной с личностью.

В процессе динамики наркоманий отмечаются те же стадии, что и при развитии алкоголизма (рис. 1). Однако обнаруживаются существенные различия по ряду параметров, например скорости формирования абстинентного синдрома, характеру психической и физической зависимости и т.д.

### **Опийная наркомания (F11)**

К этой группе психоактивных веществ относятся алкалоиды опия (морфин), полусинтетические препараты, произведенные на основе естественных алкалоидов опия (героин, кодеин, омнопон), и полностью синтетические препараты (промедол, метадон). Препараты опия могут вводиться внутривенно, внутримышечно, интраназально (путем вдыхания порошка).

Острая интоксикация вследствие применения веществ данной группы возникает через 10—15 минут после внутривенного введения наркотика и может длиться до 6 часов. Краткий период эйфории, «прихода» (10—30 минут), сменяется состоянием расслабленности, малоподвижности, лени. Появляются ощущение полного душевного комфорта, заторможенность, сонливость. Возможно сохранение благодушного, повышенного фона настроения, ускорение мышления и двигательная активность. Сомато-вегетативные симптомы представлены брадикардией, сухостью и бледностью кожи, снижением артериального давления. Весьма характерный симптом опийной интоксикации — сужение зрачков до размеров «точки».

Передозировка препаратами опия вызывает снижение уровня сознания вплоть до комы, еще большее сужение зрачков и угнетение дыхания. Последнее расстройство может привести к летальному исходу.

*Начальная (первая)* стадия опийной наркомании характеризуется появлением *психической зависимости*. Данная форма зависимости выражается в том, что интерес к приему веществ опийной группы занимает центральное место в системе ценностей индивидуума. Все поведение подчинено поиску и приему наркотика. Перерывы в его употреблении носят вынужденный характер и вызывают появление психических симптомов аффективно-дисфорического типа: раздражительность, гневливость, злобность на фоне тревожного и тоскливого настроения. В такие периоды больные стараются «преодолеть» тягостное настроение с помощью массивных доз алкоголя, седативных препаратов, снотворных, употребления менее тяжелых наркотиков (например, курения гашиша).

Характерно постепенное увеличение толерантности, выражающееся в увеличении дозы опиатов в 2—3 раза. Сомато-вегетативные расстройства представлены общим снижением аппетита и его повышением через несколько часов после введения наркотика, появлением запоров. Важным признаком, свидетельствующим об употреблении опиатов, как уже говорилось, является миоз.

Темп формирования психической зависимости связан с разновидностью употребляемого производного опия. Так, героин может вызвать очень быстрое привыкание, в то время как применение опия-сырца («черняшки») приводит к этому лишь после неоднократных (8—10) внутривенных инъекций.

Для констатации *средней (второй)* стадии опийной наркомании необходимо диагностирование абстинентного синдрома. Опийная абстиненция проявляется тревожно-тоскливым настроением, беспокойством, выраженной бессонницей. Сомато-вегетативные расстройства представлены слюнотечением, ознобом, зевотой, чиханием; особенно характерными являются боли и мучительные ощущения, близкие по характеру к сенестоалгиям (стягивание, сдавливание, «перекручивание»), в мышцах, суставах, пояснице.

На *конечной (третьей)* стадии опийной наркомании обнаруживаются характерные расстройства личности и поведения. Больные становятся грубыми, эгоистичными, они целиком поглощены мыслями о наркотике, сосредоточены лишь на том, как его достать и принять, остальные жизненные проблемы беспокоят их очень мало. Появляются признаки интеллектуально-мнестического снижения. Утрачиваются социально-этические установки личности, ради приобретения наркотика больные совершают преступления.

## **Наркомания, вызванная злоупотреблением препаратов конопли (F12)**

Наркотические вещества этой группы производятся на основе индийской конопли. Наиболее часто употребляются марихуана, гашиш (анаша).

Основной способ приема — вдыхание посредством курения. Симптомы гашишного опьянения разворачиваются во времени в несколько стадий (Пятницкая И.Н., 1994). Вначале в течение короткого периода (5—10 минут) возникают тревога, неопределенный страх, подозрительность, параноидная настроенность. Далее наступает стадия эйфории, сопровождающаяся психосенсорными расстройствами, на этой стадии может наступить нарушение сознания по типу оглушения или сумеречного расстройства. На следующей стадии возникает психотическое состояние со слуховыми и зрительными галлюцинациями, спутанностью сознания и отрывочными бредовыми идеями. Последняя фаза представляет собой выход из гашишного опьянения с симптомами астении, выраженным чувством голода и жажды. Степень гашишного опьянения (субпсихотическая или психотическая) зависит от дозировки данного вещества и от индивидуальной чувствительности к нему.

На *первой стадии* наркомании данного вида, как и при развитии других видов наркоманий, появляется психическая зависимость (в рамках синдрома патологического влечения). Поиск препаратов конопли для курения (гашиш, анаша) превращается в основную цель, захватывает сознание индивидуума, оттесняет на задний план другие интересы и способы достижения удовольствия и душевного комфорта. Наблюдается повышение толерантности, которое обнаруживается в стремлении выкурить большее количество сигарет с гашишем.

Вынужденное временное прекращение курения гашиша вызывает появление комплекса вегетативных и психических симптомов: потливости и похолодания ладоней, аффективной неустойчивости с дисфорическим компонентом, демонстративно-суицидального поведения, а также явлений астении, повышенной сонливости.

Формирование физической зависимости при употреблении гашиша происходит через 2—3 года после начала его приема. Характерным является то, что употребляемый наркотик на этой, *второй стадии* болезни выступает в роли стимулятора. Прием гашиша вызывает подъем настроения, прилив энергии, веселость, общительность, которые длятся от 1 до 3 часов. После этого возникают вялость, подавленность, неодолимая потребность в новом приеме наркотика, имеющая

компульсивный характер. Курение гашиша становится более частым, происходит нередко в одиночестве. Характерной является психопатизация личности по астеническому, апатическому либо эксплозивному типу.

Абстинентный синдром на данной стадии гашишной наркомании проявляется сенестопатическими ощущениями в разных частях тела в сочетании с явлениями астенической депрессии. Наиболее часто больные жалуются на болевые ощущения в голове и сердце. Астеническое состояние может смениться дисфорией. Сомато-вегетативный компонент абстиненции представлен ознобом, потливостью, повышением артериального давления, тахикардией, жалобами на тошноту, спазматические боли в животе.

*Третья стадия* гашишизма наступает только после длительного (более 10 лет) приема наркотика и является редким клиническим феноменом (Пятницкая И.Н., 1994). Она характеризуется падением толерантности, отсутствием эйфоризирующего эффекта от приема гашиша, выраженным астеническим компонентом абстиненции.

### **Наркомания, вызванная злоупотреблением кокаином (F14)**

Кокаин употребляется с помощью внутривенного введения, интраназального введения путем вдыхания порошка, курения прессованного порошка («крэка»), жевания листьев растения кока.

Опьянение кокаином характеризуется выраженным психостимулирующим эффектом, эйфорией, гиперактивностью, повышением темпа мышления и творческих способностей, переоценкой собственной личности, гиперсексуальностью. Настроение может повышаться до степени мании (в ряде случаев — экзотической мании) с изменением восприятия окружающего, особым чувством проникновения в смысл явлений мира и искусства (например, музыки).

Интоксикационные кокаиновые психозы представлены *делириозным* вариантом с растерянностью, страхом, тревогой, наплывом зрительных, слуховых, тактильных галлюцинаций, параноидной настроенностью и агрессивностью. *Онейроидный* вариант кокаинового психоза характеризуется наплывом сценородных галлюцинаций при внешней отрешенности больного от действительности. При *параноидном* кокаиновом психозе доминируют бред преследования, настороженное и агрессивное отношение к окружающим, которые могут возникать внезапно. Галлюцинаторные расстройства представлены зрительными, слуховыми и тактильными обманами с доминированием последних. Больным

кажется, что им под кожу проникли мелкие животные и насекомые, и они пытаются достать их оттуда, при этом наблюдаются множественные повреждения кожи. Кокаиновый параноид может длиться от нескольких дней до месяца и года. В последнем случае речь, скорее всего, идет об искусственном провоцировании шизофренического процесса (Личко А.Е., 1985).

Кокаин относится к психоактивным веществам со стимулирующим действием. Прием этого вещества быстро вызывает зависимость: она возникает через 2—3 недели нерегулярного приема (Пятницкая И.Н., 1986). На *начальной* стадии обнаруживаются явления психической зависимости. Мысль об употреблении наркотика становится центральной и занимает доминирующее положение в сознании больного. Наблюдается рост толерантности, общее количество употребляемого кокаина («крэка») увеличивается в несколько раз за счет учащения приемов вещества в течение суток.

Вырабатывается так называемая «циклическая» форма употребления кокаина. Это связано со спецификой действия стимуляторов: после достижения пика психотропного и физического действия вводимого препарата наступают явный, сильно выраженный спад активности, усталость, подавленность, тоска. Характерно состояние сонливости с одновременными трудностями засыпания. Наступивший либо самостоятельно, либо вследствие употребления снотворных препаратов длительный сон (1—2 суток) приводит к улучшению состояния, появлению повышенного аппетита, однако через короткое время, как правило, уже к вечеру, актуализируется влечение к наркотику, и «цикл» его приема повторяется. Длительность цикла составляет примерно 2—3 дня.

*Средняя* стадия характеризуется дальнейшим ростом толерантности, связанным с увеличением как частоты приема, так и разовой дозы вводимого препарата. Это связано с синдромом измененной реактивности, а именно с уменьшением и укорочением эйфоризирующего действия наркотика. Влечение к кокаину на второй стадии заболевания становится неуправляемым, сопряжено с возникновением злобного аффекта, то есть становится компульсивным.

Симптомы абстиненции, появляющейся на второй стадии кокаиновой наркомании, включают головные боли, боли в сердце, одышку, расстройства координации движений (повышенная амплитуда, порывистость, нарушения тонкой моторики), гиперестезию, тревогу, страх, чувство опасности. В части случаев возникает психотическое состояние делириозного типа с возбуждением, аффектом страха, агрессивностью,

галлюцинациями (зрительными, слуховыми, тактильными) и вторичным бредом преследования и физического воздействия.

На *конечной (третьей)* стадии на фоне уменьшения толерантности становятся явными личностные изменения в виде грубости, негативного отношения к окружающим, социальной деградации, пренебрежения семейным долгом, лживости, эгоцентризма, потери нравственного чувства. В состоянии опьянения преобладают раздражительность, злобность, в то время как возникавшая ранее эйфория незначительна и кратковременна.

### **Злоупотребление снотворными и седативными препаратами (F13)**

#### ***Токсикомании, связанные со злоупотреблением снотворными препаратами***

Токсикомания, вызванная употреблением снотворных средств, связана со специфическим нейротропным действием, имеющимся у этих препаратов.

Большое значение имеет эйфоризирующий компонент, наличие которого способствует формированию синдрома зависимости. В связи с этим выбор препарата определяется наличием в его психотропном действии эйфоризирующего начала.

Такими особенностями обладают следующие препараты: из группы барбитуратов — барбитал (амитал-натрий), нембутал (этамилал-натрий), а также снотворные других групп — бромурал, ноксирон.

Следует отметить, что некоторые барбитураты, в частности ноксирон, отнесены к наркотикам, следовательно, зависимость, формирующуюся вследствие злоупотребления данным веществом, надо оценивать как наркоманию.

Состояние опьянения от приема снотворных препаратов представляет собой смену фаз. Вначале наступает оглушение с приятными ощущениями «удара в голове» (Пятницкая И.Н., 1994), мышечной слабостью, «отключением».

Далее следует состояние двигательной активности, приподнятого настроения, беспричинной веселости, разговорчивости, легко переходящее в гневливость и раздражительность. На этом этапе выявляются расширение зрачков, гиперемия кожи, потливость, нарушение координации движений.

На третьей фазе действия данных препаратов появляются глубокий сон, брадикардия, снижение артериального давления. Четвертая фаза



наступает при пробуждении: она характеризуется вялостью, мышечной слабостью, разбитостью.

Токсикомания, вызванная применением снотворных средств, представлена в основном двумя стадиями — первой и второй. Третья стадия для данного вида наркоманий нехарактерна ввиду высокой смертности этих больных из-за передозировок, высокого риска самоубийств, а также соматических осложнений (Пятницкая И.Н., 1994). Имеет значение также быстрота наступления психического дефекта по типу торпидной энцефалопатии, вследствие чего практически не удается обнаружить этапа личностных изменений.

На *первой стадии* болезни обнаруживается синдром измененной реактивности, который включает повышение толерантности, а также специфический для данного вида наркомании признак — употребление снотворных в дневное время. Выявляется также и синдром психической зависимости: вне периода наркотического опьянения, характеризующегося эйфорическим компонентом, наблюдается состояние дискомфорта, беспокойства и тревоги.

На *второй стадии* влечение к снотворному препарату приобретает компульсивный характер. Психический компонент синдрома отмены проявляется тревожно-дисфорической симптоматикой, однако основными симптомами в абстиненции являются соматические и неврологические признаки — судороги мышц, тремор, тики, боли в крупных суставах. Весьма часто возникают большие судорожные припадки и делириозный психоз.

В состоянии опьянения уменьшается эйфорический компонент, эмоции приобретают гневливый, агрессивный характер. Имеет место утрата количественного контроля, что при данном типе токсикоманий вызывает выраженное угнетение сознания и последующую амнезию.

### ***Токсикомании, связанные со злоупотреблением транквилизаторами***

Для достижения состояния опьянения транквилизаторами наиболее часто используются седуксен (реланиум, сибазон, валиум), элениум (либриум), нитразепам (эуноктин, радедорм). Зависимость от транквилизаторов во многом определяется тем, что они способны вызывать эйфоризирующий эффект. Особенно отчетливо динамика опьянения транквилизаторами видна на примере внутривенного введения седуксена. Обычно вводится 20—50 мг 0,5-процентного раствора данного препарата. Сразу после введения наступает выраженное состояние эйфории.

Оно кратковременно и вскоре сменяется сном, а при передозировке может наступить сопор.

На *первой стадии* зависимости от транквилизаторов отмечается увеличение толерантности, связанное с тем, что прежние дозы не вызывают ожидаемого эффекта. Прием транквилизатора становится регулярным. Обнаруживается патологическое влечение к данному психоактивному веществу: мысль о том, чтобы достать и принять его, становится доминирующей, определяя характер поведения человека. Перерыв в употреблении вызывает душевный дискомфорт, раздражительность (психическая зависимость).

На *второй стадии* происходит характерное ослабление эйфоризирующего эффекта транквилизаторов с одновременным усилением дисфорического компонента, появлением признаков оглушения и утяжелением неврологических расстройств (нистагм, мышечный гипертонус). Обнаруживается утрата количественного контроля, которая может привести к передозировке. Влечение к психоактивному веществу описываемой группы принимает компульсивный характер. В поисках транквилизаторов больные нарушают социальные и нравственно-этические нормы.

Состояние абстиненции характеризуется злобным аффектом, тревогой, а также целым рядом соматических и неврологических проявлений: мидриаз, гипергидроз, тонические судороги мышц, тошнота, головокружение, тахикардия, повышение артериального давления. На высоте проявлений абстиненции могут возникнуть судорожные припадки либо острое психотическое состояние делириозного, а также галлюцинаторно-параноидного типа.

В сравнении с токсикоманией, вызванной употреблением снотворных, при зависимости от транквилизаторов чаще встречаются случаи перехода болезни в третью стадию — уменьшение толерантности, нарушение социализации, преобладание вяло-адинамического, тоскливого аффективного фона, порой достигающего «суицидальной глубины». Возможность перехода зависимости в третью стадию свидетельствует о менее тяжелых последствиях, чем при употреблении снотворных.

### **Злоупотребление психостимуляторами (F15)**

К числу психостимуляторов относятся те психоактивные вещества, которые обладают возбуждающим действием, снимают усталость, повышают двигательную активность, придают бодрость, ощущение подъема жизненной энергии, легкости мыслительного процесса, чувство уверенности в собственных силах. Наряду с этим спектр психотропной актив-

ности психостимуляторов включает в себя в качестве специфических проявлений возбужденность, тревожность, настороженность или подозрительность. К наиболее распространенным препаратам данной группы, вызывающим состояние зависимости, относятся производные эфедрина, амфетамин, кофеин.

### ***Злоупотребление препаратами кустарного производства производных эфедрина и эфедринсодержащих смесей***

Самый распространенный кустарно приготовленный препарат эфедрина — эфедрон (на языке наркоманов — «коктейль джеф», «марцефаль», «мулька») — относится к числу наркотиков. Его получают путем специальной переработки эфедринсодержащих средств (например, препаратов, купирующих приступы бронхиальной астмы, капель от насморка и т. д.).

Способ введения, как правило, внутривенный. Внутривенное введение эфедрона быстро вызывает состояние опьянения, имеющее фазное течение. Вначале появляется ощущение легкости, необычной яркости окружающего. Характерно состояние особой «душевной открытости» с обостренным чувством доброты и любви к людям. Отмечаются парестезии в виде покалывания в руках и ногах, возникают озноб, сердцебиение. На следующем этапе эфедронового опьянения появляются душевный подъем, гиперактивность, неусидчивость, повышенная отвлекаемость и переключаемость внимания. Отмечается переоценка собственной личности, своих способностей и возможностей. Весьма часто обнаруживается усиление сексуального влечения, причем у подростков иногда могут возникать и гомосексуальные эксцессы.

Неврологические и вегетативные симптомы эфедронового опьянения представлены сухостью слизистой полости рта, тахикардией и артериальной гипертонией, мидриазом, нистагмом, мышечным тремором.

При передозировке эфедрона может наступить острое психотическое состояние. По своей структуре данный психоз представляет собой сочетание тревоги, страха, бредового восприятия окружающего, идей отношения, преследования, галлюцинаций, тематически связанных с содержанием бредовых идей. В отдельных случаях возникают зрительные (преимущественно зооптические) и тактильные галлюцинации.

Для формирования *эфедроновой наркомании* достаточно лишь нескольких внутривенных введений. У половины эфедроновых наркоманов зависимость сформировалась после первой внутривенной инъекции. Психическая зависимость проявляется наступлением патологического влечения к эфедрону — охваченностью сознания мыслью о приеме

наркотика, при его отсутствии — выраженным душевным дискомфортом, расстройствами сна, фобическими эпизодами, повышенной чувствительностью к внешним (слуховым и зрительным) раздражителям. Через несколько недель наступает следующая стадия зависимости, которая, как и при остальных типах наркоманий, характеризуется повышением толерантности, изменением картины опьянения, появлением абстиненции и компульсивного влечения.

Суточная доза эфедрона возрастает в несколько раз (порой в 10—20 раз). Промежутки между вливаниями укорачиваются в связи с тем, что прежние дозы и частота введения не вызывают ожидаемых ощущений. В самом опьянении уменьшается эйфорический компонент, оно становится менее «стойким» и может «сломаться» от внешних раздражителей.

Абстинентное состояние в виде озноба, болей в сердце, беспокойства, дисфории, мышечных подергиваний и компульсивный характер влечения приводят к циклическому употреблению эфедрона по типу алкогольных запоев (Пятницкая И.Н., 1986). На высоте абстиненции могут возникать параноидные психозы, купирующиеся введением эфедрона.

Эфедроновая наркомания приводит к социальной деградации личности с утратой нравственно-этического чувства — появляется неряшливость, воровство, исчезает стремление учиться и работать.

### **Амфетаминовая наркомания**

Данный тип наркомании вызывается употреблением стимуляторов амфетаминового ряда — фенамина, фенатина, первитина («ширки») и др. Эти вещества могут применяться перорально, интраназально (вдыхание порошка), внутримышечно или внутривенно.

Состояние опьянения сходно с таковым при приеме эфедрона. Возникают подъем настроения, возбужденность, необычная ясность мыслей, легкость интеллектуальной деятельности; исчезает усталость, больные постоянно стремятся к какой-либо деятельности, проявляя излишнюю назойливость. Наряду с гипоманиакальным может возникнуть и гневно-дисфорический аффект. Выражены сомато-неврологические и вегетативные симптомы: повышение артериального давления, сухость во рту, головная боль, тошнота, рвота, мышечный тремор, озноб.

При употреблении больших доз амфетаминов, как в случае с передозировкой эфедрона, могут возникать психотические состояния с бредом отношений и преследования, а также элементарными слуховыми и так-

тельными галлюцинациями. Относительно редким психотическим состоянием при внутривенном употреблении амфетаминов является так называемая амфетаминовая спутанность, или амфетаминовый делирий: растерянность, дезориентировка, беспокойство, внезапная агрессивность, слуховые, зрительные и тактильные галлюцинации.

Амфетаминовая наркомания возникает быстро, после нескольких внутривенных введений этих наркотиков. Появляется психическая зависимость — состояние дискомфорта, беспокойства, подавленное настроение вне опьянения амфетаминами. Стремление к приему препаратов занимает доминирующее положение в сознании больного. Характер приема амфетаминов, как и эфедрона, принимает циклический характер, напоминающий алкогольные запои, что является также отражением повышения толерантности. Абстинентные состояния представлены дисфорией, агрессивностью, бессонницей, они появляются синхронно с возникновением компульсивного (неодолимого) влечения к приему амфетаминов.

### **Злоупотребление кофеином**

С токсикоманической целью используются такие содержащие кофеин вещества, как крепкий отвар чая («чифирь»), очень крепкий кофе — иногда употребляемый в виде густой, как кисель, кофейной гуши. Симптомы острой интоксикации представлены приподнятым настроением, ускорением темпа мышления, повышением двигательной и умственной активности. Отмечается подъем артериального давления, увеличивается диурез.

Следует отметить, что эйфорический компонент действия кофеина выражен слабее, чем у других стимуляторов. Поэтому его самостоятельное употребление в качестве токсикоманического средства распространено в меньшей степени (Пятницкая И.Н., 1994).

### **Злоупотребление галлюциногенами (F16)**

К этому классу веществ относятся препараты, способные даже в малых дозах вызывать галлюцинации. Эти вещества иначе обозначаются как психоделики, психотомиметики. Зависимость от веществ данной группы связана как с их эйфоризирующим действием, так и со специфическими эффектами в виде психосенсорных переживаний, изменения восприятия времени, дереализации, появления галлюцинаторных образов, экстатических состояний с ощущениями мистического проникновения «в сущность бытия».

### ***Злоупотребление ЛСД***

Об употреблении веществ, способных вызывать галлюцинации, было известно давно. В историческом плане можно отметить применение индейцами в религиозных ритуалах веществ, действующим началом которых был мескалин, а также особого вида мексиканских грибов — псилоцибинов. Употребление этих субстанций приводило к возникновению галлюцинаций.

Синтезированный в 1943 г. диэтиламид лизергиновой кислоты (ЛСД) способен даже в очень небольших количествах вызывать зрительные галлюцинации и эйфорию. Помимо названных симптомов возникают также психосенсорные расстройства (нарушение схемы тела), дереализация. Возможны другие аффективные переживания в виде тревоги и страха.

Прием ЛСД способен в ряде случаев привести к формированию психической зависимости; при этом возникает характерная охваченность сознания мыслями о поиске и приеме данного вещества. Признаков физической зависимости от ЛСД не описано.

Данное вещество в большинстве стран отнесено к наркотикам.

### ***Злоупотребление фенциклидином***

Фенциклидин (РСР) был синтезирован как препарат обезболивающего действия, применяемый в хирургии. Он вызывал состояние наркоза, выход из которого сопровождался дезориентировкой, ажитацией и галлюцинаторными расстройствами. В связи с этим препарат стал использоваться только в ветеринарии (Каплан Г., Сэдок Б., 1994). Существуют аналоги РСР, один из которых — кеталар (кетамин) — находит применение в медицине в качестве анестетика.

В немедицинских целях используется как сам фенциклидин, так и побочные продукты его синтеза (РСС, пиперидин), а также препарат кетамин. Эти вещества вводятся перорально, внутривенно или путем курения.

Доза фенциклидина, способная вызвать острую интоксикацию, варьирует в пределах от 2 (малая доза) до 10 г. При приеме свыше 20 г препарата может наступить коматозное состояние. Опьянение наступает в течение 1 часа после приема вещества, характеризуется эйфорией, спокойствием, которые могут быстро смениться враждебностью, импульсивностью, параноидной настроенностью, агрессивностью (вплоть до гомицидных действий) и тревожностью. В ряде случаев наблюдаются слуховые и зрительные галлюцинации, психосенсорные расстройства

(нарушения схемы тела). Характерны тахикардия, артериальная гипертензия, дизартрия; в некоторых случаях — мышечная ригидность, судорожные припадки.

### ***Циклодоловая токсикомания***

В токсикоманическом действии циклодола различаются эйфорический период, который сменяется сужением сознания и галлюцинаторной фазой. Во время эйфории возникают ощущение душевного комфорта, снижение чувства дистанции, оживленность, обостряется восприятие окружающего, которое становится необычайно ярким.

Циклодоловый делирий развивается, как правило, в тех случаях, когда прием этого препарата сочетается с употреблением алкоголя. Галлюцинации носят истинный характер, обладают ярким, чувственным компонентом. Они могут быть как приятными, так и устрашающими. Характерным их признаком является изменчивость, «калейдоскопичность».

Пристрастие к галлюциногенам обусловлено наличием у них эйфоризирующего эффекта. Это обстоятельство определяет формирование психической зависимости, что делает правомерным диагноз токсикомании. Вместе с тем изолированное употребление галлюциногенов с токсикоманической целью встречается достаточно редко.

### ***Токсикомания при использовании атропиноподобных средств***

Этот вид токсикомании наиболее часто формируется при употреблении лекарственных препаратов, применяемых для лечения бронхиальной астмы и содержащих алкалоиды из группы атропина.

На высоте острого опьянения обнаруживаются явления дезориентировки в окружающем мире и деперсонализация. Возникают истинные зрительные галлюцинации. Поведение больных отражает содержание галлюцинаторных образов, их высказывания свидетельствуют о том, что они «видят» бандитов, знакомых. Характерны зоопсии. По выходе из психотического состояния наступает амнезия.

### ***Токсикомания при использовании антигистаминных препаратов***

Вещества данной группы, применяемые с токсикоманической целью, представлены в основном такими препаратами, как димедрол, пипольфен, супрастин. Помимо основного лечебного действия (антиаллергического) они обладают седативным, снотворным и эйфоризирующим ком-

понентом. Кроме того, при их применении с токсикоманической целью могут возникать делириозные психозы.

### **Токсикомания, связанная с вдыханием летучих органических растворителей (F18)**

Летучие ароматические растворители имеют широкое распространение как средства промышленной и бытовой химии. С токсикоманической целью эти вещества употребляют преимущественно лица подросткового возраста.

Состояние опьянения характеризуется наличием психосенсорных расстройств (нарушение схемы тела, восприятия расположения предметов в пространстве, чувство легкости и невесомости), способности к визуализации представлений, зрительных галлюцинаций.

В достаточно редких случаях, когда употребление (вдыхание) летучих растворителей оказывает преимущественно эйфоризирующий эффект, может наступить синдром зависимости. Прием этих веществ становится регулярным, появляется патологическое влечение. На первый план в системе ценностной ориентации подростка выходят мысли об употреблении данных веществ с целью опьянения. При вынужденных перерывах в употреблении появляются отчетливые дисфорические расстройства, негативизм, протестные реакции.

В состоянии опьянения имеет место наплыв зрительных образов. Характерной особенностью галлюцинаторных феноменов является способность подростка управлять ими. Абстинентное состояние проявляется дисфорией, тревогой, агрессивностью, а также рядом сомато-вегетативных симптомов: тахикардией, повышением АД, болями в мышцах.

Летучие растворители характеризуются высокой степенью токсичности, в связи с чем их регулярное употребление приводит к развитию психоорганического синдрома с интеллектуальным и социальным снижением, общим апатическим фоном, обеднением интересов.

### **ПАТОМОРФОЗ**

В исследованиях наркоманий, проведенных в конце прошлого века, отмечают значительные изменения в клинике этой болезни. Речь идет, в частности, о преобладании поведенческих расстройств, о появлении при опийной абстиненции витальных компонентов тревожно-депрессивного синдрома. Происходит своего рода «омолаживание» наркоманий, растет тенденция к комбинированному применению психоактивных ве-



ществ. Фиксируются транзиторные психотические эпизоды в рамках героиновой абстиненции.

Тяжесть симптомов абстиненции в общем усилилась. В особенности это касается астении, чувства разбитости, бессонницы. Манифестирует абстиненция в основном аффективными расстройствами в виде тревожно-фобических состояний. Обнаруживается высокий удельный вес бредового поведения — подозрительности, настороженности, немотивированной оппозиционности. Данное обстоятельство сближает клиническую картину наркомании с малопрогрессирующей шизофренией (Чирко В.В., Демина М.В., 2002).

Сопоставление данных о преморбидных особенностях наркоманов, лечившихся в 1970—1980-х гг. и в конце 1990-х гг., также позволило обнаружить ряд особенностей (Чирко В.В., Демина М.В., 2002). Так, основной личностной характеристикой наркоманов в последнее время можно считать психический инфантилизм. Он определяет и основной мотив «первого приема» наркотика: желание развлечься, не отстать от компании, утвердить себя в глазах сверстников.

Имеет место также своего рода «повышенная готовность» к усвоению псевдофилософских, мистических учений, согласно которым наркотик становится средством достижения некоего особого духовного состояния, экстаза, проникновения «в суть вещей», понимания смысла жизни.

Претерпел изменения и социальный статус больных наркоманией. Среди них можно видеть преобладание субъектов из благополучных семей; процент антисоциальных и маргинальных элементов уменьшился.

## **ОБЩИЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ**

Лечение начинается с купирования абстинентного синдрома. Основное внимание при этом уделяется коррекции вегетативных, сомато-неврологических симптомов, а также психического компонента синдрома отмены. Проводится медикаментозная дезинтоксикация, в ряде случаев — гемодиализ, гемосорбция или плазмоферез.

На следующем этапе основной задачей является терапия аффективных расстройств, нарушений сна. Мишенью психофармакологического воздействия являются прежде всего депрессивно-дисфорические состояния, которые тесно связаны с патологическим влечением к психоактивному веществу.

В случае успешного проведения указанных лечебных мероприятий должна осуществляться поддерживающая, противорецидивная терапия.

Следует иметь в виду, что тяга к наркотикам, как правило, периодически актуализируется либо существует постоянно, временами усиливаясь и ослабевая, в течение 1—1,5 лет (Гофман А.Г., 2003).

С целью воздействия на патологическое влечение, сопутствующие ему аффективные и психопатоподобные расстройства используются нейролептики, антидепрессанты, нормотимики. Предпочтение отдается препаратам новых поколений, обладающим меньшим спектром побочных эффектов. Последнее обстоятельство имеет большое значение при длительной терапии наркологических больных.

Важное место занимают психотерапия и мероприятия, направленные на улучшение социальной адаптации.

## ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

1. Какая концентрация алкоголя в крови соответствует тяжелой степени опьянения?
  - а) 10—20 ммоль/л;
  - б) 150—250 ммоль/л;
  - в) 300—500 ммоль/л;
  - г) 5—10 ммоль/л;
  - д) 10—150 ммоль/л.
2. При какой концентрации алкоголя в крови с наибольшей вероятностью может наступить смерть?
  - а) 10 ммоль/л;
  - б) 150 ммоль/л;
  - в) 250 ммоль/л;
  - г) 600 ммоль/л;
  - д) 300 ммоль/л.
3. Признаки первой стадии алкоголизма:
  - а) повышение толерантности;
  - б) запои;
  - в) алкогольный делирий;
  - г) абстинентный синдром;
  - д) алкогольный параноид.
4. Какие психопатологические феномены характерны для 3-й стадии (энцефалопатической) алкоголизма, исключая:
  - а) параноид;
  - б) психические автоматизмы;
  - в) бред ревности;
  - г) галлюциноз;
  - д) корсаковский психоз.
5. Признаки второй стадии алкоголизма:
  - а) эпизодическое употребление алкоголя;
  - б) снижение толерантности;
  - в) деградация личности.
  - г) утрата критики;
  - д) физическая зависимость.

6. Употребление спиртного в период алкогольной абстиненции способствует:
- возникновению делирия;
  - усилению симптомов абстиненции;
  - уменьшению психической зависимости;
  - уменьшению абстинентных проявлений;
  - повышению толерантности.
7. Алкоголь является:
- «мягким» наркотиком;
  - токсическим веществом;
  - галлюциногеном;
  - веществом, вызывающим синдром зависимости;
  - «тяжелым» наркотиком.
8. Для алкогольного делирия нехарактерны:
- дезориентировка;
  - парэйдолии;
  - тактильные галлюцинации;
  - симптом Липмана;
  - синдром Кандинского—Клерамбо.
9. При патологическом опьянении сознание нарушается по типу:
- амбулаторного автоматизма;
  - сопора;
  - оглушения;
  - сумеречного расстройства;
  - онейроида.
10. Типичные проявления алкогольного абстинентного синдрома:
- сумеречное помрачение сознания;
  - амбулаторный автоматизм;
  - систематизированный бред;
  - конфабуляции;
  - гиперемия кожных покровов и потливость.
11. К наркотикам относятся:
- валиум;
  - феназепам;
  - алкоголь;
  - димедрол;
  - ноксирон.
12. К наркотическим средствам относятся перечисленные препараты, исключая:

- а) ноксирон;
  - б) опиаты;
  - в) циклодол;
  - г) гашиш;
  - д) кокаин.
13. Седуксен является:
- а) нейролептиком;
  - б) нормотимиком;
  - в) транквилизатором;
  - г) психостимулятором;
  - д) антидепрессантом.
14. Признаки наркотической зависимости:
- а) гипомнезия;
  - б) делириозное помрачение сознания;
  - в) онейроидное помрачение сознания;
  - г) психосенсорные расстройства;
  - д) психическая зависимость, физическая зависимость, патологическое влечение.
15. Зрительные галлюцинации могут возникнуть при острой интоксикации всеми перечисленными психоактивными веществами, кроме:
- а) каннабиоидов;
  - б) кокаина;
  - в) героина;
  - г) кетамина;
  - д) циклодола.
16. Эйфория возникает при интоксикации следующими веществами:
- а) препаратами опия;
  - б) кетаминном;
  - в) седуксеном;
  - г) любым из перечисленных;
  - д) ни одним из перечисленных.
17. Галлюцинации чаще всего могут возникать при интоксикации следующими психоактивными веществами, исключая:
- а) пары ацетона;
  - б) кетамин;
  - в) героин;
  - г) гашиш;
  - д) циклодол.

18. Интоксикация героином приводит к возникновению:
- а) седативного эффекта или эйфории;
  - б) галлюцинаций;
  - в) психосенсорных расстройств;
  - г) аментивного помрачения сознания;
  - д) бреда воздействия.
19. К наркотическим веществам с преимущественно стимулирующим действием относятся:
- а) героин;
  - б) метадон;
  - в) кокаин;
  - г) седуксен;
  - д) кетамин.
20. Облигатные признаки синдрома наркоманической зависимости:
- а) труднопреодолимая «тяга» с синдромом отмены;
  - б) возникновение бреда;
  - в) помрачение сознания;
  - г) наличие галлюцинаций;
  - д) расстройства памяти.
21. Наркотик с преимущественно седативным действием:
- а) ЛСД;
  - б) первитин;
  - в) кокаин;
  - г) марихуана;
  - д) героин.

### Ответы

1 — в; 2 — г; 3 — а; 4 — б; 5 — д; 6 — г; 7 — г; 8 — д; 9 — г; 10 — д; 11 — д;  
12 — в; 13 — в; 14 — д; 15 — в; 16 — г; 17 — в; 18 — а; 19 — в; 20 — а;  
21 — д.

### СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

1. Женщина, 24 лет, злоупотребляет алкоголем на протяжении 8 лет. В течение последних 2 лет пьет запоями. В период запоев по утрам испытывает головную боль, потливость, сердцебиение. Во время последнего алкогольного эксцесса появилась тревога, подавленность, была двигательльно беспокойной, пыталась выпрыгнуть с балкона. Родственники вызвали дежурного психиатра.

- 1) Назовите симптомы, синдромы.
  - 2) Как определяется состояние больной, послужившее непосредственным поводом к госпитализации?
  - 3) Какая стадия заболевания наблюдается у больной?
  - 4) Каковы основные признаки данной стадии?
  - 5) Показана ли в данном случае неотложная госпитализация?
2. Больной злоупотребляет алкоголем в течение 5 лет. В период воздержания появляется раздражительность, снижается настроение, испытывает сильную тягу к спиртному. Для достижения «насыщения» ему требуются все большие дозы алкоголя, он является инициатором употребления алкоголя в компании, стремится сам произносить тосты, учащает прием алкоголя. Часто забывает отдельные события предыдущего «застолья».
- 1) Назовите симптомы.
  - 2) Сформулируйте диагноз.
  - 3) Как называется стадия болезни, наблюдаемая у больного?
  - 4) Каковы признаки данной стадии?
  - 5) Какие расстройства памяти выявляются в данном случае?
3. «Стаж» алкоголизации у больного Н. — около 20 лет. Длительность запоев составляет примерно одну неделю. В период запоя по утрам возникают сердцебиение, боли в области сердца, потливость, нарушения перистальтики, колебания артериального давления, беспокойство, снижение аппетита.
- 1) Определите ведущий синдром.
  - 2) Назовите стадию заболевания.
  - 3) Назовите основные признаки этой стадии.
  - 4) Какие психозы могут возникать на этой стадии?
  - 5) Есть ли основания для неотложной госпитализации данного больного?
4. Больной К., 46 лет, перенес тяжелый психоз, возникший через 4 дня после очередного запоя. Он сопровождался отрывочными зрительными галлюцинациями, тревогой. Больной находился в пределах постели, речь была бессвязной, перебирал руками одеяло. Через несколько дней перестал отвечать на вопросы, постоянно лежал, отсутствовали все рефлексy, кроме зрачкового. После выхода из психоза отмечались резкое снижение памяти, нарушение речи, постоянные головные боли.
- 1) Назовите симптомы.
  - 2) Каков наиболее вероятный диагноз?

- 3) Признаки отмечающейся у больного стадии заболевания.
  - 4) Какой психоз отмечался после выхода из делирия?
  - 5) Какова степень делирия?
5. Подросток, 17 лет, в течение 3 лет систематически употребляет алкоголь. Стремится собрать компанию, постоянно ищет повод выпить. Порой забывает моменты прошедшей выпивки. Дозы алкоголя постоянно увеличиваются.
- 1) Какие симптомы алкоголизма присутствуют у данного больного?
  - 2) Назовите стадию болезни.
  - 3) Каковы признаки этой стадии?
  - 4) Какие расстройства памяти выявляются у больного?
  - 5) Появление каких симптомов будет свидетельствовать о переходе болезни в следующую стадию?
6. Больной злоупотребляет алкоголем на протяжении 15 лет. В последние 2 года употребление носит постоянный характер, пьет по несколько дней подряд. Начало очередного употребления, как правило, связано с получением зарплаты, часто провоцируется конфликтами с женой. Дозы алкоголя постоянные. Прекращает употребление, когда заканчиваются деньги.
- 1) Назовите ведущее расстройство.
  - 2) Сформулируйте диагноз.
  - 3) Каковы признаки данной стадии заболевания?
  - 4) Какой характер носят запои, которые наблюдаются у больного?
  - 5) Какие еще расстройства могут возникать на этой стадии?
7. Больной П., 18 лет, с 13 лет курит анашу, употребляет ЛСД, экстази, амфетамины. В 16 лет в драке перенес черепно-мозговую травму, после которой длительное время испытывал утомляемость и головные боли. Стал употреблять также водку и пиво. Иногда употреблял ЛСД. Однажды пришел домой в опьянении: испытывал страх, который сменялся экзистенциальным состоянием, заявлял, что может проникнуть «в суть всех вещей», что мысли «переполняют» его, испытывал устрашающие зрительные галлюцинации, окружающее видел «в ярком свете», высказывал суицидальные мысли. На следующий день указанные симптомы исчезли. Признался, что накануне принимал «какие-то таблетки».
- 1) Назовите симптомы.
  - 2) Установите диагноз.



- 3) Каков характер употребления психоактивных веществ?
- 4) К какой группе (с юридической точки зрения) относятся используемые больным препараты, помимо алкоголя?
- 5) Какие расстройства восприятия были у больного?

**8.** Н., 28 лет, употребляет алкоголь с 14 лет. В последние 5 лет пьет запоями. Очередной запой длился 2 недели. Через 3 дня после его прекращения ухудшился сон. На 6-й день появились тревога, беспокойство, видел «рогатых людей», которые изменялись в размерах, то приближались, то удалялись. Несколько раз пытался выброситься из окна.

- 1) Назовите симптомы.
- 2) Каков основной синдром настоящего состояния?
- 3) Сформулируйте диагноз.
- 4) Каковы признаки стадии заболевания?
- 5) Показана ли неотложная госпитализация?

**9.** Мужчина, 37 лет, с 20 лет злоупотребляет алкоголем. В последние годы пьет в течение суток многократно, малыми порциями. Наблюдаются снижение болевой чувствительности в нижних конечностях, нарушение походки. Не может назвать текущий день, месяц, забывает то, что происходило минуту назад.

- 1) Сформулируйте свое диагностическое заключение.
- 2) Каковы симптомы заболевания?
- 3) Каково основное расстройство памяти?
- 4) Назовите стадию алкоголизма.
- 5) Каковы признаки этой стадии?

**10.** У больного, злоупотребляющего психоактивным веществом, вводимым внутривенно, на фоне прекращения его приема отмечаются насморк, слезо- и слюнотечение, чихание, мучительные, длительные болевые ощущения в костях и суставах. Интоксикация проявляется в виде седации, чувства радости, «блаженства», сонливости.

- 1) Установите предположительную форму наркомании/токсикомании.
- 2) Определите состояние больного.
- 3) Назовите симптомы.
- 4) Какие аффективные расстройства наблюдаются у больного?
- 5) Какие еще способы введения данного психоактивного вещества используют больные?

**11.** У больного, злоупотребляющего психоактивным веществом с внутривенным введением, через несколько месяцев злоупотребления сформировался абстинентный синдром. Абстиненция протекала крайне тяжело и проявлялась болью в желудке и крупных суставах, трудностью засыпания; больной возбужден, тревожен, неусидчив, отмечаются приступы агрессии, подавленность, озноб и профузная потливость, мелкий тремор конечностей, судороги мышц, эпилептиформные припадки.

- 1) Установите предположительную клиническую форму наркомании/токсикомании.
- 2) Назовите симптомы, наблюдающиеся у больного.

**12.** У больного, злоупотребляющего психоактивным веществом в течение нескольких лет, не сформировалось развернутого абстинентного синдрома с вегетативно-алгической симптоматикой. Интоксикация проявлялась подъемом настроения и активности. Однако во время перерыва в употреблении вещества появлялись раздражительность, вспышки гнева, периоды подавленного настроения с заторможенностью, сильной слабостью.

- 1) Установите предположительную клиническую форму наркомании/токсикомании.
- 2) Назовите симптомы.
- 3) Какова степень расстройств?

**13.** Больной с патологическим влечением к определенному психоактивному веществу с целью усиления эйфории принял большую, чем обычно, дозу препарата. На фоне интоксикации развился онейроидный шизофреноподобный психоз.

- 1) Установите предположительную клиническую форму наркомании/токсикомании.
- 2) Какова вероятность появления симптомов абстиненции?
- 3) Какие препараты относятся к галлюциногенам?
- 4) Какие еще психоактивные вещества могут вызвать появление галлюцинаций?
- 5) Чем отличаются галлюцинации при вдыхании летучих растворителей?

**14.** После внутривенного введения психоактивного вещества у больного возникло ощущение блаженства, избытка жизненных сил; он чувствовал разливающееся по телу тепло, ощущение поглаживания и зуд кожи, необычную легкость в теле. Замедлилось течение мыслей. Эти симптомы быстро сменились ускорением мышления, повышением настроения

с чувством радости. Впоследствии появились многоречивость, избыток энергии, суетливость, импульсивность. После этого отмечались замедленность движений и речи, чувство безысходности и бесцельности существования, сонливость.

- 1) Какое психоактивное вещество принимал больной?
- 2) Какие виды аффективных расстройств отмечались у больного?
- 3) Какие симптомы входят в состав наблюдаемых расстройств?
- 4) К какому типу (с клинической и юридической точки зрения) относится данное психоактивное вещество?
- 5) Какое тяжелое осложнение возникает при передозировке данным психоактивным веществом?

**15.** При интоксикации психоактивным веществом, вводимым интраназально, у больного появляется выраженная двигательная активность, отсутствует чувство усталости. Препарат вводится регулярно в течение нескольких часов и даже дней. При увеличении дозы может возникнуть состояние, близкое к делирию, онейроиду, а также судорожные припадки. После прекращения приема, через несколько дней, появляется глубокая депрессия. Стимулирующая активность данного вещества настолько высока, что больной вынужден прибегать к комбинированному приему седативных препаратов, в том числе опиатов.

- 1) Какое психоактивное вещество предположительно употребляет больной?
- 2) Назовите симптомы интоксикации.
- 3) Какой ведущий симптом обнаруживается в структуре абстиненции и какова его степень?
- 4) В чем главная опасность абстинентного состояния при употреблении этого психоактивного вещества?
- 5) К какому классу (клинически и юридически) относится это вещество?

**16.** Больной длительное время злоупотреблял алкоголем. Потом он вместо него начал принимать другое психоактивное вещество. Состояние интоксикации данным препаратом характеризуется повышенным настроением с благодушием, беззаботностью, расторможенностью, снижением чувства дистанции. Имеют место нарушение артикуляции, шаткая походка. Впоследствии наступает глубокий сон. В состоянии абстиненции преобладают тревога, меланхолическая и дисфорическая депрессия, нарушения сна. Через несколько лет от начала употребления у больного появились расстройства памяти, снижение критики.

- 1) Психоактивное вещество какой группы употребляет больной?
- 2) В чем состоит опасность передозировки?
- 3) Как называется аффективное состояние в момент интоксикации?
- 4) Как называется «конечное» состояние вследствие длительного употребления этого препарата?
- 5) Относится ли данное вещество к наркотикам?

### **Ответы**

1. 1) Вегетативная дисфункция, тревожная депрессия, психомоторное возбуждение, суицидальные тенденции.  
2) Атипичное алкогольное опьянение.  
3) Алкоголизм, 2-я стадия.  
4) Запой, абстиненция.  
5) Да.
2. 1) Эмоциональная лабильность, депрессия, патологическое влечение к спиртному, повышение толерантности, «симптом опережения круга».  
2) Алкоголизм, 1-я стадия.  
3) «Невротическая».  
4) Психическая зависимость, рост толерантности.  
5) Палимпсесты.
3. 1) Нейровегетативный вариант абстинентного синдрома.  
2) 2-я стадия.  
3) Запой, абстиненция.  
4) Делирий, галлюциноз, параноид.  
5) Нет.
4. 1) Галлюцинации, возбуждение в пределах постели, сопор, амнезия, дизлексия.  
2) Мусситирующий делирий. Алкоголизм, 2-я стадия.  
3) Запой, абстиненция, делирий.  
4) Энцефалопатия Гейе—Вернике.  
5) Тяжелая.
5. 1) Повышение толерантности, патологическое влечение.  
2) 1-я стадия.  
3) Психическая зависимость, рост толерантности.  
4) Палимпсесты.  
5) Запой, абстиненция.
6. 1) Запой.  
2) Алкоголизм, 2-я стадия.

- 3) Запой, абстиненция.
  - 4) Псевдозапой.
  - 5) Психозы (делирий, галлюциноз, параноид).
7. 1) Церебрастения, экстагическая мания, тревожная депрессия, наплыв мыслей, галлюцинации, суицидальные тенденции.
- 2) Полиморфное психотическое расстройство вследствие употребления галлюциногенов.
  - 3) Сочетанный.
  - 4) Наркотики.
  - 5) Галлюцинации, дереализация.
8. 1) Тревожная депрессия, диссомния, истинные зрительные галлюцинации, психомоторное возбуждение.
- 2) Аффективно-бредовый.
  - 3) Алкогольный делирий. Алкоголизм, 2-я стадия.
  - 4) Запой, делирий.
  - 5) Да.
9. 1) Корсаковский психоз.
- 2) Полинейропатия, амнезия.
  - 3) Фиксационная амнезия.
  - 4) 3-я стадия алкоголизма.
  - 5) Снижение толерантности, расстройство памяти.
10. 1) Опиная наркомания.
- 2) Абстинентное состояние.
  - 3) Вегетативные симптомы, алгии, сенестопатии.
  - 4) Гипомания.
  - 5) Интраназальный.
11. 1) Барбитуровая токсикомания.
- 2) Ажитация.
  - 3) Дисфория.
  - 4) Алгии.
  - 5) Вегетативные расстройства.
12. 1) Кокаинизм.
- 2) Дисфории.
  - 3) Депрессия.
  - 4) Астения.
  - 5) Тяжелая степень депрессии.
13. 1) Зависимость от галлюциногенов.
- 2) Возникновение абстиненции нехарактерно.
  - 3) ЛСД, псилоцибины.

- 4) Кокаин, циклодол.
  - 5) Галлюцинаторные образы примитивны, отражают содержание мультфильмов, бывают зоопсии.
- 14.** 1) Опиаты.  
2) Экстатическая мания, мания, тоскливая депрессия.  
3) Ассоциативные расстройства, колебания настроения, парестезии.  
4) Наркотик.  
5) Остановка дыхания.
- 15.** 1) Кокаин.  
2) Двигательное возбуждение, повышенное настроение, гипербулия.  
3) Тяжелая депрессия.  
4) Суицид.  
5) Наркотик.
- 16.** 1) Транквилизатор.  
2) Сопор, кома.  
3) Эйфория.  
4) Психоорганический синдром.  
5) Нет.

# ЦИТИРУЕМАЯ И РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

## **Основная:**

1. *Гавенко В. А., Самардакова Г. А., Кожина А. М.* и др. Наркология: учеб. пособие. — Ростов н/Д, 2003.
2. *Гофман А. Г.* Клиническая наркология. — М.: Миклош, 2003. — 214 с.
3. Руководство по наркологии / под ред. Н. Н. Иванца. — М.: Медпрактика, 2002.
4. Руководство по психиатрии / под ред. А. С. Тиганова. — М.: Медицина, 1999.
5. *Чирко В. В., Демина М. В.* Очерки клинической наркологии (наркомании, токсикомании: клиника, течение, терапия). — М., 2002. — 238 с.

## **Дополнительная:**

1. *Бабаян Э. А., Гонопольский М. Х.* Наркология: учеб. пособие. — М.: Медицина, 1990.
2. *Каплан Г., Сэдок Б.* Клиническая психиатрия. — М.: Медицина, 1994.
3. *Личко А. Е., Битенский В. С.* Подростковая наркология: руководство. — Л.: Медицина, 1991.
4. *Портнов А. А., Пятницкая И. Н.* Клиника алкоголизма. — Л., 1973.
5. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. Доклад о состоянии здравоохранения в мире. — ВОЗ, 2001.

## **Авторы, упоминаемые в тексте, которых нет в списке:**

1. *Альтшулер Б. В.* Патологическое влечение к алкоголю. — М., 1994.
2. *Морозов И. Н.* Классификация алкоголизма и основные клинические закономерности заболевания. — М.: Медицина, 1983.
3. *Пятницкая И. Н.* Наркомании. — М.: Медицина, 1994.
4. *Пятницкая И. Н.* Клиника, диагностика и лечение эфедриновой токсикомании. Методические рекомендации. — М.: МЗ РСФСР, 1986.
5. *Пятницкая И. Н.* Злоупотребление алкоголем и начальная стадия алкоголизма. — М.: Медицина, 1988.
6. *Шабанов П. Д.* Биология алкоголизма. — СПб.: Лань, 1998.

*Учебное издание*

**Барденштейн Леонид Михайлович  
Герасимов Николай Павлович  
Можгинский Юрий Борисович  
Беглянкин Николай Игоревич**

## **Алкоголизм, наркомании, токсикомании**

Подписано в печать 22.01.07. Формат 60x90<sup>1</sup>/<sub>16</sub>.  
Бумага офсетная. Печать офсетная. Печ. л. 4.  
Тираж 2000 экз. Заказ №43

Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа».  
119828, Москва, ул. Малая Пироговская, 1а,  
тел./факс: (495) 101-39-07,  
info@geotar.ru, www.geotar.ru.

Отпечатано в ООО «Алмаз».  
127254, г. Москва, ул. Руставели, 14 стр. 6.

ISBN 978-5-9704-0387-7



9 785970 403877