

ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

Д. Д. ЕНИКЕЕВА

**КАК ПРЕДУПРЕДИТЬ
АЛКОГОЛИЗМ
И НАРКОМАНИЮ
У ПОДРОСТКОВ**

Учебное пособие

Для студентов средних и высших
педагогических учебных заведений

Москва

Academ A
1999

УДК [613.81+613+83]-053 6(075.32)

ББК 56.14я723

Е63

**Издательская программа
«Учебники и учебные пособия
для педагогических училищ и колледжей»**

Руководитель программы З. А. Нефедова

Еникеева Д. Д.

Е63 Как предупредить алкоголизм и наркоманию у подростков: Учеб. пособие для студ. сред. и высш. пед. учеб. заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 1999. – 144 с.

ISBN 5-7695-0372-2

В книге описаны все известные формы наркоманий и токсикоманий, а также пьянство и алкоголизм у детей и подростков. Определены группы риска, на которые в коллективе необходимо обратить внимание в первую очередь. Перечислены признаки, дающие основание предположить, что ребенок употребляет наркотические вещества или алкоголь, рассмотрены особенности поведения подростков, склонных к ранней наркотизации и алкоголизации. Даны рекомендации по профилактике распространения этих явлений у детей и подростков.

УДК [613.81+613+83]-053.6(075.32)

ББК 56.14я723

Учебное издание

Еникеева Диля Дэрдовна

**Как предупредить алкоголизм
и наркоманию у подростков**

Учебное пособие

**Для студентов средних и высших
педагогических учебных заведений**

Редактор *Е. И. Соколова*. Серийное оформление: *В. И. Феногенов*.

Технический редактор *Р. Ю. Волкова*. Компьютерная

верстка: *К. В. Бондаренко*. Корректор *В. И. Хомутова*

Подписано в печать 15.03.99. Формат 84x108/32. Гарнитура «Таймс»

Бумага писчая. Печать офсетная. Усл. печ. л. 7,56. Тираж 10 000 экз.

Зак. № 624

ЛР № 071190 от 11.07.95. Издательский центр «Академия».

105043, Москва, ул. 8-я Парковая, 25. Тел./факс: (095) 165-4666, (095) 367-0798.

Отпечатано в ГУП Издательско-полиграфический комплекс «Ульяновский Дом печати». 432601, г. Ульяновск, ул. Гончарова, 14.

ISBN 5-7695-0372-2

© Еникеева Д. Д., 1999

© Издательский центр «Академия», 1999

ПРЕДИСЛОВИЕ

Проблема алкоголизма и наркоманий в подростковом и даже детском возрасте в последние годы стала чрезвычайно актуальной. Только врачи-наркологи и сотрудники правоохранительных органов знают, как много сейчас подростков, употребляющих алкоголь и наркотики. Очень часто ни педагоги, ни родители даже не подозревают, что подросток регулярно употребляет наркотики или спиртное, а узнают об этом лишь тогда, когда он попадает в психиатрическую больницу или в милицию.

Даже эпизодическое употребление алкоголя в подростковом или детском возрасте должно рассматриваться как чрезвычайное событие, потому что это сразу сказывается на психике, поведении подростка, на учении в школе (училище) и взаимоотношениях с родителями. Алкоголизм у подростков развивается гораздо быстрее, чем у взрослых, и по своим последствиям он гораздо тяжелее. В психиатрических больницах много 14–15-летних ребят с алкоголизмом второй и даже третьей стадии, которые уже никогда не станут полноценными людьми, так как у них развилось необратимое токсическое поражение головного мозга – алкогольная энцефалопатия.

Наркологи говорят, что сейчас больных наркоманиями почти столько же, сколько и больных алкоголизмом. Точных данных о количестве наркоманов в нашей стране нет. Статистические показатели определяются, исходя из количества больных, состоящих на наркологическом учете. Но лишь единицы сами обращаются за лечением, остальные привозят милиция или родные. Надо полагать, что тех, кто не попал в поле зрения наркологов и правоохранительных органов, гораздо больше.

Это трагедия не только семьи, в которой есть больной наркоманией, но и всего общества. Трагедия и в том, что алкоголизм и наркомания поражают людей молодого возраста, а начинается все с подростковых лет. Чтобы подрастающее поколение было полноценным, необходимо уберечь детей от этого зла. Следовательно, самые важные задачи – обнаружение и профилактика этих явлений.

Чтобы выявить среди учащихся тех, кто употребляет алкоголь и наркотики, нужно знать объективные признаки, позволяющие предположить систематическое употребление спиртного или наркотических веществ. В этой книге, автор которой психиатр-нарколог с двадцатипятилетним стажем, эти признаки подробно описаны.

В наркологии есть такое понятие – «контагиозность» (по смыслу близкое к слову «заразность»). Оно означает, что каждый наркоман «заражает», т. е. привлекает к приему наркотиков как минимум 10 человек. Понятно, почему число больных наркоманиями в последнее время растет лавинообразно, – вступают в силу законы геометрической прогрессии. Значит, каждый выявленный случай наркомании – это очень важная мера профилактики, которая даст возможность спасти очень и очень много человеческих жизней.

Глава 1

ПОЧЕМУ ПОДРОСТКИ НАЧИНАЮТ ВЫПИВАТЬ И УПОТРЕБЛЯТЬ НАРКОТИКИ

Проблема пьянства в подростковом возрасте имеет очень важное значение, поскольку само по себе регулярное потребление спиртного в столь уязвимом возрасте уже экстраординарно. При столь раннем начале употребления спиртного очень высок риск, что сформируется алкоголизм; болезнь сопровождается выраженными психическими расстройствами и чаще всего приобретает ускоренное, а иногда и злокачественное течение.

По статистическим данным, до 80 процентов взрослых, больных алкоголизмом, начали злоупотреблять алкоголем именно в подростковом возрасте.

Причин, по которым подростки начинают пробовать различные наркотически действующие вещества, множество. В целом их можно разделить на две большие группы.

К первой группе относятся личностные отклонения и психические заболевания самого подростка, из-за которых он не может реализовать себя иным способом и ищет веселья и необычных ощущений в приеме спиртного или наркотиков. В подростковом возрасте могут быть многие психические заболевания. Некоторые из них впервые проявляются именно в этом возрасте, так как происходит психологическая и гормональная перестройка организма, и многие скрытые заболевания могут обостриться. Некоторые врожденные заболевания существуют уже с раннего детства, а в подростковом возрасте их проявления могут стать более явными.

Психопатия – это аномалия характера, от которой страдает и сам человек, и общество. Эти врожденные или приобретенные в раннем возрасте аномалии характера приводят к дисгармоническому формированию личности и нарушают социальную адаптацию.

Играют роль и различные факторы, отрицательно влияющие на плод в период внутриутробного развития, а особенно если во время беременности женщина употребляла спиртные напитки, курила, принимала лекарства, которые оказывают неблагоприятное влияние на развитие плода, или у нее были отравления какими-либо веществами, а также психические травмы или инфекционные заболевания (особенно вирусные), недостаточное питание, тяжелые токсикозы, угроза прерывания беременности, отслойка плаценты.

Различные родовые травмы, асфиксия в родах, наложенные акушерских щипцов или вакуум-экстрактора, трудные длительные роды с угрозой для жизни ребенка, узкий таз роженицы и крупный ребенок, в результате чего происходит сильное сдавление головы при прохождении родовых путей, – все это может привести к так называемым **органическим поражениям головного мозга**.

Неблагоприятными факторами являются и различные вредные воздействия на развивающийся мозг, заболевания центральной нервной системы или длительные истощающие болезни, перенесенные ребенком в первые 2–3 года жизни. Играют роль и черепно-мозговые травмы, мозговые инфекции (менингит, менингоэнцефалит, вирусные заболевания), тяжелые отравления, перенесенные в первые 4 года.

Большое значение для развития нарушений поведения у ребенка, имеющего вышеотмеченные аномалии центральной нервной системы, имеет неблагоприятное воздействие окружающей среды, в частности недостатки воспитания.

Если ребенок растет в семье, где его воспитанием и коррекцией поведения никто не занимается, где оба родителя злоупотребляют алкоголем или когда отец – алкоголик, а мать озабочена только пьянством мужа и тем, как обеспечить детей самым необходимым, если ребенок растет в атмосфере скандалов даже непьющих родителей или воспитывается в неполной или деформированной семье (когда есть отчим или мачеха), если родители отдают его на воспитание бабушке с дедушкой, а те его обожают и во всем потакают, – то все аномалии характера еще более усиливаются.

Когда ребенок воспитывается в благоприятной обстановке, если в семье его обучают нормам поведения в обществе, формируют положительную нравственно-этическую позицию, объясняя, что позволено делать, а что запрещено

лительно, если при провинности ему спокойно и дружески объясняют, без физических наказаний и иных травмирующих психику воздействий, то есть возможность корректировать его поведение и в дальнейшем он вырастает неэгоцентричным, как при многих видах психопатий.

Акцентуация характера – это индивидуальные особенности, не являющиеся патологией, когда в характере доминируют те или иные черты. Варианты акцентуаций характера в целом те же, что и психопатий (возбудимая, истерическая, психастеническая, астеническая и прочие), но все особенности выражены не столь резко, а главное, при акцентуации нет такой социальной дезадаптации, как при психопатиях.

Умственная отсталость (олигофрения) и пограничная умственная отсталость (врожденная субдебилность и прочие проявления) тоже могут предрасполагать к раннему употреблению спиртного и приему наркотиков. Такие дети и подростки очень внушаемы, не способны правильно оценивать последствия своих поступков, они легко попадают под влияние других людей и больше подвержены отрицательному влиянию, чем положительному. Весь этот комплекс и создает почву для подражания сверстникам, имеющим опыт употребления спиртного и наркотиков.

У подростков могут быть и тяжелые психические заболевания – шизофрения, эпилепсия, маниакально-депрессивный психоз. Они проявляются в психических расстройствах, создающих основу для приема спиртного и наркотиков.

Ко второй группе причин, по которым подростки начинают выпивать и пробовать наркотики, относятся специфические особенности поведения, свойственные именно этому возрасту, из-за чего подростки часто не могут противостоять внешнему отрицательному влиянию.

Подростковому возрасту свойственны специфические особенности реагирования на различные внешние воздействия и нарушения поведения, которые могут быть и проявлением имеющегося психического заболевания, но могут наблюдаться и у здоровых подростков. Чаще всего такие нарушения свойственны подросткам с акцентуацией характера и психопатиями.

Употреблению алкоголя и наркотиков в подростковом возрасте, как правило, предшествуют нарушения поведения.

Большинство современных подростков – акселераты, но в своем поведении и эмоциональных проявлениях многие остаются инфантильными. Это означает, что их пове-

ление и эмоциональные реакции напоминают поведение детей. Несмотря на кажущуюся «взрослость» и высокий рост, у них могут сохраняться детские интересы и неустойчивость выражения эмоций, незрелость психики, внушаемость, подверженность чужому отрицательному влиянию, склонность к подражанию, беспечность, легкомыслие, неспособность правильно оценить возможные последствия своих поступков, неразвитое чувство ответственности и долга.

Подростки-акселераты не всегда способны критически оценивать себя и свое поведение. Они требуют от взрослых, чтобы к ним относились иначе, чем к младшим школьникам, так как они стали внешне выглядеть взрослыми и считают себя таковыми. Им хочется быть самостоятельными, а они еще не имеют возможности самостоятельно зарабатывать, в материальном отношении зависят от родителей, а в школе их поведение контролируется учителями. Поэтому они находят компенсацию своей зависимости вне дома и школьных стен, в подростковых группах, где каждый стремится показать сверстникам, какой он «крутой», и завоевать «авторитет» доступными ему способами и средствами, которые популярны в данной группе, но радикально отличаются от требований, предъявляемых учителями и родителями.

Помимо проблем, связанных с диспропорцией физического и психического развития современных детей, существует и диссонанс между подростками одного возраста. У одних физическое и сексуальное созревание происходит быстрее, у других медленнее, и они могут стать предметом насмешек более развитых сверстников. Чтобы не отстать от других и не стать посмешищем, подросток старается «переплюнуть» самых «крутых» и доказать, что он не хуже других.

Несовершеннолетние обычно начинают выпивать или принимать наркотически действующие вещества в группе сверстников или под влиянием взрослых. Независимо от того, есть ли у подростка психические отклонения или нет, групповые нормы поведения и склонность к подражанию приводят к тому, что если хотя бы один из сверстников пробовал спиртное или наркотики, то начинает выпивать или принимать наркотические вещества вся подростковая группа.

В том, что подросток попадает под влияние такой группы, большую роль играет безнадзорность, отсутствие кон-

троля родителей за тем, как он проводит свое свободное время, конфликтная обстановка в семье

Употреблению спиртного и наркотиков способствуют особенности поведения, свойственные подростковому возрасту, а злоупотребление алкоголем или наркотически действующими веществами, в свою очередь, еще больше нарушает поведение подростка.

Группирование со сверстниками — нормальное свойство подросткового возраста.

Находясь дома один или с близким другом, психически здоровый ученик средних классов может найти себе занятие по душе и с увлечением играть в какую-либо игру, заниматься чтением, коллекционированием или другим хобби. Но общение подростка не ограничивается пределами семьи и дома. Ребенка дошкольного возраста можно за ручку отвести в детский сад, привести домой, позволяя гулять только в сопровождении взрослых. А с подростком этого сделать уже нельзя. Он самостоятельно ходит в школу, может задержаться после занятий. Его свободное время после занятий совпадает со временем, когда родители заняты на работе; бабушки и дедушки уже не в состоянии контролировать подросткового внука или внучку.

В прежние годы были популярны занятия детей и подростков в различных спортивных, художественных секциях и кружках при Домах пионеров, и многие из них были заняты интересным для них делом. Сейчас большинство спортивных и прочих секций стали платными и далеко не каждая семья может позволить себе такие расходы.

Вряд ли сейчас встретишь группу школьников, увлеченно подметающих школьный двор или благоустраивающих спортивную площадку. Даже спортом многие из них не хотят заниматься, поскольку он перестал считаться престижным, за исключением тех видов, которые предназначены для самообороны или нападения. К тому же любые занятия спортом требуют упорства и труда, а сидеть во дворе или болтаться по улицам гораздо проще.

Собираясь в группе сверстников (обычно группы организуются по территориальному признаку — живут в одном дворе, в одном районе, учатся в одной школе), многие подростки не могут придумать себе какого-то интересного занятия. Они сидят во дворе, брэнча на гитаре или слушая музыку, катаются на мотоциклах, если они у них есть, или бесцельно бродят по улицам в надежде на какое-то «приключение», которое разнообразило бы их жизнь. Со

временем они сами находят себе такие «приключения» и развлечения, которые чаще всего имеют асоциальную направленность.

Безусловно, такое бесцельное времяпрепровождение свойственно далеко не всем подросткам. Если бы это было так, наше общество в ближайшем будущем ожидала бы катастрофа. Но здесь мы говорим не о психически здоровых подростках, а именно о тех, которые начинают с такого «жизненного дрейфа», а потом требуется вмешательство психиатра.

Рано или поздно подростковая группа, которой нечем себя занять, «для настроения» или «для смелости» начинает употреблять спиртное. Обычно инициатором является подросток, уже имеющий опыт употребления спиртного. Он предлагает выпить другим, и те, как правило, не отказываются. Одни – из любопытства, другие – чтобы приобщиться к «взрослой жизни», третьи – чтобы не отставать от других членов группы.

Если раньше существовали ограничения в продаже спиртного по возрасту и подросткам обычно не продавали алкогольных напитков, то сейчас, хотя эти запреты никто не отменял, большинству продавцов коммерческих ларьков абсолютно безразлично, кому они продают свой товар, взрослому или несовершеннолетнему. В любое время дня и даже ночи подросток может купить любой спиртной напиток.

Более доступными для подростков стали и наркотически действующие вещества. На любой дискотеке можно купить «экстази», марихуану и другие наркотики. В школу, училище приходят торговцы наркотиками и предлагают учащимся свой «товар». Приторговывают наркотиками и сами учащиеся. У современных подростков есть возможность легко и быстро заработать, поэтому у них есть свободные деньги: у некоторых учащихся денег гораздо больше, чем у их родителей и учителей.

Если кто-либо из членов группы отказывается пить со всеми или принимать наркотические вещества, он становится предметом насмешек; его называют слабаком, трусом, придумывают ему обидные прозвища, что очень болезненно для столь уязвимого возраста.

Ребята боятся больше всего не того, что сверстники их изобьют (такие случаи тоже бывают), а именно насмешек своих товарищей. В этом возрасте они еще не уверены в себе и в своих силах, не могут дать достойный отпор на

словах, а насмешки и обидные прозвища их очень травмируют.

Многие акселераты выглядят и считают себя уже взрослыми, а еще недостаточное психическое развитие не избавляет их от подверженности чужому влиянию, тем более влиянию сверстников, авторитет которых в этом возрасте начинает доминировать над авторитетом взрослых.

Подростки обычно легко пьянеют. Даже банки пива или ста граммов вина достаточно, чтобы подросток, ранее не пробовавший спиртного, опьянел. Некоторые пьянеют и от меньшего количества алкоголя. Но это тоже расценивается в группе как признак слабости и становится предметом насмешек со стороны тех, кто уже имеет опыт неоднократного употребления спиртного и может выпить гораздо больше.

Начиная употреблять спиртное, большинство юнцов не знает о своей малой выносливости к спиртному. Они видят, как пьют взрослые, даже если их родители не выпивают. Подростки имеют возможность наблюдать это на улице или в кинофильмах, где бравый «герой» лихо опрокидывает стакан крепкого спиртного напитка. Из стремления подражать взрослым или любимым киногероям они поступают так же.

Лидером подростковой группы становится кто-то из ребят, обычно тот, который старше других; имеет опыт употребления спиртного или наркотиков, или имеет психические отклонения, или физически сильнее остальных. Если лидер имеет асоциальные наклонности, тем более криминальный опыт, то такая группа может превратиться в банду, тщательно охраняющую свою территорию от других таких же группировок, в борьбе с которыми проходит их жизнь. Банда собирается во дворах, в подвалах, на чердаках, пустырях, заброшенных стройках.

Лидер становится для членов группы непререкаемым авторитетом; обычно он всегда готов вступить с любым в драку и отстаивать свое право управлять группой с позиции силы.

Подростки начинают увлекаться силовыми видами спорта, «качаются», чтобы увеличить мышечную массу и физическую силу, овладевают различными приемами самбо, каратэ, иногда придумывают какое-либо устрашающее название для своей группы, соответствующие лозунги. Накачав мышцы, они бросают спорт и проводят время в пьянках, картежных играх, сексуальных оргиях – в это вовлекаются девочки, хотя вначале группа обычно бывает однополой. Если кто-то имеет опыт употребления нарко-

ников, то вся группа начинает принимать наркотические средства, которые им удается раздобыть.

Члены такой группы могут совершать и криминальные действия – изнасилование, воровство, грабеж, драки и прочее. Подростковая группа становится грозой своего района и всех сверстников, не входящих в группу. Они называют себя организацией.

Многие подростки из благополучных семей завидуют им и мечтают стать членами такой организации. Ребята интрикуют перед сильными, задабривают их деньгами, оказывают разные услуги, и со временем их принимают в группу. Так прежние тихони и домоседы могут приобщиться к пьянкам, наркотикам, асоциальным формам поведения. Родители и учителя недоумевают: что произошло с подростком. Еще недавно был послушным, примерным учеником, а теперь ему уже неинтересно дома и в школе (училище), он становится грубым, развязным, скрытным, прогуливает занятия, при первой возможности убегает к своим новым приятелям, уносит из дома деньги и вещи.

Некоторые подростковые группы состоят только из мальчиков, в некоторых, как уже говорилось, есть и девочки. Но обычно их немного. Как правило, это или девочки с явными психическими отклонениями, или дочери алкоголиков, для которых такая среда привычна, и они без особых колебаний следуют нормам группы, пьют спиртное и принимают наркотики наравне с мальчиками.

Таких девочек вполне устраивает их роль в группе, большинство из них рано начинают беспорядочную сексуальную жизнь и ничуть не тягостятся частой сменой сексуальных партнеров. Обычно их в группе не обижают, наоборот, мальчики берут их под свое покровительство, защищают их, ощущая себя «настоящими мужчинами», и девочки этим чрезвычайно гордятся. Но даже если к ним относятся пренебрежительно, унижают и придумывают им оскорбительные прозвища, психически неполноценные девочки все равно терпят это и не уходят из группы, потому что только здесь они ощущают мужское внимание (пусть даже в оскорбительной форме), которого лишены в иных условиях.

Далеко не всегда подростки группируются с асоциальными намерениями. Группа может объединять их и по интересам – занятия спортом, какими-либо хобби. Однако практика показывает, что в любой неконтролируемой взрослыми группе подростков рано или поздно может

появиться новый участник, способный вовлечь других в пьянство или прием наркотиков.

Этому возрасту вообще свойственна подверженность чужому влиянию, причем с большей легкостью психически незрелые, инфантильные подростки поддаются отрицательному влиянию.

Имитация – это стремление подражать во всем кому-либо. Подростки копируют манеру поведения своих сверстников или взрослых. Если кто-то из их окружения употребляет спиртное или наркотики, то из-за стремления к подражанию остальные тоже начинают пробовать алкоголь или наркотически действующие средства.

Многие подростки избирают себе кумира – киногероя, актера, популярного певца или музыканта – и стараются копировать его и в одежде, и в прическе, и в поведении.

Если объектом подражания является отрицательный герой, вот тогда и педагогам, и родителям следует заранее быть готовыми ко всяким неприятностям. Со свойственным этому возрасту максимализмом подросток постарается не только копировать своего кумира, но и «переплюнуть» его во всех отношениях.

Самые большие неприятности ждут родителей и учителей, когда подросток избирает объектом для подражания реального человека – взрослого или своего сверстника, злоупотребляющего алкоголем или наркотиками, особенно если это личность с криминальным прошлым. Большинство взрослых наркоманов неоднократно судимы, так как вся их жизнь, в том числе и способы добывания огромных денег на приобретение наркотиков, связана с криминалом. Открыв рот, школьники с упоением слушают о «подвигах» своего «героя», о том, какой «кайф» дают наркотики, не имея возможности определить, где правда, а где ложь. Уголовник, найдя в их лице благодарных слушателей, еще больше привирает, чтобы заинтересовать и привлечь юнцов. Это чревато уже не только злоупотреблением алкоголем и наркотиками, но и различными криминальными действиями.

«Бывалого» уголовного с восторгом слушают не только подростки, сами склонные к асоциальному поведению, но и мальчики из благополучных семей. Для них это другая жизнь, захватывающая и полная приключений, а именно так преподносят свои «подвиги» не раз судимые лица. Подростку льстит такое внимание взрослого, тем более что тот обращается с ним как бы на равных. И довольно

часто во дворе вокруг таких асоциальных личностей группируются подростки. Но наркоману нужна не только аудитория заинтересованных слушателей. Он стремится использовать несовершеннолетних в своих целях.

Выше уже говорилось о «контагиозности» наркоманий. Каждый наркоман старается увеличить круг «своих».

Во-первых, многие наркоманы не только сами принимают наркотики, но и приторговывают ими. Вовлекая подростков в наркотизацию, взрослый наркоман готовит будущих «клиентов», которым потом будет сбывать свой товар.

Во-вторых, он делает подростков послушным орудием в своих руках. За порцию наркотика приобщившиеся к этому пороку готовы на все. Взрослый может использовать таких ребят в своих криминальных целях, создавая из них группировки, которые для него «таскают каштаны из огня».

Вначале наркоман приучает ребят к наркотикам, угрожает им, затем требует, чтобы они просили деньги у родителей или приносили из дома ценные вещи.

Отказать своему кумиру подросток не в состоянии – ведь он расценивает его как друга. А если такой человек уже создал вокруг себя подростковую группу, то отказать ему не может никто: иначе он станет посмешищем, «маменькиным сыночком».

Собственной нравственной позиции у многих подростков еще нет. Этические понятия растущего человека формируются в большей степени под влиянием родителей, а если родители не делают этого или их влияние негативно, то подросток попадает под влияние любого человека, которого он уважает.

В отличие от взрослых, ребята еще не умеют анализировать чужой негативный опыт. Они не осознают, что такое преступление, закон, тюрьма. Со слов взрослых они знают, что воровать нельзя, но сами объяснить, почему нельзя, вряд ли сумеют. Подростки не знают и не боятся социальных последствий правонарушений. Недаром многие асоциальные личности эксплуатируют их, пользуясь их бесстрашием и отсутствием страха смерти или увечья. Они могут выполнить любой приказ без раздумий, совершить все, что прикажут их кумиры.

Даже кратковременное пребывание в группе с асоциальным лидером заметно сказывается на поведении подростка. Прежде послушный сын и хороший ученик перестает под-

чиняться учителям и родителям, так как первая задача отрицательного лидера – дискредитировать других взрослых в глазах подростков, чтобы поднять свой престиж.

Подростку уже скучно в школе и не хочется быть дома, потому что в группе все гораздо интереснее – там «настоящая, взрослая» жизнь, свои тайны.

Вторая задача такого лидера – добиться, чтобы дети не рассказали родителям, где и с кем они проводят время и чем занимаются. В отличие от подростков, такой человек знает Уголовный кодекс на собственном опыте и прекрасно понимает, чем ему грозит вовлечение несовершеннолетних в пьянство, злоупотребление наркотиками и криминальную деятельность. Под его влиянием подростки становятся скрытными, огрызаются на расспросы родителей, если не умеют соврать убедительно, а в дальнейшем они уже обучаются обманывать родителей – опять-таки по подсказке «лидера», – и родители могут даже не подозревать, кто теперь руководит всей жизнью их ребенка.

Под **делинквентным поведением** понимаются различные проступки, провинности, нарушения общественных норм поведения. От криминальных действий делинквентное поведение отличается относительной незначительностью правонарушений и только в крайних своих проявлениях влечет за собой уголовное наказание.

Начинается обычно с прогулов занятий, затем могут быть драки, хулиганство, отнимание у младших детей или более слабых сверстников денег или вещей, угон велосипеда, мотоцикла или машины, чтобы покататься, выпрашивание денег у прохожих, мелкие кражи и многое другое.

Чаще всего к делинквентному поведению ведет употребление спиртного или наркотиков. А это, в свою очередь, приводит к более выраженным асоциальным формам поведения, и тут речь идет уже не о делинквентности, а о криминальных действиях.

Безнадзорность, отсутствие семейного контроля и внимания родителей – это основа для делинквентного поведения в подростковом возрасте.

Реакция протеста – одна из наиболее частых в подростковом возрасте. Протестные формы поведения возникают в ответ на обиду, ущемленное самолюбие, недовольство требованиями или отношением близких. Возникает психотравмирующая ситуация с отрицательно окрашенными переживаниями. Протестная реакция направлена против

тех лиц, которые явились источником переживаний – чаще всего это родители.

Поссорившись с родителями или учителями, школьник убегает на улицу к приятелям. Он злится на взрослых, а сверстники и совместное употребление спиртного или наркотиков повышают настроение, дают ощущение уверенности в себе и переоценку своих способностей.

Реакция протеста подростка бывает и в тех случаях, когда в семье конфликтная обстановка. Родители ссорятся между собой, а реакция протеста ребенка направлена против них, поскольку они, по его мнению, виноваты перед ним, и он реализует свой протест в утрированной форме, совершает мелкие правонарушения – все делает назло родителям.

Причиной реакции протеста может быть равнодушное отношение родителей, несправедливое, болезненное для самолюбия ребенка наказание, запрещение чего-либо, что значимо для него, например запрет видаться с приятелями.

Протестные реакции могут быть и из-за предъявляемых родителями чрезмерных претензий, требования выдающихся успехов, когда родители пытаются сделать из ребенка нундеркинда, ставят перед ним непосильные задачи, например чтобы он стал отличником в школе или походил на кого-то из своих сверстников. Подростку проще и легче проводить время на улице со сверстниками, чем сидеть дома за учебниками или упорно заниматься музыкой, спортом, иностранным языком, чего требуют родители.

Подросток может проявить протест и при повторном браке одного из родителей, когда в семье появляются отчим или мачеха и их дети или когда в семье рождается еще один ребенок и старшему уделяется меньше внимания, чем раньше. Это и ревность, и соперничество с новым членом семьи за внимание матери.

Реакции протеста могут быть и у подростка с задержкой развития, умственной отсталостью, психопатией, из-за чего он плохо учится и его все ругают за плохую успеваемость и прогулы занятий.

Пассивная реакция протеста – это замаскированная враждебность, недовольство, обида на взрослого, утрата с ним прежнего эмоционального контакта, стремление избегать общения. Подросток начинает искать общения на стороне и может попасть в сложившуюся группировку, где принято выпивать или употреблять наркотики.

Реакция активного протеста проявляется в виде непослушания, грубости, вызывающего и даже агрессивного поведения, побега из дома в ответ на ссору, конфликт, жестокие методы воспитания, наказания, упрёки, оскорбления.

У подростка с психопатией или органическим заболеванием головного мозга реакция активного протеста может сопровождаться двигательным возбуждением в гневе он может проявить агрессию, ломать предметы.

Активный протест может выражаться и в стремлении делать назло, причинять прямой вред обидчику или мстить ему опосредованно собственным асоциальным поведением.

В некоторых случаях реакция протеста может закрепиться и в последующем распространяется на всех взрослых вообще.

Реакция эмансипации – это борьба подростка за свою самостоятельность, независимость, самоутверждение. Он хочет освободиться от опеки взрослых любыми способами. Чем больше его контролируют и подавляют, тем больше он хочет избавиться от влияния взрослых. Наперекор им он начинает поступать по-своему, демонстрируя, что он уже самостоятельный. Если бы родители или учителя не принуждали его к чему-либо, он и сам мог бы это сделать.

С таким поведением нередко сталкиваются и учителя, и родители, объясняя его упрямством. На самом деле это вполне закономерная реакция для этого возраста. У психически здоровых подростков она со временем проходит. Крайние формы реакция эмансипации приобретает при неправильном поведении взрослых – если они проявляют деспотизм и требуют беспрекословного подчинения. При этом возможны побеги из дома и бродяжничество.

Реакция отказа от общения, игр, приема пищи, выполнения домашних обязанностей или посещения занятий может быть у подростков, когда родители оказывают им противодействие в общении с компанией сверстников.

Так может произойти, если родители, желая оградить своего ребенка от группировки, где он выпивал или принимал наркотики, переводят его в другую школу (училище) или переезжают на новое место жительства. В этом случае подросток винит родителей в том, что они разлучили его с привычной компанией, и отказывается общаться с ними.

Побеги из дома обусловлены разными причинами, например, тем что с подростком плохо обращаются, унижают его или бьют, когда родители – алкоголики.

Девочки нередко убегают после сексуального насилия со стороны отчима или пьяного отца, когда мать не смогла или не захотела защитить их.

Побеги бывают формой протеста против недостаточного внимания родителей, или их чрезмерных требований и деспотизма, или против навязываемого образа жизни.

Иногда побеги совершаются из дома ради поиска развлечений и новых впечатлений, приключений и свободы. Убегают из дома и дети и подростки, склонные к фантазерству и мечтательности, начитавшись книг о знаменитых путешественниках и дальних странах.

Побег из дома может произойти и после того, как подросток совершил проступок и боится наказания взрослых, особенно часто это бывает у робких, «забитых» девочек и мальчиков, которых жестоко наказывают родители.

Обычно первый побег бывает после какой-то ссоры или психической травмы, а затем эта форма реагирования закрепляется и в дальнейшем подросток уже на любую неприятность отвечает побегом из дома.

Беглецы недовольны тем, что родители и педагоги не принимают их всерьез, игнорируют их интересы, относятся к ним, как к маленьким. Такие подростки считают учителей и родителей отсталыми, консерваторами, не понимающими и не приемлющими образа жизни молодежи.

Девочки протестуют против того, что учителя и родители запрещают им пользоваться косметикой, носить одежду, которая им нравится, что родители контролируют, с кем они проводят время и как развлекаются.

Подростки, воспитывавшиеся во внешне благополучных семьях с материальным достатком, сбежав из дома, расценивают свою новую жизнь как свободу от семьи и школы. Им нравится, что они сами добывают себе средства к существованию, могут пить и принимать наркотики, не опасаясь ни родителей, ни учителей, развлекаться так, как хотят, и приобретать опыт жизни, в том числе и сексуальный.

Убежав из дома, подростки избавляются от надоевшей опеки и контроля учителей и родителей, от всех обязанностей и принуждений, расценивая свою жизнь как легкую, веселую и свободную.

Если побег был связан с тем, что дома с ними плохо обращались, подростки категорически не хотят возвращаться. Их даже больше устраивает детский приемник, куда их обычно помещают, пока не обнаружат их родителей, и они намеренно скрывают свой адрес и фамилию,

называют вымышленные данные, чтобы их не отравили домой.

Большинство «беглецов» попадает в асоциальные компании, в руки криминальных личностей. Как правило, все они начинают выпивать и принимать наркотики.

Многие девочки после побега из дома становятся малолетними проститутками. Они не имеют возможности заработать на жизнь, и их тут же подбирают сутенеры. Бывает, что психически больных девочек или девочек из неблагополучных семей взрослый мерзавец вовлекает в группу, приучает к наркотикам, пускает по рукам, а затем продает сутенерам или сам становится сутенером. Малолетние проститутки не видят для себя никакого выхода, да и не ищут его. Подчас они горюют лишь о том, что лишились группы, где они чувствовали хоть какое-то мужское внимание и были бы согласны вновь туда вернуться и всех «обслуживать».

Некоторые малолетние проститутки подверглись изнасилованию в подростковой группе, но сами они не считают это изнасилованием. Девочки рассказывают, что выпивали или принимали наркотики вместе с другими подростками, а потом «ребята стали приставать и заставили», но сожалений по этому поводу не испытывают. Многие даже не помнят своего первого сексуального партнера, говорят: «Давно это было».

Ранняя сексуальная жизнь – обыденное понятие для малолетних проституток. Они не связывают ее с возможным материнством, хотя сделали по нескольку аборт. Ни отвращения, ни удовольствия от сексуальных контактов эти девочки не испытывают. У них нет сексуального влечения ни к своим сверстникам, ни к взрослым мужчинам.

Большинство малолетних проституток злоупотребляют и алкоголем, и наркотиками. У некоторых есть все признаки алкоголизма или наркомании. Они совершенно не тягостятся своей ролью, не протестуют, когда их унижают и бьют, смиряются со всеми трудностями своей «профессии», разделяют «клиентов» и сутенеров на «плохих» и «хороших», полностью зависят от своего сутенера, а иногда и влюбляются в него. Их даже не интересуют заработки. Если сутенер дает немного денег или кормит, одевает и покупает спиртное или наркотики, девочка считает, что он хороший, добрый: «не бьет», «заботится».

Внешняя «взрослость» и «опыт» малолетних проституток сочетаются с психической инфантильностью и примитивностью интересов. Как правило, у всех них есть психи-

ческие отклонения или заболевания – психопатия, олигофрения в степени дебильности, органические заболевания головного мозга, шизофрения.

Дромомания – это склонность к бродяжничеству. Психиатры рассматривают ее как один из вариантов расстройства контроля над импульсивными побуждениями – обычно это неудержимое влечение к дальним странствиям.

Истинная дромомания встречается сравнительно редко, в основном при психических заболеваниях – шизофрении, эпилепсии. Побегии таких больных обычно возникают без какой-либо внешней причины, им предшествует беспричинно изменившееся настроение, и сами подростки потом не могут объяснить, что их толкнуло на побег. Нередко они сами возвращаются домой измученные и голодные.

Дромомания – это импульсивное влечение, и обусловлено оно основным психическим заболеванием. Из-за расстройства влечений такие больные могут приобщиться к употреблению спиртного или наркотиков.

Реакции компенсации и гиперкомпенсации – это такие формы поведения, с помощью которых человек старается скрыть, замаскировать свои слабые стороны. Они являются средствами психологической защиты, например, когда подросток переживает чувство неполноценности из-за своего физического или психического недостатка.

Примером реакции гиперкомпенсации может быть бравада, нелепое изменение своего внешнего вида, раннее начало курения, употребление спиртного и наркотиков у неуверенных в себе, робких подростков.

Реакции компенсации и гиперкомпенсации чаще всего свойственны детям, которым родители уделяют мало внимания и любви, сиротам, детям, растущим в неполных или деформированных семьях, а также страдающим неврозами, комплексом неполноценности.

Причинами начала употребления спиртного и наркотиков обычно является сочетание нескольких факторов, в числе которых наследственная отягощенность (алкоголизм родителей или наличие у одного из них или у обоих психического заболевания), влияние пьющих родителей, психические заболевания самого подростка, недостатки воспитания. Вследствие этого у подростка возникают различные психические отклонения, нарушения поведения, которые приводят его в группу пьющих ребят с асоциальным поведением.

Многие крайние нарушения поведения несовершеннолетних (за исключением случаев психических заболеваний)

вызваны неправильным поведением родителей. Бывает, что родители не только не критичны в своих методах воспитания, но винят в этом самого ребенка или его сверстников, которые втянули его в плохую компанию. виноваты все, кроме самих родителей: и школа «плохо воспитывает», и ребенок «трудный», и друзья «плохие».

Глава 2

ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЕМ (БЫТОВОЕ ПЬЯНСТВО)

Само слово «злоупотребление» означает, что это «употребление во зло», т.е. причиняющее вред. Частые приемы больших количеств спиртного сказываются и на здоровье пьющего подростка, и на его физическом и психическом развитии, и на его учении, и на отношениях с родителями и учителями.

Современных подростков, не употребляющих спиртного, во много раз меньше, чем тех, кто его употребляет, а некоторые пьют регулярно. Это относится не только к мальчикам, но и к девочкам. Есть даже 8–10-летние дети со сформированным алкоголизмом.

Не следует думать, что злоупотребляют алкоголем только дети алкоголиков, что подросток из благополучной семьи, где родители не подают ему дурного примера, никогда не заболит алкоголизмом. Учащиеся большую часть своего свободного времени проводят вне контроля взрослых – на улице, со сверстниками.

Маленькие дети бессознательно подражают родителям, а в подростковом возрасте авторитет родителей уже утрачивает свое прежнее значение и доминирует авторитет сверстников и групповых норм поведения в подростковой компании. А там свои законы, о которых ни педагоги, ни родители часто даже не подозревают.

Между бытовым пьянством и алкоголизмом есть очень большая разница.

Злоупотребление алкоголем (бытовое пьянство) – это чрезмерное употребление спиртных напитков, чаще всего ситуационное, традиционное или основанное на неверных представлениях. Спиртные напитки употребляются с разной частотой и в разных количествах – в виде системати-

ческого приема небольших доз или несистематического приема больших количеств. При этом отсутствуют тяга к алкоголю, поиски поводов для выпивки и какие-либо иные признаки алкоголизма.

Бытовое пьянство – не болезнь. Наркологического лечения оно не требует, и человек может по собственной воле прекратить потребление алкоголя или значительно уменьшить его, не испытывая никаких неприятных ощущений от воздержания.

А алкоголизм – это уже качественно иное состояние. Во-первых, это не дурная привычка, а болезнь, требующая лечения. Во-вторых, в отличие от бытового пьянства, больной алкоголизмом не может не только самостоятельно прекратить потребление спиртного, но и произвольно регулировать его количество. В-третьих, в организме больного алкоголизмом происходят такие изменения, что при воздержании от алкоголя организм «бунтует», требуя продолжения приема спиртного. В-четвертых, бытовое пьянство не обладает прогрессивностью (т.е. не прогрессирует) и может наблюдаться на протяжении всей жизни человека, а количество потребляемого спиртного может оставаться неизменным или увеличиваться (но до определенных пределов). А алкоголизм – это прогрессирующее заболевание, и если уж возникли даже самые первые его симптомы, то болезнь будет неуклонно развиваться и неизбежно возникнут остальные клинические проявления, деградация личности и все типичные последствия. Исход нелеченого алкоголизма закономерен и неминуем.

Поэтому так важно знать, чем отличается алкоголизм от бытового пьянства для всех людей, кого волнует эта проблема.

Поскольку алкоголизм никогда не возникает внезапно, а формируется постепенно и вырастает именно из бытового пьянства, наркологи расценивают злоупотребление алкоголем как предболезнь, преддверие алкоголизма, т.е. алкоголизма еще нет, но он неминуемо сформируется, если пьянство будет продолжаться, а тем более утяжеляться.

На внешне кажущийся таким простым вопрос, почему тот или иной человек начинает злоупотреблять спиртным, можно получить совершенно разные ответы в зависимости от того, кому он задан. Родители скажут, что сын (дочь) стал(а) выпивать потому, что попал(а) в дурную компанию, на него (нее) плохо влияют друзья-приятели. Сам пьющий уверенно ответит: «Потому, что все пьют!» Врач-нарколог оценивает причину злоупотребления спиртным с иных позиций.

Влияние дурной компании и друзей-собутыльников для начала пьянства, безусловно, имеет значение. Однако почему же подросток не покинет такую компанию и не сменит круг пьющих сверстников на непьющих? Что здесь причина и что следствие?

Психиатры-наркологи, не умаляя влияния «питейных» традиций, не оставляют без внимания и личность самого пьющего.

Известно, что каждый человек избирает тот уровень общения и тот круг, в котором он чувствует себя комфортно. Если подростку нечем занять свое свободное время, у него нет стойких привязанностей и увлечений, склонности к целенаправленному и продуктивному времяпрепровождению, если все ему неинтересно, скучно и не о чем говорить, пока он не выпил, если в непьющей компании или среди сверстников более высокого интеллектуального уровня он чувствует себя «не в своей тарелке», то ему проще и комфортнее находиться в кругу таких же, как и он сам, и, выпив с ними, ощущать себя равным среди равных.

У большинства подростков в этом возрасте появляются определенные интересы – кто-то увлекается спортом, у других есть хобби. А у примитивных ребят с ограниченными интересами пустота заполняется частыми выпивками. Организация выпивки, сама выпивка и разговоры о ней занимают свободное время, и подросток вроде бы при деле – у него есть постоянный круг общения, есть с кем поговорить и где развлечься. Он может и сам не заметить, как втянулся в пьянство.

Возраст, в котором начинается злоупотребление алкоголем, имеет крайне важное значение для формирования алкогольной зависимости: чем раньше человек начинает употреблять спиртное, тем больше шансов, что сформируется алкоголизм.

Употребление спиртного подростками обычно уже с самого начала имеет форму злоупотребления.

Подростковая среда – особая среда, в ней свои законы, отличающиеся от взаимоотношений взрослых людей. Как уже говорилось, основные черты поведения – это группирование со сверстниками и имитация. Это означает, что подростки стараются подражать не только взрослым (причем далеко не лучшим качествам взрослого), но и своим сверстникам из подростковой группы. И если хотя бы один из членов группы имеет опыт употребления спиртного (как правило, это дети из неблагополучных семей, где

один или оба родителя алкоголики), то начинает употреблять алкоголь вся группа. Если кто-то не будет пить вместе с другими членами группы, над ним все будут смеяться, а это для подросткового возраста очень болезненно. Поэтому в группе пьют все.

Поскольку выносливость к спиртному в этом возрасте невысока, опьянение даже от небольших доз может быть сильным. Подростки обычно не знают пределов своей выносливости к спиртному и пьют помногу, стараясь походить на взрослых. Рвота, которая при этом возникает, считается признаком слабости, и, чтобы не прослыть слабаком, подросток старается приучать себя к спиртному до тех пор, пока рвотная реакция не исчезнет.

Как уже говорилось, бытовое пьянство может незаметно для самого человека перейти в алкоголизм.

Этап бытового пьянства может продолжаться несколько лет. У разных людей длительность периода злоупотребления алкоголем, предшествующего алкоголизму, различна и зависит от многих факторов – от частоты употребления спиртного и его дозы, вида спиртного напитка, особенностей характера и от общего состояния здоровья. У подростков этап бытового пьянства может быть непродолжительным – несколько месяцев, реже 1–2 года.

Всех подростков, которые употребляют спиртные напитки регулярно, можно считать группой риска в аспекте алкоголизма.

Именно поэтому нужно знать, с чего начинается болезнь и как она проявляется. К каждому учащемуся нужно приглядеться более внимательно и быть постоянно настороже, чтобы уберечь его от беды. Педагоги должны быть в постоянном контакте с родителями и при малейших подозрениях бить во все колокола.

Глава 3

ПРИЗНАКИ НАЧАЛА АЛКОГОЛИЗМА

Признаки начала алкоголизма (их еще называют ранними симптомами алкоголизма) позволяют разграничить бытовое пьянство (злоупотребление алкоголем), которое еще не является болезнью с точки зрения наркологии, – от алкоголизма как заболевания.

Самым первым симптомом алкоголизма является тяга к спиртному – патологическое влечение к алкоголю. Тяга к алкоголю – не только ранний, но и самый стойкий симптом алкоголизма, она существует на всем протяжении заболевания, изменяется и утяжеляется. Влечение к алкоголю возникает не внезапно, а постепенно.

Пьющие подростки обычно не осознают своей тяги к алкоголю, объясняя выпивки тем, что «все наши ребята пьют».

На этапе бытового пьянства подросток выпивал потому, что в его компании было так принято, как только появлялись деньги, кто-то из ребят проявлял инициативу, предлагая всем выпить, а остальные члены группы соглашались, чтобы не отстать от других.

С появлением тяги к спиртному подросток сам становится инициатором выпивок, и они учащаются. Теперь он не представляет себе встречи с приятелями без выпивки.

В отличие от взрослых, которые придумывают какой-нибудь «уважительный повод» для выпивки, подростки не утруждают себя поиском предлога. Если есть деньги – вперед! Если денег нет, значит, их нужно найти. Кто-то просит или ворует у родителей, кто-то собирает пустые бутылки, кто-то стоит у метро и просит у прохожих денег, чтобы «доехать домой», кто-то отбирает деньги у младших школьников, которым родители дали на завтрак. Возможны и групповые криминальные способы добывания денег – нападение на прохожих, ограбление коммерческих палаток и прочее.

Число приятелей подростка может увеличиваться, но в основном это люди, с которыми можно выпить. Он предпочитает пьющих непьющим, с последними ему уже неинтересно, и он уклоняется от встреч с ними. Нередко подросток, имеющий тягу к алкоголю, начинает выпивать в компании взрослых алкоголиков.

Одним из косвенных признаков тяги к спиртному является положительное отношение ко всему, что связано с выпивкой. Например, если подросток регулярно выпивает со взрослыми алкоголиками, то он находит у них массу «положительных» качеств, которыми объясняет, почему ему интересно общаться именно с ними. Положительно оцениваются и обстановка, в которой проходят выпивки, и разговоры. Даже если в пьяном состоянии подросток подрался или совершил криминальные действия, у него нет отрицательного отношения к происшедшему. Поло-

жительно оценивается и само состояние опьянения, и все, что связано с приемом спиртного, а то, что ему препятствует, оценивается отрицательно. Учение, родители, домашние обязанности – все, что не связано с выпивкой, становится в тягость и раздражает.

Взрослые алкоголики на начальном этапе болезни в оправдание своего пьянства обычно приводят якобы благотворное воздействие алкоголя на организм – спиртное придает силы, повышает работоспособность, снимает усталость или боль и многое другое.

Подросток не ищет себе никаких оправданий. Если учителя или родители его ругают, он огрызается, не вступая в долгие дискуссии со взрослыми. «Не ваше дело!», «Я уже не маленький!», «Отстаньте от меня!» – вот стереотипные ответы пьющего подростка на все уговоры, которые он считает бесполезными нотациями. Его невозможно переубедить, даже если уже есть явные негативные последствия. Подросток не соглашается с тем, что из-за пьянства его образ жизни и поведение значительно изменились в худшую сторону, – этот симптом называется **отсутствием критического отношения к своему заболеванию**.

Уговорами и упреками здесь уже не поможешь – болезнь началась. А при любом заболевании как только появился первый симптом, вскоре присоединяются и другие.

Если родители пытаются противодействовать его пьянству, подросток может устроить скандал, наругать, оскорбить и, ничуть не считая себя виноватым, убегает к своим приятелям-субутильникам.

Может быть и так, что подросток переносит всю вину на родителей или на учителей – они «плохие», ругают его и «скандалят», ему невыносимо дома и в школе, поэтому он предпочитает проводить время в обществе пьющих приятелей. Такой мотив оправдания пьянства мне, психиатру, приходилось слышать от многих пьющих подростков: «А чего они ко мне все цепляются?! Надоели и предки и училки! Сами зануды! С ребятами мне интересней!»

Мысли о выпивке овладевают его сознанием, подросток думает только о том, как бы побыстрее сбежать с уроков или из дома, где и с кем выпить, где взять денег.

Желание выпить возникает независимо от воли человека и поэтому называется **навязчивым (или психическим) влечением**. У взрослых оно сопровождается борьбой мотивов «за» и «против» выпивки. Если аргументов «против» упот-

ребления спиртного больше (например, когда обстоятельства никак не позволяют выпить, предстоит важное дело, встреча с непьющим человеком), то взрослый человек может преодолеть искушение и отказаться от выпивки. Это может быть нелегким для него решением. Нереализованное влечение оставляет чувство неудовлетворенности, и мысли о желательности выпивки назойливо всплывают в его сознании (именно поэтому влечение и называют навязчивым, т. е. возникающим помимо воли), он ищет новые поводы.

Чем ниже интеллектуальный уровень человека, тем менее он склонен к самоанализу, оценке своих поступков и их возможных последствий, и тем меньше времени занимает борьба мотивов «за» и «против» выпивки.

Для того чтобы возникла борьба мотивов, прежде всего необходимо осознанное представление о допустимых нормах потребления спиртного, т. е. нравственно-этическая позиция в отношении пьянства как негативного явления и его возможных последствий. Поэтому этап борьбы мотивов свойствен в основном людям зрелым, с достаточно высоким интеллектуальным развитием и устойчивой нравственной позицией. Этот важный фактор помогает человеку справиться с влечением, и у таких людей симптомы алкоголизма развиваются гораздо медленнее.

Людам с незрелой психикой, с низким уровнем развития, подверженным чужому влиянию, не имеющим этических понятий, привитых воспитанием, — этап борьбы мотивов («выпить» или «не выпить») несвойствен.

У подростков в силу возрастных особенностей психики этап борьбы мотивов может быть очень непродолжительным или отсутствовать вовсе. Как только желание выпить возникает, оно тут же без особых раздумий реализуется.

В целом развитие влечения к алкоголю (тяги), его интенсивность и реализация (удовлетворение желания выпить) зависят от многих факторов: особенностей характера, уровня интеллектуального развития, условий воспитания, наличия нравственно-этических представлений, влияния ближайшего окружения, возраста, когда начинается злоупотребление алкоголем, состояния центральной нервной системы, индивидуальной реактивности организма, а также частоты приема, количества и крепости спиртных напитков.

Влечение считается стержневым симптомом алкоголизма, поэтому все вышеперечисленные факторы, влияющие на тягу к спиртному, оказывают воздействие и на дальнейшее развитие заболевания.

На вопрос, почему тот или иной человек пьет, нарколог ответит так: на этапе бытового пьянства – под влиянием внешних факторов, из-за «питейных» традиций ближайшего окружения или из-за некоторых особенностей его личности – нерешительности, подверженности чужому влиянию, отсутствия нравственных установок в отношении пьянства, психической незрелости и т.д., а при сформированном алкоголизме – потому что существует влечение (тяга) к алкоголю.

Как правило, большинство подростков своей тяги к спиртному не осознают (или не признают) и преуменьшают свое пьянство, заявляя: «Я пью, как все наши ребята» или «Другие пьют еще больше». Некоторые интеллектуально сохранные подростки в качестве оправдания приводят случаи с еще более тяжелыми проявлениями заболевания, чем у них самих.

В начальной стадии алкоголизма тяга к спиртному непостоянна, она как бы волнообразна. Влечение может ослабевать и угасать, если подросток длительное время будет воздерживаться от употребления спиртного, и вновь возникать под влиянием воспоминаний, ситуаций, связанных с прежним пьянством, встреч с собутыльниками.

Это называется **актуализацией влечения** и может привести к возобновлению злоупотребления алкоголем даже после длительного перерыва.

Вторым важным признаком начала алкоголизма является **симптом утраты количественного контроля**.

Потеря контроля над количеством выпиваемого спиртного подразумевает трудность или невозможность для больного остановиться на определенных дозах выпитого, неспособность сознательно ограничивать начавшийся прием спиртного. После того как больной алкоголизмом выпьет, он уже не может отказаться от дальнейшего потребления спиртного. Перед выпивкой он может обещать, что не будет напиваться, но после первых доз спиртного теряет контроль над своим поведением и забывает обо всех обещаниях.

Количественный контроль в широком смысле – это представление человека о допустимых дозах спиртного, которые он может себе позволить. Это представление складывается из норм, принятых в обществе в целом и в ближайшем окружении, и из убеждения самого человека, что превышение какой-то дозы недопустимо. То есть для осуществления количественного контроля необходима инди-

видуальная этическая позиция в отношении пьянства – осуждает ли человек пьянство как негативное явление, неприемлемое для него, или считает допустимым и общепринятым.

Понятие о количественном контроле изначально отсутствует у людей с низким интеллектуальным развитием, в асоциальной и криминальной среде, где пьянство никем не осуждается и даже поощряется, а трезвый образ жизни вызывает насмешки. Попав в такую среду, незрелый, легко поддающийся чужому влиянию человек, не может сформировать собственную этическую позицию и принимает нормы такой компании.

То же относится и к некоторым подросткам, тем из них, кто имеет изначальную личностную патологию. Психически нормальный подросток знает, что на дне рождения ему можно выпить бокал вина или шампанского, а выпить стакан водки для него неприемлемо

Считается, что алкоголик – человек, который меры в питье не знает. И это верно, ибо психически здоровый человек осознает свои возможности потребления алкогольных напитков, предпочитает такую степень опьянения, которая дает ощущение веселья, приятного самочувствия и расслабленности, и не будет пить до тех пор, пока упадет. Это говорит о сохранности количественного контроля, т.е. способности контролировать меру выпитого.

А у больного алкоголизмом количественный контроль утрачивается, и он может напиться до глубокого опьянения. С точки зрения нормального человека это малопривлекательное состояние, которое вызывает недоумение окружающих. Почему он регулярно напивается «в стельку», почему не может вовремя остановиться? Ответить на этот вопрос может только врач-нарколог. Сам алкоголик обычно оправдывается обстоятельствами, тем, что друзья уговорили (хотя друзья уговаривали его выпить, а не напиваться).

Утрата количественного контроля вызывается следующими причинами.

Во-первых, субъективной неудовлетворенностью пьющего степенью своего опьянения. Ведь алкоголик пьет не потому, что его кто-то заставляет, а потому, что он сам, осознанно или неосознанно, стремится достичь опьянения. Отсюда стремление пить натошак, не закусывать, чтобы быстрее и сильнее «взяло» (известно, что если желудок наполнен пищей, то всасывание алкоголя замедляется), вы-

пивать подряд несколько доз спиртного, опередить собутыльников, выпив больше остальных. Он быстро выпивает и тут же вновь наливает и всегда пьет до дна – это называется жадностью к спиртному. Он требует, чтобы наливали чаще, «стимулирует» других участников выпивки, если стаканы опустели, а ему хочется еще. Алкоголик знает, какая доза ему требуется, чтобы опьянение наступило сразу и было желательной для него глубиной.

Во-вторых, каждый пьющий знает на собственном опыте, что принятая доза спиртного действует определенное время и с течением времени эффект опьянения ослабевает, а ему хотелось бы удержать желательную для него степень опьянения, и он «вдогонку» принимает еще и еще.

В отличие от здоровых людей и гурманов алкоголика не интересуют вкусовые качества алкогольного напитка и культура питья. Гораздо привлекательнее для него крепость спиртного напитка, поэтому он предпочтет водку или дешевое крепленое вино легкому вину или шампанскому.

И, в-третьих, в состоянии опьянения возникает другой вариант влечения к алкоголю. Он называется **вторичным влечением**, а то влечение, которое появляется в трезвом состоянии, называется **первичным**. Вторичное влечение гораздо интенсивнее, и алкоголик преодолеть его уже не способен; поэтому его еще называют **неодолимым влечением**. Оно возникает в состоянии опьянения после превышения определенной «пороговой» дозы, индивидуальной для каждого человека (у одних это 100–150 г крепких спиртных напитков, у других – больше или меньше).

Неодолимое влечение вынуждает алкоголика пить еще и еще, уже не ради комфортного состояния, а с целью достижения искомой глубины опьянения.

Однократные или эпизодические **передозировки** (т.е. прием такого количества спиртного, которое превышает индивидуальные возможности организма) у взрослого человека возможны и на этапе бытового пьянства, например, из-за недавно перенесенной тяжелой болезни, усталости, плохого самочувствия. Но это может быть и единичный случай. Если же передозировки становятся регулярными, то здесь бесполезно оправдываться какими-то внешними обстоятельствами или плохим самочувствием.

У подростков передозировки могут быть с самых первых попыток приема спиртного из-за незнания ими своих возможностей и стремления подражать взрослым и другим пьющим членам подростковой группы.

Третий ранний симптом алкоголизма – **утрата защитного рвотного рефлекса.**

Обычно на любое вредное внешнее воздействие организм реагирует защитной реакцией. Чрезмерные дозы спиртного для подростка, еще не больного алкоголизмом, являются токсическими, а алкоголь – ядом, от воздействия которого организм пытается защититься, исторгая этот яд в виде рвотной реакции.

Пока этот защитный механизм действует, он ограждает организм от токсического агента, способного причинить ему вред (нередки случаи смерти после приема больших доз алкоголя). Но чем чаще подросток напивается до рвоты, тем быстрее этот защитный механизм ломается. Организм перестраивается (это называется **измененной реактивностью**, т. е. организм уже по-иному реагирует на алкоголь), приспосабливается к постоянному токсическому воздействию, и дальше рвотная реакция не наступает даже при приеме больших доз алкоголя.

Наличие рвотной реакции свойственно бытовому пьянству и показывает предел переносимости алкоголя, т. е. ту дозу, которая уже является чрезмерной, токсичной для организма.

Рвотный рефлекс может быть нестабильным и зависит от степени наполнения желудка, общего состояния здоровья, утомления, перенапряжения и других условий. Если спиртное принимается натошак, не закусывая или вместо обычных слабых спиртных напитков подросток выпивает крепкие, если он недавно болел, устал, не выспался, чем-то огорчен, то рвота может возникнуть даже при дозе, не превышающей обычную. Наличие рвоты зависит и от скорости всасывания алкоголя, времени возникновения максимальной концентрации его в крови. Здесь имеет значение и то, как именно происходит прием спиртного – сидит ли подросток или активно двигается, сколько одновременно принимается алкоголя и с какой частотой. Если спиртное принимается малыми дозами, с продолжительными интервалами между приемами, то часть алкоголя за это время подвергается изменениям в печени, и подросток может выпить определенное количество спиртного без возникновения рвотной реакции. А если он же (пока еще не алкоголик, а бытовой пьяница) выпьет ту же дозу, но уже в других условиях, например без хорошей закуски или за более короткий промежуток времени, то у него возникает рвотная реакция.

При утрате защитного рвотного рефлекса можно с уверенностью говорить о сформированном алкоголизме. Но симптомом алкоголизма является не само отсутствие рвот в опьянении, а именно утрата ранее имевшейся рвотной реакции. Если рвоты и раньше были, и сейчас есть, то об алкоголизме говорить еще рано, это еще бытовое пьянство. Но если ранее рвоты при приеме больших доз спиртного возникали, а с какого-то времени они исчезли, с этого момента и нужно отсчитывать начало заболевания (алкоголизма).

Само по себе отсутствие рвотной реакции не является симптомом алкоголизма. В редких случаях она может изначально отсутствовать из-за того, что этот механизм защиты несвойствен организму данного человека. Или же отсутствие рвот обусловлено очень постепенным, растянутым во времени наращиванием доз спиртного, если регулярно употребляются сравнительно небольшие количества спиртного.

Утрата рвотного рефлекса, как и утрата количественного контроля, тесно связана с влечением к состоянию опьянения.

Здоровый человек, у которого нет тяги к алкоголю, случайно передозировав спиртное, впредь постарается пить меньше.

Дети больных алкоголизмом, а также подростки с низким уровнем развития, с психической патологией, у которых представление о допустимых дозах спиртного и культуре питья изначально отсутствует, могут регулярно пить «до рвоты». Есть и такие, кто намеренно «тренирует» себя большими дозами алкоголя, чтобы рвоты исчезли, – чтобы «научиться пить».

Если рвоты в опьянении постоянны, то это свидетельствует о появившемся влечении к алкоголю. Обычно влечение опережает симптом утраты количественного контроля, т.е. влечение первично, а утрата количественного контроля вторична по отношению к нему.

Но в некоторых случаях может быть и наоборот – рвотный рефлекс может утратиться в результате длительного злоупотребления большими дозами алкоголя. Например, внушаемые, подверженные влиянию подростки, втянутые в асоциальную компанию взрослых или попавшие в группу сверстников, где принято пить часто и помногу, не способны противостоять отрицательному влиянию и начинают пить большими дозами «из солидарности». При этом вначале сам пьющий подросток не испытывает влечения к алкоголю, а пьет, чтобы не отстать от других; из-за этого

со временем рвотный рефлекс утрачивается, а тяга к алкоголю возникает немного позже.

Те рвоты, которые возникают наутро после выпивки, не имеют отношения к этому симптому и свидетельствуют о заболевании желудка или о нарушении обмена веществ в организме.

Чем дольше и чаще человек потребляет спиртное, тем больше он может выпить, поскольку его организм приобретает способность переносить увеличивающиеся дозы алкоголя. Этот симптом называют **толерантностью**.

Толерантность – способность человека переносить определенные дозы спиртного. В отношении здоровых людей (не больных алкоголизмом) говорят о физиологической толерантности; имеется в виду количество алкоголя, которое человек способен выпить без каких-либо явных нарушений.

Физиологическая толерантность индивидуальна для каждого человека и зависит от возраста, пола, веса тела, телосложения, конституциональных особенностей, особенностей обмена веществ, состояния центральной нервной системы и общего состояния здоровья. Для взрослого человека она в среднем составляет 100–150 г крепких спиртных напитков. Подросток может опьянеть от дозы, которая у взрослого здорового мужчины не вызовет никаких внешних заметных изменений.

Физиологическая толерантность бывает изначальной – это выносливость к спиртному до начала употребления спиртных напитков. Когда человек начинает употреблять спиртное, а тем более злоупотреблять им, переносимость алкоголя возрастает – это приобретенная толерантность. На этапе бытового пьянства она может в 2–3 раза превышать изначальную.

Рост толерантности зависит от массивности злоупотребления (от доз и частоты приема алкоголя), особенностей организма пьющего и некоторых других факторов. Соответственно, чем интенсивнее злоупотребление, тем быстрее растет переносимость спиртного.

На этапе бытового пьянства росту толерантности препятствует сохранный рвотный рефлекс, который избавляет организм от излишков спиртного и не дает пьющему наращивать дозы алкоголя. Поэтому предел переносимости при бытовом пьянстве ограничен, а показателем предела толерантности служит рвотная реакция.

При переходе бытового пьянства в алкоголизм, когда утрачен рвотный рефлекс, толерантность растет ускорен-

ными темпами и в дальнейшем изменяется уже по иным закономерностям, свойственным алкогольной болезни.

Имеет значение именно кратность приобретенной толерантности по отношению к изначальной. Одним из признаков перехода бытового пьянства в алкоголизм является увеличение толерантности в 3–4 раза. Например, если раньше подросток пьянел от банки пива или бокала вина, то теперь он может выпить уже втрое-вчетверо больше.

Толерантность – не только количество спиртного, которое может выпить человек, но и эффект, который этой дозой вызывается. При дальнейшем росте толерантности те дозы, которые на этапе бытового пьянства вызывали тяжелое опьянение с рвотной реакцией, теперь вызывают среднюю степень опьянения.

О росте переносимости спиртного говорит и то, что человек переходит с более слабых алкогольных напитков на более крепкие, причем это, в свою очередь, приводит к еще большему росту толерантности. Начиная выпивать, подростки обычно предпочитают пиво или легкое вино, затем переходят на водку или дешевые крепленые вина.

Следующий симптом алкоголизма называется **изменением формы потребления алкоголя – систематическим приемом алкоголя.**

При бытовом пьянстве форма потребления алкоголя еще может быть эпизодической и частота выпивок зависит не от самого человека, а от внешних обстоятельств, например, от того, как часто принято собираться в их компании для совместного употребления спиртного. С началом алкоголизма прием спиртного становится систематическим, причем это происходит по инициативе самого пьющего, если даже он сам этого не осознает.

Систематическая форма потребления алкоголя – не обязательно ежедневная. Ежедневной она становится уже во второй стадии алкоголизма. А в первой стадии устанавливается определенная регулярность, система в потреблении спиртного.

Под влиянием каких-либо внешних факторов возможны перерывы, но обычно непродолжительные. После определенного промежутка времени прием спиртного возобновляется – причиной этого обычно является актуализация влечения к алкоголю.

Таким образом, признаками перехода бытового пьянства в алкоголизм являются:

- 1) тяга (патологическое влечение) к алкоголю;

2) потеря контроля за мерой выпитого (утрата количественного контроля);

3) исчезновение защитного рвотного рефлекса при приеме чрезмерных доз;

4) увеличение переносимости спиртного (толерантности) в 3–4 раза по сравнению с изначальной;

5) систематическое потребление алкоголя.

Если появились первые симптомы алкоголизма, то неминуемо возникнут и другие. Такова закономерность любого заболевания, а то, что алкоголизм является болезнью, а не дурной привычкой, – это бесспорный факт.

Глава 4

СТАДИИ АЛКОГОЛИЗМА

Начало алкоголизма – появление ранних признаков, описанных в предыдущей главе.

Наркологи никогда не ставят диагноз по одному из симптомов; всегда рассматривается их совокупность. Не бывает такого, чтобы вчера человек еще был бытовым пьяницей, а сегодня проснулся уже алкоголиком. Все симптомы развиваются постепенно. И вместе с тем все они взаимосвязаны: возникновение одного симптома влечет за собой появление следующего, а тот, в свою очередь, обуславливает появление новой симптоматики. И так далее.

На первой стадии алкоголизма порой бывает трудно решить, что это – бытовое пьянство или уже алкоголизм, потому что пьющий человек, как правило, скрывает или значительно преуменьшает степень своего злоупотребления алкоголем. Этот симптом называется **диссимуляцией**. Диссимуляция противоположна симуляции, когда придумываются несуществующие проявления мнимой болезни. При диссимуляции, наоборот, утаиваются симптомы существующей болезни.

Это не просто лживость (хотя она тоже присуща больным алкоголизмом, но чаще на более поздних стадиях болезни как свидетельство алкогольного изменения личности). Это узконаправленный симптом, когда утаивается именно то, что имеет отношение к пьянству. Лживые пациенты могут приврать по любому поводу, если им это выгодно, а подчас и без явной выгоды.

Во-первых, больные алкоголизмом обычно преуменьшают дозы и частоту приема. Причем пациента ничуть не смущает явное несоответствие сказанного им действительному положению вещей и он не задумывается о том, что его слова легко проверить и опровергнуть.

Во-вторых, такие больные диссимилируют свою тягу (влечение) к алкоголю.

В-третьих, больные категорически отрицают утрату контроля за мерой выпитого, поскольку этот симптом в их понимании точно свидетельствует об алкоголизме. Несмотря на регулярные передозировки и случаи тяжелого опьянения, больной заявляет, что «меру знает» и пьяным не бывает.

Симптом, который больные алкоголизмом обычно не считают нужным скрывать, – это утрата рвотного рефлекса (потому что они не знают о его диагностическом значении).

Как и при любой другой болезни, симптомы алкоголизма меняются с течением времени и заболевания. При алкоголизме выделяют три последовательные стадии.

ПЕРВАЯ СТАДИЯ АЛКОГОЛИЗМА

На первой, начальной стадии алкоголизма происходят и количественные и качественные изменения. Учащаются выпивки, употребление спиртного становится систематическим. Увеличивается количество спиртного, которое человек может выпить, – в 5 и более раз по сравнению с изначальной толерантностью. Переносимость алкоголя возрастает гораздо быстрее, чем на этапе бытового пьянства, поскольку уже нет защитного рвотного рефлекса, который защищал бы организм от чрезмерных доз. Появляется устойчивость не только к дозе, но и к частоте употребления спиртного, поскольку организм приспосабливается (адаптируется) к действию алкоголя.

Здоровый человек, выпив лишнее накануне, утром испытывает отвращение к спиртному; даже его запах может вызвать позыв к рвоте. Таким образом организм защищается от продолжения употребления алкоголя. Утреннее отвращение к спиртному – это тоже защитная реакция организма, как и рвотный рефлекс.

А у больного алкоголизмом чувство отвращения к спиртному исчезает, и уже на первой стадии он может позволить себе выпить не только вечером, но и утром, хотя

на этой стадии еще нет потребности опохмелиться. Чем больше пьющий будет насиловать свой организм, ломая механизмы его защиты, тем быстрее развивается заболевание.

Из-за того что организм приспосабливается к постоянному воздействию алкоголя, эффект прежней дозы угасает. Чтобы достичь желаемой степени опьянения, алкоголик наращивает дозы спиртного, и толерантность быстро нарастает. Первую стадию алкоголизма еще называют стадией возрастающей толерантности. Переносимость спиртного достигает своего максимума к концу первой стадии и во второй стадии стабилизируется.

Уже на первой стадии меняется картина опьянения.

Нормальное (физиологическое) действие небольших доз алкоголя на здорового человека – успокаивающее (релаксирующее, седативное). Мышцы расслаблены, человек испытывает чувство общего успокоения, настроение приятно-благодушное, ничто не раздражает, все хорошо.

А у больного алкоголизмом седативный (успокаивающий) эффект исчезает и проявляется активирующее, стимулирующее действие алкоголя. Выпивший становится активным, не может усидеть на месте, стремится чем-то заняться. У подростков такая активность непродуктивна – они бесцельно шатаются по улицам, задирая прохожих, могут затеять беспричинную драку, совершить противоправные действия.

В опьянении становятся более рельефными черты характера пьющего. Вспыльчивый подросток становится еще более возбудимым, не терпит замечаний, все принимает на свой счет, по малейшему поводу дает бурную реакцию. Склонный к рассуждению, становится еще более многословным, его речь – бессмысленное мудрствование о проблемах, которые его совершенно не касаются. Необщительные подростки в опьянении становятся угрюмыми, мрачными, еще более замкнутыми и немногословными. Подросток, любящий привлекать к себе всеобщее внимание, еще больше играет на публику, хвастается мнимыми успехами. Он не дает другим вставить ни слова, не замолкает ни на минуту и на все готов, лишь бы быть в центре внимания. У подростков с неустойчивым настроением проявления их эмоций становятся еще более бурными, утрированными.

Провалы в памяти – один из характерных симптомов алкоголизма. На первой стадии они проявляются в срав-

нительно легкой форме. Подросток не может отчетливо и последовательно рассказать о периоде опьянения, не может вспомнить отдельные детали, эпизоды, но основные события, происходившие в период опьянения, помнит. Или воспоминания о периоде опьянения смутные, неотчетливые, все происходившее как бы в тумане. Этот симптом называется **палимпсестом**, он возникает после опьянения средней глубины. А при глубоком опьянении возникает более тяжелый симптом; он называется **амнезией** или **блэкаут**. Больной алкоголизмом не может вспомнить целый период, нередко довольно продолжительный. До определенного момента он помнит, где, с кем он начал выпивать, а дальше ничего не может вспомнить – что натворил в пьяном состоянии, как добрался домой или оказался в незнакомом месте. Это и есть провалы в памяти, или амнезии, – грозный симптом, который указывает на то, что алкоголь разрушающе действует на центральную нервную систему.

Раннее появление провалов памяти – плохой признак для прогноза заболевания и чаще всего свидетельствует о злокачественном течении алкоголизма. На первой стадии амнезии обычно возникают только после тяжелого опьянения. Дальше они становятся постоянными и на второй и третьей стадиях возникают после каждого опьянения.

При сформированном алкоголизме симптомы объединяются в комплексы; комплекс взаимосвязанных симптомов называется **синдромом**.

Ранее уже говорилось об **измененной реактивности организма** – это синдром, который включает несколько симптомов, а именно:

- 1) утрату защитного рвотного рефлекса;
- 2) утрату чувства отвращения к спиртному по утрам;
- 3) изменение формы потребления алкоголя – переход от эпизодического к систематическому потреблению;
- 4) способность организма нормально функционировать при многодневном потреблении спиртного;
- 5) изменение проявлений опьянения (исчезновение успокаивающего действия алкоголя и появление активирующего, стимулирующего эффекта, утрированное проявление черт характера в опьянении).

Второй важный синдром, который появляется на первой стадии алкоголизма, **синдром психической зависимости**. Проявляется зависимость психического состояния человека от присутствия или отсутствия в его организме алкоголя. Сформировавшись на начальной стадии алко-

голизма, этот синдром в дальнейшем существует на всем протяжении заболевания.

Синдром психической зависимости включает два симптома:

1) психическое влечение к алкоголю (первичное патологическое влечение);

2) способность ощущать психический комфорт только в состоянии опьянения.

Все проявления алкоголизма (они называются клинической картиной заболевания) на первой стадии определяются этими двумя синдромами. На следующих стадиях возникают новые симптомы и синдромы и клиническая картина алкоголизма усложняется и утяжеляется.

Рассмотрим более подробно проявления психической зависимости.

Интенсивность психического влечения (тяги) к алкоголю прогрессивно нарастает. В трезвом состоянии все мысли сконцентрированы на том, как бы выпить. Человек активно ищет выпивки, придумывает массу уловок, не пропускает ни одной возможности. Если выпить не удастся, то это вызывает недовольство, чувство неудовлетворенности, плохое настроение, когда ничто не радует, все раздражает. Это состояние называется психическим дискомфортом.

Только состояние опьянения оценивается положительно, а все остальное больному уже неинтересно. Если нет возможности выпить, он не может и не хочет ничего делать, все валится у него из рук, нет желания заниматься любым полезным делом. Но как только появляется возможность выпить, человек сразу оживляется, его настроение повышается. Бросив все дела незаконченными, он мчится к приятелям-собутыльникам.

В этом и проявляется психическая зависимость от алкоголя. В трезвом состоянии человек чувствует себя дискомфортно, а в опьянении ощущает полный психический комфорт.

Постепенно перестраивается система личностных ценностей, прежние увлечения, если таковые были, перестают интересовать. Положительно оценивается лишь все, что связано с выпивкой, а все остальное раздражает.

С началом алкоголизма механизмы, обеспечивающие физиологический контроль за мерой выпитого, уже нарушены – рвотный рефлекс утрачен, чувства отвращения к спиртному наутро нет, и переносимость алкоголя начинает быстро возрастать.

Подросток, больной алкоголизмом, может позволить себе принимать большие дозы, поскольку его организм уже не протестует против этого, и наконец, рано или поздно, превышает «пороговую» дозу, после которой появляется неодолимое влечение к алкоголю и пьющий уже не в состоянии контролировать дальнейшее потребление спиртного.

Но как бы ни возросла переносимость спиртного, она имеет свои пределы. И когда подросток превышает предел собственной переносимости спиртного, возникает **передозировка**. Это тяжелое опьянение с выраженными нарушениями сознания без своевременно оказанной медицинской помощи может закончиться трагически. Если дело до этого не доходит, то на определенной дозе подросток «отключается» и засыпает тяжелым беспробудным сном. Чем чаще такие передозировки, тем быстрее нарастает переносимость спиртного, появляются новые симптомы заболевания, и оно развивается ускоренными темпами.

На первой стадии алкоголизма утреннего похмелья еще нет. Но утром человек с трудом просыпается, в течение дня ощущает себя вялым, разбитым, любая физическая и интеллектуальная нагрузка его утомляет, настроение плохое и легко меняется, он раздражителен и нетерпелив. Нарушается сон – он с трудом засыпает, сон некрепкий. Этот комплекс симптомов называется **астеническим синдромом** и длится от нескольких дней до 3–4 недель после прекращения употребления спиртного.

Потребности в опохмелении еще нет (она будет во второй стадии), но если утром подросток по совету более «опытных» приятелей немного выпьет, его общее состояние улучшится, и все неприятные симптомы исчезнут.

Длительность первой стадии алкоголизма различна. У взрослых она составляет 3–5 лет, у подростков ее продолжительность сокращается до 1–2 лет.

Дальнейшее развитие алкоголизма зависит от нравственно-этических установок, способности контролировать потребление алкоголя в зависимости от ситуации. Чем больше факторов, сдерживающих пьянство, чем выше способность критически относиться к себе, тем медленнее развивается алкоголизм.

Все вышесказанное в большей мере относится ко взрослым людям. Если несовершеннолетний попал в пьющую компанию – будь то его сверстники или взрослые пьяницы, – то о критическом отношении к собственному поведению речи не идет. Дальнейшая массивность потребления спиртного зависит от окружения.

Взрослый человек на этой стадии еще может себе сказать: «Стоп! Пора завязывать» – и покинуть пьющий круг. Подросток этого сделать не может. Если в его компании все пьют часто и помногу, он будет продолжать пить. Это связано и с типичными для такого возраста реакциями имитации и группирования со сверстниками. Что делают все в его компании, то же самое делает и каждый член подростковой группы.

Взрослый человек может найти иной круг общения, заняться чем-либо, уйти с головой в работу. Подросток всего этого сделать обычно не в силах. Если компания сформировалась из его одноклассников, он не может уйти из этого класса. Если пьют ребята с его двора, он не может переехать в другой район или прятаться от них, отсиживаясь дома. Он даже не может завести другого друга. Прежние приятели не оставят его в покое. Они могут и избить его, если он попытается покинуть их круг. Таких случаев немало.

Лишь немногие школьники способны покинуть пьющую компанию. Но в этом им должны помочь взрослые – родители, педагоги, сотрудники детской комнаты милиции.

Оптимальным было бы обследовать всю пьющую компанию у нарколога. Наверняка у некоторых из них уже сформирован алкоголизм и они нуждаются в наркологическом лечении. Остальных подростков необходимо любыми путями оградить от влияния больных алкоголизмом.

ВТОРАЯ СТАДИЯ АЛКОГОЛИЗМА

Началом второй стадии является возникновение **неодолимого влечения** к алкоголю. Если на первой стадии такое влечение может возникнуть только в состоянии опьянения при превышении «пороговой» дозы, то во второй стадии **неодолимое влечение** (его еще называют **компульсивным**) возникает и в трезвом состоянии. Термин «компульсивный» происходит от английского слова «compulsion» – принуждение; это означает, что влечение вынуждает, принуждает больного продолжать прием алкоголя. Влечение к алкоголю уже не зависит от ситуации. Оно существует постоянно. Борьбы мотивов «выпить» или «не выпить» уже нет. Больной не в состоянии преодолеть влечение, да и не стремится это сделать.

На второй стадии алкоголизма больного уже не удовлетворяет та частота приема и те дозы спиртного, которые

приняты в его кругу. Ему мало этого, он ищет новых собутыльников и находит таких, которые пьют столько же, сколько и он сам, или еще больше.

Количество потребляемого спиртного, достигнув максимума в конце первой стадии, на второй стадии остается стабильным и больше не повышается. Поэтому эту стадию еще называют стадией устойчивой толерантности.

На этой стадии заболевания еще больше изменяется состояние опьянения: успокаивающий эффект полностью исчезает и алкоголь оказывает стимулирующее действие. Сон наступает лишь после приема большой дозы спиртного. Вместо веселья и благодушия в опьянении возникают раздражительность, недовольство, беспричинная злоба и агрессия. Такое опьянение называется **дисфорическим**, т. е. состоянием, противоположным **эйфории** – беспечному благодушию, которое свойственно первой стадии алкоголизма. По незначительному поводу подросток, больной алкоголизмом второй стадии, может наброситься с кулаками на родителей, брата, сестру, незнакомых людей, прохожих, может подраться и со своим собутыльником. В пьяном виде он может вступить в драку даже с человеком, физически намного более сильным, или оказать бессмысленное сопротивление сотрудникам правоохранительных органов.

Амнезии (провалы в памяти) становятся регулярными и возникают практически после каждого опьянения не только глубокой, но и средней степени.

На этой стадии больного алкоголизмом юнца устраивает только глубокая степень опьянения. Способность переносить высокие дозы и отсутствие защитных реакций приводят к тому, что если у него достаточно спиртного или денег на его приобретение, то практически каждый раз он напивается до тяжелого опьянения. Если денег недостаточно, он переходит на более дешевые спиртные напитки, а то и сознательно пьет спиртное с плохой степенью очистки, содержащее большое количество сивушных масел, поскольку это вызывает более глубокое опьянение, или же мешает крепкие спиртные напитки и слабые, например водку с пивом или дешевым вином, «чтобы быстрее и крепче взяло». То, что наутро он проснется в тяжком похмелье, его не очень беспокоит, поскольку это будет завтра, а «хорошенько» выпить хочется сегодня. Если нет возможности достать спиртное, он может пить суррогаты, любые спиртосодержащие технические жидкости, нисколько не беспокоясь о последствиях. У меня был больной, который

выпил спиртовую морилку для дерева, и все его кожные покровы, язык, белки глаз приобрели жуткий бордово-фиолетовый цвет с различными переливами. Но это его ничуть не смущало, он с удовольствием демонстрировал себя студентам и сообщал им, что у него и «моча синяя, и плачет синими слезами, и внутри все синее».

Из-за употребления суррогатов могут возникнуть тяжелые отравления, которые без помощи врача-реаниматолога и токсиколога могут закончиться смертью.

На этой стадии алкоголизма возникает похмельный синдром и потребность в опохмелении.

Похмельный синдром – один из наиболее рельефных симптомов алкоголизма, его еще называют **алкогольным абстинентным синдромом** или **алкогольной абстиненцией**.

Термин «абстиненция» происходит от латинского «abstinentia» – воздержание, «abs» – отсутствие. Суть его состоит в том, что организм, перестроившись под влиянием длительного и массивного употребления алкоголя, уже не может без него нормально функционировать, и возникает физическая (а не только психическая, как на первой стадии) потребность в алкоголе. Если прием спиртного резко прекращается, организм бурно реагирует, не получая того, что уже является насущной необходимостью.

На второй стадии алкоголизма к уже имеющимся синдромам измененной реактивности и психической зависимости присоединяется и синдром физической зависимости. Он означает зависимость физического (а не только психического, как на первой стадии) состояния от присутствия или отсутствия в организме алкоголя. Этот синдром служит проявлением объективной потребности организма в приеме алкоголя.

В синдром физической зависимости входят следующие симптомы и синдромы:

- 1) непреодолимое (компульсивное) влечение к алкоголю;
- 2) потребность в физическом комфорте;
- 3) алкогольный абстинентный синдром (синдром похмелья).

Влечение к алкоголю столь интенсивно, что полностью определяет поведение. Поведение больного алкоголизмом становится вынужденным, зависимым от влечения. Непреодолимое влечение возникает и в опьянении, и в состоянии похмелья, и в трезвом состоянии. Из-за этого полностью утрачивается не только количественный, но и **ситуационный контроль**. Большой алкоголизмом не

способен отказаться от употребления спиртного даже в неподобающей ситуации. Он может появиться в нетрезвом виде в школе, училище, дома, в общественном месте, может выпить после уроков или на перемене в школьном туалете, а скорее всего, сбежит с уроков или прогуляет занятия. В этой стадии большинство больных алкоголизмом подростков полностью забрасывают занятия – им уже не до учения, все время уходит на то, чтобы раздобыть денег и поскорее выпить.

Потребность в физическом комфорте выражается в том, что только лишь в состоянии опьянения организм алкоголика нормально функционирует – вне опьянения он ощущает вялость, разбитость, телесное неблагополучие, а когда он выпьет, его физическое состояние приходит «в норму».

Похмельный синдром проявляется в следующем. После приема больших доз спиртного (а при дальнейшем развитии заболевания уже и после любой выпивки) больной засыпает тяжелым сном, и его в таком состоянии трудно разбудить. Но ближе к утру сон становится поверхностным, с кошмарными сновидениями. Рано утром (обычно в 5–6 часов утра) больной просыпается от сильной тревоги и страха. Все вокруг пугает и настораживает, в темноте ему страшно, но и при свете не лучше, тени от предметов он принимает за «черного человека», который пришел за ним. Сердце бешено колотится в груди, стучит в голове, он весь в липком горячем поту, руки и ноги как ватные, нет сил, голова болит и кружится, перед глазами черные круги. Он с большим трудом встает. Его качает, пол уходит из-под ног, ему кажется, что он вот-вот упадет, движения неуверенные и замедленные. Он ощущает вялость, сильную слабость, все внутри дрожит мелкой дрожью, трясутся руки, голова, иногда дрожь сотрясает все тело. Во рту неприятный привкус и сухость, язык шершавый, как терка, сильная жажда, тошнота, может быть неоднократная рвота. Аппетит снижен или отсутствует, еда и даже мысли о ней вызывают отвращение и позыв к рвоте, единственное, чего хочется, – это холодного и кислого питья (квас, рассол, минеральная вода). Могут быть боли в сердце, в желудке, артериальное давление повышено, пульс учащен. Психическое состояние тяжелое: настроение пониженное до степени депрессии, тревога, страх, пугливость, беспокойство, раздражительность; могут быть галлюцинации.

В таком состоянии человек не способен ничем заниматься. Все мысли сконцентрированы на том, что надо немедленно опохмелиться; иначе он умрет. Тяга к спиртному неодолима. Весь организм бунтует и настойчиво требует спиртного. Если оно есть под рукой, больной немедленно опохмелится, выпьет все, что подвернется под руку, вплоть до суррогатов. Если спиртного или денег нет, больной алкоголизмом предпримет настойчивые поиски спиртного. Только на это у него есть силы, и ради того, чтобы опохмелиться, он готов на все. Ничто не может остановить его, и, сметая все препятствия, он ринется добывать спиртное, не останавливаясь перед противоправными действиями.

Большинство больных опохмеляются уже с утра, дотерпеть до вечера они не в состоянии. Выпив, алкоголик чувствует облегчение, все симптомы смягчаются или исчезают. Доза спиртного индивидуальна и колеблется от 100 до 250 г крепких спиртных напитков или вдвое большего количества слабых. Если он выпивает минимальную для опохмеления дозу, то похмельные симптомы лишь ослабевают, но полностью не исчезают. Если выпьет больше, чем нужно для опохмеления, то опьянеет и будет продолжать пить дальше.

Доза, которая требуется для опохмеления, зависит от количества выпитого накануне спиртного, его качества, смешения крепких и слабых спиртных напитков, от стадии алкоголизма и тяжести похмелья.

Выпитая доза действует лишь несколько часов (чем длительнее заболевание, тем короче этот период), затем все симптомы похмелья возвращаются, и больной алкоголизмом должен выпить еще, а через несколько часов – еще. И так за день набирается значительное количество, больше, чем выпито накануне. И наутро все возобновляется в еще более тяжелой степени. И так далее. Возникает многодневное пьянство, которое называется **запой**.

Запой – это уже крайне тяжелое проявление алкоголизма. Здесь полностью отсутствует не только количественный, но и ситуационный контроль.

В течение запоя возникают многие психические нарушения и расстройства деятельности внутренних органов. При резком обрыве тяжелого и длительного запоя могут возникнуть тяжелые психические расстройства – галлюцинации и белая горячка (алкогольный делирий), что может привести к смерти.

На второй стадии обрыв запоя обычно происходит в связи с внешними причинами (кончились деньги, родные заперли дома, попал в милицию, но возможность пить дальше есть), а на третьей стадии обрыв запоя возникает потому, что сам больной больше пить не в состоянии.

Алкогольный делирий (белая горячка) – острый алкогольный психоз (делирий в переводе с латинского означает безумие, помешательство), характеризующийся помрачением сознания, нарушением ориентировки в месте и времени, зрительными галлюцинациями, бредом, страхом и возбуждением.

Алкогольный делирий обычно возникает через 2–4 дня после обрыва запоя (реже – во время запоя). Первому приступу делирия обычно предшествует продолжительный запой. В последующем делирий может возникать, уже и после периодов непродолжительного запоя.

Предвестники алкогольного делирия длятся несколько часов, иногда несколько дней. Обычно к вечеру возникают тоска, тревога, депрессия, страх, настроение неустойчиво: страх и тревога чередуются то с благодушно-беспечным настроением, то с апатией. Больной взбудоражен, непоседлив, болтлив. Появляются зрительные иллюзии – обманы восприятия, когда тень от предмета или висящая в углу одежда принимаются за человека, в узорах обоев на стене видятся чьи-то лица. Сон кратковременный, поверхностный, с кошмарными сновидениями.

Затем наступает полная бессонница. Усиливаются беспокойство, тревога и страх. Появляется самый яркий симптом делирия – зрительные галлюцинации (обманы восприятия). Видения отражают то, что когда-то пугало больного, – в старину во время делирия верующие люди видели чертей, теперь видят бандитов, террористов, грозящих оружием. Видения самые разнообразные – полчища насекомых, которые лезут на больного, крысы, мыши, змеи, рыбы, мертвецы, отвратительные чудовища, фантастические животные, человекоподобные существа, мерзкие лица, которые корчат рожи и дразнят. Иногда зрительные галлюцинации лишены объемности – «кино на стене». Могут быть и галлюцинации в виде проволоки, нитей, паутины. Они то приближаются, то удаляются, меняются в размерах, калейдоскопически сменяют друг друга. Возможны сценopodobные галлюцинации, отражающие определенную ситуацию, например выпивку.

Движения и мимика больного отражают галлюцинации и его эмоциональное состояние. Он стравливает с себя

«мерзких насекомых», сбивает их с предметов, отталкивает от себя мелких животных, выпутывается из паутины, защищается от устрашающих видений руками, забивается в угол кровати, пытается спрятаться, присматривается, прислушивается, заглядывает под кровать, что-то ловит на себе или на одеяле, давит насекомых.

Характерный симптом – ощущение инородного тела во рту. Больной пытается выплюнуть его, вынуть пальцами, тянет бесконечный волос изо рта (это называется **тактильными галлюцинациями**). Одновременно возникают и **слуховые галлюцинации**, связанные со зрительными: больной алкогольным делирием слышит шорох от ног мелких животных, шипение змей, крики и угрозы бандитов.

Все галлюцинации больной принимает за реальность. На лице растерянность, страх, ужас; больной может внезапно броситься бежать, выпрыгнуть из окна, может сам напасть на других людей, защищаясь от мнимых врагов. Возможен бред преследования или физического уничтожения. Речь отрывистая, выкрики связаны с характером видений и переживаний, больной обращается к мнимым или реальным собеседникам. Он не знает, где находится и сколько сейчас времени (**дезориентировка в месте и во времени**), но правильно называет свое имя, фамилию и прочие данные о себе (**ориентировка в собственной личности сохранена**).

Состояние больного алкогольным делирием заметно ухудшается к вечеру и ночью, особенно в неосвещенном помещении. Утром и днем состояние несколько улучшается, но без лечения к вечеру симптомы возобновляются. Возможны периоды, когда все симптомы ослабевают или полностью исчезают (их называют **люцидными промежутками**), и больной может рассказать о своих галлюцинациях.

В течение всего периода делирия у больных нарушен сон.

Алкогольный делирий сопровождается дрожанием мышц (поэтому раньше его называли **дрожательным делирием**), чередованием озноба и потливости, учащенным сердцебиением, повышением температуры тела и артериального давления, увеличением печени, желтушностью глазных склер, бледностью кожи (поэтому делирий раньше называли **белой горячкой**). Характерна потливость со специфическим запахом – как от давно не мытых ног.

Делирий – крайне тяжелое состояние, требующее неотложной психиатрической и реанимационной помощи. В

тяжелых случаях температура тела достигает 40 градусов и выше, нарастает обезвоживание организма, повышение уровня азота в крови, лейкоцитоз и увеличенная СОЭ. Тяжелые варианты делирия – мусситирующий (бормочущий), когда речь состоит из маловнятного бормотания.

Без своевременной медицинской помощи делирий может закончиться смертью. При благоприятном исходе длительность делирия составляет от 2 до 5 дней, но может затянуться и на 2–3 недели. Выздоровление наступает, если удастся нормализовать сон. После глубокого продолжительного сна больной может проснуться в ясном сознании. В течение длительного времени после окончания делирия он ощущает вялость, слабость, разбитость, подавленность.

Период психоза больной помнит избирательно: хорошо помнит свои галлюцинации и переживания, хуже – реальные события, происходившие вокруг, и свое поведение.

Выше описан наиболее тяжелый вариант похмельного синдрома и запоя, который наблюдается уже в конце второй стадии алкоголизма. В начале этой стадии возможны не все вышеописанные симптомы, а часть их, и в более легкой форме. Но с течением времени все симптомы похмелья утяжеляются.

На второй стадии алкоголизма появляются заметные изменения характера больного, которые называются алкогольным изменением личности. Больные алкоголизмом становятся лживыми, эгоистичными, черствыми, грубыми, а иногда и жестокими. Все прежние интересы и привязанности угасают. Некоторые становятся апатичными, ко всему безразличными и оживляются лишь при предстоящей выпивке.

Постепенно нарастает **алкогольная деградация личности**. Ухудшается память, интеллектуальные способности резко ослабевают, больной не способен к интеллектуальным видам деятельности, к обучению.

Длительность второй стадии у взрослых составляет 8–13 лет, у подростков – 3–5 лет.

Смерть больного может наступить уже на этой стадии – в состоянии тяжелой абстиненции (похмелья), при длительном запое («смерть от опоя»), при тяжелом алкогольном делирии – из-за самих тяжелых нарушений, свойственных этому психозу, или из-за травм, полученных при попытке бегства больного от мнимых преследователей, когда он выпрыгивает из окна или попадает под движу-

щийся транспорт, а также из-за тяжелых заболеваний внутренних органов как следствия злоупотребления алкоголем. Многие кончают самоубийством.

В этой стадии алкоголизма помочь больному может только врач-нарколог.

Риск, что больной даже после проведенного наркологического лечения снова начнет пить, очень высок. Даже у взрослого больного алкоголизмом на этой стадии утрачиваются все прежние жизненные ценности, а у несовершеннолетнего и подавно, поскольку они еще окончательно не сформировались. Поэтому подросток, больной алкоголизмом, – это постоянная угроза для всех сверстников. Он сорвется сам и потянет за собой других ребят.

ТРЕТЬЯ СТАДИЯ АЛКОГОЛИЗМА

Эту стадию также называют конечной или энцефалопатической. Началом этой стадии является снижение переносимости спиртного (толерантности). Сначала снижается разовая доза, которую больной алкоголизмом может выпить, и опьянение наступает от меньших, чем раньше, доз спиртного. Но некоторое время суточная доза остается прежней, затем и она снижается. В течение этой стадии количество спиртного, от которого больной пьянеет, снижается все больше.

Многие алкоголики в этой стадии из-за снижения выносливости к спиртному переходят с крепких спиртных напитков на крепленые вина. Часты случаи употребления суррогатов с последующим тяжелым опьянением.

Форма потребления алкоголя систематическая или запойная. В промежутках между запоями человек испытывает слабость, разбитость, настроение сниженное с преобладанием беспричинно злобного или тоскливого. Предзапойный период характеризуется сновидениями с алкогольной тематикой.

В течение всего запоя больной находится в состоянии почти непрерывного тяжелого опьянения. Но с каждым последующим днем тяжелое опьянение наступает от все меньших доз алкоголя. Все больше утяжеляется общее состояние – нарастает слабость, головокружение, одышка, аппетит отсутствует, часто бывают рвоты. Возникает общее истощение. Нарушается сердечный ритм и ритм дыхания, артериальное давление снижено, постоянны потливость и дрожание рук и головы, походка неуверенная, мышечная сила снижена, часты судороги мышц рук и ног.

В течение запоя нарастают непереносимость алкоголя и отвращение к нему. Попытки выпить вызывают рвоту. Общее состояние после приема спиртного еще больше ухудшается. Возникают судорожные припадки, напоминающие эпилептические, а также алкогольные психозы.

На третьей стадии запой обрывается из-за того, что наступает непереносимость спиртного и больной больше не может пить.

После обрыва запоя в течение определенного периода времени больной «выхаживается» и интенсивность влечения к алкоголю невелика. Когда его состояние становится немного лучше и отвращение к спиртному исчезает, влечение вновь актуализируется, приобретает неодолимый характер и снова возникает запой.

Чем больше снижается переносимость спиртного, тем короче становятся запои и больше времени требуется для восстановления в межзапойный период.

Похмельный синдром (алкогольная абстиненция) на этой стадии гораздо тяжелее, чем на второй стадии.

На третьей стадии алкоголизма усиливаются прежние изменения личности и появляются новые. Наиболее рельефный признак – нравственное огрубение. Полностью утрачиваются эмоциональные привязанности. Грубость, цинизм, безудержная злоба и агрессия – обычные черты для алкоголиков этой стадии. Теряется интерес ко всему, что не связано с выпивкой. Одновременно стираются прежние черты характера, и все больные с третьей стадией алкоголизма становятся похожи друг на друга.

Нарастает алкогольная деградация личности. Появляются и усиливаются признаки **алкогольной энцефалопатии**. Это поражение головного мозга, характеризующееся дистрофическими изменениями и стойкими и необратимыми психическими нарушениями. Прогрессируют расстройства памяти и интеллектуальных функций, интеллект снижается. Нарастают пассивность, вялость, безразличие ко всему, кроме выпивки.

Алкогольные психозы в этой стадии значительно учащаются. Алкогольный делирий возникает повторно, может наблюдаться и на высоте запоя, и после его обрыва. Наряду с острыми алкогольными психозами возникают и хронические.

Прогноз неблагоприятный. Смертность больных с третьей стадией алкоголизма высока – и из-за прогрессирующего истощения всех органов и систем организма, и из-за

множества заболеваний внутренних органов, и из-за тяжести похмелья и запоев, во время которых происходит декомпенсация и обострение всех имеющихся заболеваний, а также из-за тяжелых депрессий и самоубийств.

Глава 5

ОСОБЕННОСТИ АЛКОГОЛИЗМА У ПОДРОСТКОВ

Как уже говорилось, сам факт употребления спиртного в подростковом возрасте – уже патология, независимо от количества принятого алкоголя. Прием доз, даже невысоких для взрослого человека, является чрезмерным для подростка и приводит к алкогольному отравлению.

У взрослых вначале бывает этап умеренного потребления алкоголя, а затем наступает злоупотребление (бытовое пьянство). Несовершеннолетние уже с самых первых этапов начинают злоупотреблять спиртным; у многих из них регулярно бывает тяжелая алкогольная интоксикация с рвотой и потерей сознания.

Стремясь избежать насмешек других членов группы, подростки начинают «тренировать» себя спиртным. При появлении тошноты и позыва к рвоте они убегают подальше, чтобы их не увидели, и после прекращения рвоты снова присоединяются к сверстникам и продолжают пить с ними. Некоторые ребята заранее уходят и вызывают рвоту искусственно, чтобы иметь возможность пить дальше.

Тяжелые степени опьянения часто сопровождаются нарушением сознания. Это состояния, требующие медицинской помощи, и нередко такие подростки попадают в токсикологические отделения больниц с алкогольным отравлением. Без медицинской помощи возможен смертельный исход.

После передозировок с тяжелыми формами нарушения сознания возникают амнезии – подросток не может вспомнить произошедшего или помнит лишь самое начало выпивки. Раннее появление амнезий – плохой признак с точки зрения прогноза. Амнезия – это всегда следствие нарушения сознания и соответственно повреждения головного мозга. Даже однократная амнезия – грозный симптом,

который свидетельствует о неблагополучии центральной нервной системы. А если это частое явление и амнезии бывают длительными, то тем более. Понятно, что такие тяжелые нарушения в столь юном возрасте неизбежно сказываются на его интеллекте и дальнейшем психическом развитии.

Пьющих подростков не пугают случаи передозировок с последующей амнезией, и это, как правило, не удерживает их от дальнейшего приема спиртного. На этом этапе влечения к алкоголю еще нет. Они регулярно напиваются «до рвоты» и тяжелого опьянения не из-за того, что сознательно хотят достичь именно этого эффекта, а из стремления не отставать от других членов группы, среди которых всегда есть более «опытные» и более выносливые.

Хотя подростков, как правило, не страшат тяжелое опьянение и его последствия, но не этого эффекта они ждут от алкоголя. Если бы это зависело от их собственной воли, а не от требований других членов группы, на этом этапе они вполне могли бы остановиться на той степени опьянения, которая вызывает у них веселье и активность. Я не слышала от подростков, что им самим хотелось напиться до «полной отключки». Обычно они говорят: «Так получилось, я не знал, все пили, и я пил».

В результате регулярного потребления спиртного, утраты рвотного рефлекса и возрастания переносимости алкоголя начинает формироваться влечение к нему. У подростков формирование всех симптомов алкоголизма происходит очень быстро, и отрезки времени между появлением все новых симптомов непродолжительны. Многие симптомы возникают гораздо раньше, чем при типичном алкоголизме взрослых.

Влечение к алкоголю проявляется в том, что подростку начинает нравиться состояние опьянения как состояние веселья, интересных «приключений». Они редко сидят и напиваются, как взрослые алкоголики. Выпив, ребята становятся активными, их «тянет на подвиги», и именно это им особенно нравится.

Подростки и в трезвом состоянии не всегда способны контролировать свое поведение, а уж в состоянии опьянения – тем более. И здесь можно ожидать любых чрезвычайных происшествий. Драки, беспорядочные половые связи, изнасилования, кражи, грабежи и другие криминальные действия в состоянии опьянения несовершеннолетние совершают ничуть не реже (если не чаще), чем взрослые.

Делинквентное поведение практически всегда связано с употреблением спиртного. Учащиеся начинают прогуливать занятия, грубят учителям и родителям, задирают более слабых, зная, что за их спиной стоит их группа и ощущая себя сильными и непобедимыми, изыскивают всевозможные способы добывания денег на спиртное. А поскольку легальным способом они добыть их не могут, рано или поздно пьющие подростки решаются на криминальные действия. Совершив преступление и оставшись безнаказанными (как нередко бывает), они без всяких опасений вновь совершают противоправные поступки.

Многие родители «прозревают» и узнают о поведении сына или дочери только после задержания их работниками правоохранительных органов.

В целом проявления алкоголизма у подростков отличаются от алкоголизма взрослых – и ускоренным развитием, и атипичностью многих проявлений.

Психиатры считают, что между возрастом, когда начинается злоупотребление алкоголем, и тяжестью алкоголизма существует пропорциональная зависимость – чем раньше начинается потребление алкоголя, тем тяжелее протекает заболевание. Алкоголизм у несовершеннолетних формируется в 2–4 раза быстрее, чем у взрослых.

Если у взрослых запои возникают обычно на второй, иногда на третьей стадии алкоголизма, то у подростков многодневное пьянство возможно уже в первой стадии. Регулярные передозировки с тяжелым опьянением тоже возникают уже на первой стадии. Похмельный синдром формируется быстро – через 1–3 года систематического пьянства. У взрослых алкоголиков похмельный синдром формируется в течение нескольких лет и вначале проявляется соматическими (телесными), а уже потом психическими нарушениями, а у подростков формирование абстинентного синдрома занимает несколько месяцев и с самого начала появляются психические нарушения – раздражительность, вспыльчивость, злобность, депрессия, мрачность, угрюмость, тревога, ночные кошмары и страхи, галлюцинации, судорожные припадки. Абстинентный синдром у них более длительный, чем у взрослых.

Гораздо быстрее, чем у взрослых, наступает и прогрессирует психическая деградация. Пьющие подростки тупеют, их интеллектуальное развитие значительно отстает от возрастных норм, они не способны концентрировать внимание и усваивать новый материал, быстро прогрессиру-

ют нарушения памяти. Подростки становятся апатичными, ко всему безразличными, кроме выпивки, как взрослые алкоголики на третьей стадии. Они отстают от сверстников в общем физическом развитии и росте, худеют, кожа у них приобретает серовато-бледный цвет, вялая, могут появиться преждевременные признаки одряхления – некоторые пристрастившиеся к алкоголю учащиеся выглядят, как маленькие старички. У большинства из них развиваются малокровие, гастрит, различные эндокринные нарушения и заболевания внутренних органов.

В целом прогноз алкоголизма у подростков неблагоприятный на любой стадии. Они очень трудно поддаются лечению, да большинство их и не хочет лечиться. В наркологической больнице они постоянно нарушают лечебный режим, при малейшей возможности выпивают или переходят на прием наркотически действующих средств. Чаше, чем взрослые алкоголики, они погибают от несчастных случаев, в драках, бывают и самоубийства.

Глава 6

ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЕ ТЕЧЕНИЕ АЛКОГОЛИЗМА

Алкоголизм – это динамический (развивающийся) процесс. В его формировании и дальнейшем течении принимают участие многие факторы – конституциональные, биологические, психологические, микросоциальные и социальные.

В зависимости от сочетания этих факторов течение алкоголизма может быть различным – типичным («классическим»), ускоренным или замедленным. Замедленного течения алкоголизма у подростков не бывает. Типичное течение свойственно тем, кто начал пить в юношеском возрасте, а в 25–30 лет уже имеет все клинические проявления болезни, признаки алкогольной деградации личности и социальной декомпенсации. Самым опасным, безусловно, является злокачественное (ускоренное) течение заболевания.

При ускоренном течении алкоголизма начальная, первая стадия очень коротка, не более 1–2 лет, вторая продолжается 3–5 лет и очень рано наступает социальная декомпенсация.

Злокачественное течение алкоголизма характеризуется стремительным формированием патологического влечения к алкоголю (в некоторых случаях даже после однократного приема спиртного), отсутствием этапа борьбы мотивов «выпить» или «не выпить» (возникшее влечение сразу, без раздумий реализуется), изначальным отсутствием количественного контроля (т.е. с самого начала пьющий подросток не контролирует количество потребляемого алкоголя и пьет до состояния тяжелого опьянения) или его ранней утратой, систематическими передозировками и последующими амнезиями, появлением неуправляемого поведения уже на начальной стадии алкоголизма и социальными конфликтами.

Ускоренное течение алкоголизма происходит у подростков, у которых еще до начала злоупотребления алкоголем были психические заболевания – психопатия, эпилепсия, последствия черепно-мозговых травм и других заболеваний головного мозга.

Злокачественный вариант алкоголизма всегда сопровождается выраженными нарушениями поведения. Это скоро замечают окружающие. Вокруг таких подростков создается конфликтная обстановка – они пренебрегают общепринятыми правилами поведения и ни с кем не считаются. У многих нравственно-этические понятия отсутствуют изначально – они не привиты воспитанием. Как правило, это юнцы из среды с низким интеллектуальным и социальным развитием, их родители (один или оба) нередко являются алкоголиками и с детства приобщают ребенка к спиртному.

Даже в своей привычной среде, где многие злоупотребляют спиртным или являются алкоголиками, такие ребята выделяются неконтролируемым поведением.

Некоторые из них начинают злоупотреблять спиртными напитками уже в 10–12 лет. Их притягивают асоциальные компании, состоящие из людей значительно старшего возраста, они с удовольствием слушают рассказы «бывалых» пьяниц и личностей с криминальным прошлым. Их «кумирами» становятся взрослые с явно асоциальными наклонностями, которым они подражают во всем – и внешним видом, и поведением, и неумеренностью в потреблении спиртного.

С самого начала подростки с психической патологией стараются пить помногу, как взрослые члены асоциальной компании, и уже через некоторое время поражают даже их своей жадностью к алкоголю. Они абсолютно неразбор-

чивы в выборе спиртного, пьют все, допивают за взрослыми остатки спиртного, клянчат у них «оставить допить», сознательно мешают алкогольные напитки различной крепости, чтобы опьянение было более глубоким.

Обнаружить появление первых признаков заболевания у больных со злокачественным вариантом алкоголизма сложно. Почти все симптомы возникают практически одновременно: и влечение к спиртному, и утрата количественного контроля, и утрата защитного рвотного рефлекса.

Вместе с тем многие из таких больных недостаточно выносливы к спиртному, особенно те, которые имели в прошлом черепно-мозговые травмы или имеют какую-либо патологию центральной нервной системы (например, перенесли родовую травму, асфиксию в родах, обвитие пуповиной, тяжелые инфекционные заболевания, грипп с высокой температурой в первые три года жизни). Тяжелое опьянение у таких подростков наступает даже от небольших доз алкоголя.

Установить кратность приобретенной толерантности трудно, потому что они не знают ни своей первоначальной дозы, ни теперешней. С самого начала злоупотребления алкоголем они пьют столько, сколько есть спиртного или «до полной отключки».

Передозировки возникают с первых попыток приема спиртного и уже на самых ранних этапах сопровождаются полными провалами в памяти на весь период опьянения. Но это ничуть не пугает таких подростков и не влияет на дальнейшее потребление алкоголя. Они неоднократно попадают в токсикологические отделения больниц с тяжелым алкогольным отравлением. Порой врачам с трудом удается спасти им жизнь. А выписавшись из больницы, эти юнцы вновь напиваются, и бывает так, что в тот же день они вновь попадают в тот же токсикологический стационар с еще более тяжелым отравлением.

При сопоставлении возраста больных, времени начала злоупотребления и симптомов болезни поражает явное несоответствие между имеющейся симптоматикой, ее тяжестью и малой продолжительностью болезни. Тяжелые психические нарушения превалируют над другими проявлениями и последствиями заболевания. Потому этот вариант и называют злокачественным.

Нарушения поведения при злокачественном течении заболевания вынуждают родственников таких больных уже через 1–2 года от начала злоупотребления обращаться за

помощью к наркологу. Но даже в условиях типового наркологического отделения такие подростки резко выделяются среди остальных пациентов. Они не подчиняются медицинскому персоналу, нарушают режим, отказываются от лечения. Если медицинские сестры настаивают, чтобы больной принимал лекарства, он прячет таблетки за щеку или под язык, а потом выплевывает их или вызывает искусственную рвоту. Такие подростки умудряются пить, даже находясь в стационаре (спиртное им приносят тайком их пьющие приятели).

Алкогольный делирий или алкогольный галлюциноз развиваются у таких больных неоднократно; алкогольные психозы сочетаются с судорожными припадками.

Деградация и декомпенсация у подростков со злокачественным течением алкоголизма происходят стремительно и во многих случаях даже опережают по срокам возникновения основные симптомы алкоголизма. Такие подростки бросают учиться, а если их устраивают на неквалифицированную работу, то они не удерживаются ни на одном месте: везде нарушают трудовую дисциплину и пьянствуют. Потом они уже и не пытаются устроиться на работу, попрошайничают. Многие имеют неоднократные судимости, попадают в колонии для несовершеннолетних. Их поведение и безудержное пьянство не выдерживают даже их пьющие родственники, их выгоняют из дома, и они становятся бомжами.

Глава 7

ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О НАРКОМАНИЯХ И ТОКСИКОМАНИЯХ

Многие современные подростки имеют опыт приема наркотиков. Анестезиологи детских хирургических отделений перед тем, как дать наркоз, спрашивают у ребят, не принимали ли они когда-либо наркотики, так как иначе наркоз их не возьмет. И почти все пациенты признаются, что уже пробовали.

Сейчас наркомания среди подростков и молодежи распространяется с катастрофической быстротой.

Причины увеличения числа больных наркоманиями и токсикоманиями следующие.

Во-первых, появились новые формы наркоманий и токсикоманий вследствие того, что наркотики изготавливаются кустарным способом из лекарств или веществ, которые не считаются наркотиками, поэтому легкодоступны.

Во-вторых, из-за «прозрачности» наших границ значительно возросло количество наркотиков, поступающих контрабандными путями из других стран, в частности через бывшие Закавказские и Среднеазиатские республики, откуда идет лавинообразный поток наркотиков из стран Ближнего и Среднего Востока.

Еще несколько лет назад сотрудники правоохранительных органов ежегодно конфисковывали около 200 кг опия, а уже за 11 месяцев 1996 года была конфискована тонна героина и опия. Во время одной лишь операции ФСБ конфисковано 2,5 т марихуаны. А таких операций проведено немало. Но изымается лишь малая толика из той лавины, которая обрушилась на нашу страну. Сколько наркотиков удается тайно провезти и распространить, никому не известно.

В-третьих, увеличился «ассортимент» наркотиков за счет контрабанды. О некоторых из них, в частности о героине, кокаине, ЛСД, подростки раньше знали лишь понаслышке. А теперь эти наркотики регулярно поступают по контрабандным каналам. Соответственно появляются новые формы наркоманий, и увеличивается число больных наркоманиями. В США и других странах, неблагоприятных по наркоманиям, ассортимент наркотиков значительно больше, чем в нашей стране, и не исключено, что со временем они могут появиться и у нас.

В-четвертых, в последнее десятилетие среди детей и подростков стало чрезвычайно популярным злоупотребление многими средствами бытовой химии – вдыхание паров растворителей, лаков, красок, пятновыводителей, бензина, некоторых сортов клея, которые объединены в группу ингалянтов. Эти вещества свободно продаются повсюду, стоят недорого – одного флакона аэрозоля хватает надолго, что значительно дешевле спиртного, а такое опьянение для детей и подростков гораздо привлекательнее, чем алкогольное. Поэтому злоупотребление ими приобрело в подростковых группах характер эпидемии; последствия этого катастрофические.

Существует большое количество веществ, которые называют психоактивными.

Психоактивные вещества – это различные по своей химической структуре средства, которые обладают способ-

ностью изменять настроение, поведение и другие психические проявления человека. Если эти вещества обладают привлекательным для человека действием, то они могут вызвать зависимость от них.

✓ **Зависимость (наркотическая зависимость)** от психоактивного вещества – это сложный феномен, включающий много компонентов, которые будут перечислены дальше. В упрощенном варианте это зависимость психического, а на более позднем этапе и физического состояния человека от присутствия или отсутствия в его организме того или иного вещества.

К психоактивным веществам, способным вызвать зависимость, относятся наркотики, некоторые лекарственные средства, способные оказывать наркотическое действие, а также вещества, не являющиеся наркотиками, но обладающие привлекательным для человека психоактивным действием.

(**Наркотики** – это вещества, включенные в Официальный Перечень наркотиков Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Этот перечень в разных странах различен: одни страны официально признают наркотиками все вещества, включенные в Перечень ВОЗ, другие – не все.)

Например, такие снотворные средства, как барбитураты, у нас многие годы не считались наркотиками, хотя они были включены в Официальный Перечень ВОЗ и признавались наркотиками во всех развитых странах. Эфедрин, из которого наркоманы научились кустарным образом готовить сильнейший стимулятор, входил в состав многих лекарственных средств, которые продавались в аптеках без рецептов и стоили очень дешево. Лишь после того, как злоупотребление кустарно изготовленным стимулятором приняло характер эпидемии, все лекарственные средства, содержащие эфедрин, были взяты под контроль, и эфедрин включен в Перечень наркотиков.

✓ Список веществ, официально признаваемых наркотиками, в нашей стране постоянно пополняется и расширяется

Зависимость от наркотиков называется **наркоманией**.

Остальные психоактивные вещества, не включенные в официальный Перечень наркотиков, но обладающие психоактивным действием, способны вызвать зависимость, называемую **токсикоманией**. В отечественной наркологии их называют наркотически действующими веществами.

Включить все наркотически действующие вещества в Перечень наркотиков невозможно. Уголовное законода-

тельство нашей страны предусматривает уголовную ответственность за приобретение, хранение, изготовление и сбыт наркотиков. Но в широком смысле психоактивным действием обладают и алкоголь, и никотин, и кофеин. Если все психоактивные наркотически действующие вещества включить в Перечень наркотиков, тогда получится, что уголовной ответственности подлежат все люди, которые их покупают, продают и изготавливают, т.е. большинство населения, которое не имеет никакого отношения к проблеме токсикоманий.

Соответственно возникла необходимость разграничения сходных по своим общим закономерностям заболеваний на наркомании и токсикомании. Между этими заболеваниями больше сходства, чем различий, они развиваются по общим закономерностям, а различия в основном состоят в том, что наркомании – это зависимость от наркотиков, а токсикомании – это зависимость от «не наркотиков». То есть разделение на наркотики и «не наркотики» условно и больше имеет юридический, чем медицинский, аспект, тем более что зависимость от многих «не наркотиков» вызывает гораздо более тяжелые нарушения, чем зависимость от наркотиков. Поэтому дальше в тексте мы не будем разделять эти вещества на наркотики и «не наркотики». Как это принято в отечественной наркологии, будем называть все средства, способные вызвать наркотическую зависимость, наркотическими веществами.

Полинаркомания – это зависимость от двух наркотиков (реже – более двух). **Политоксикомания** – зависимость от двух веществ, не признанных наркотиками.

Одновременный (сочетанный) прием двух (реже – нескольких) веществ используется наркоманами и токсикоманами с разной целью. Есть варианты зависимости, когда сочетанный прием двух веществ происходит изначально – для усиления наркотического действия или для увеличения его продолжительности. Прием дополнительного вещества может иметь своей целью нейтрализацию побочных действий основного вещества. Второе вещество может присоединяться при угасании (ослаблении) опьяняющего действия основного вещества, а также при его недостаточном количестве.

Полинаркомания и политоксикомания могут быть этапом в динамике заболевания: болезнь начинается с мононаркомании (т.е. зависимости от одного наркотика), затем из-за ослабления прежнего эффекта наркотика добавляет-

ся новое вещество и возникает зависимость и от него тоже (полинаркомания, политоксикомания). Затем больной переходит на прием только второго вещества, так как опьянение от него более сильное, или же продолжает принимать оба вещества, или заменяет одно из них другим и т. д. Вариантов может быть много.

Реже сочетанный прием двух наркотиков происходит с самого начала. Например, раньше было очень популярно сочетание кодеина с ноксироном. Принятый отдельно, кодеин обладает более слабым наркотическим эффектом, а ноксирон в чистом виде вообще наркоманами не использовался. Сочетание же их давало искомый эффект и по глубине наркотического опьянения, и по его продолжительности.

Наиболее частые сочетания наркотиков и наркотически действующих средств: препараты из группы опиатов + снотворные средства; опиаты + стимуляторы; опиаты + гашиш (марихуана); опиаты + кокаин; алкоголь + седуксен; алкоголь + барбитураты; алкоголь + другие снотворные или транквилизаторы; алкоголь + гашиш (марихуана).

Состояние, которое возникает после приема наркотика или наркотически действующего вещества, называется **наркотическим опьянением** или **наркотической интоксикацией**.

Проявления наркотического опьянения при приеме разных веществ различны, мы остановимся на них ниже, при описании конкретных форм наркоманий и токсикоманий.

Эффект интоксикации зависит от дозировки препарата, от способа его введения, от особенностей личности больного и в некоторой степени от ситуации, в которой оказался наркоман, – имеет ли он возможность расслабиться в состоянии наркотического опьянения или же должен скрывать его от окружающих (например, в школе, училище), на работе, в официальной обстановке, при осмотре врачом или в присутствии работников правоохранительных органов).

Прием наркотических средств с целью испытать состояние опьянения называется **наркотизацией**.

Толерантность – это способность переносить увеличивающиеся дозы наркотического вещества. Потребность в увеличении количества принимаемого наркотического вещества связана с тем, что с течением времени эффект прежней дозы ослабевает, и так же, как алкоголик должен увели-

чивать количество выпиваемого спиртного, чтобы достичь желательной степени опьянения, так и наркоман должен наращивать дозировки, чтобы наркотическое опьянение было таким же, как и прежде.

Рост толерантности по отношению к первоначальной различен и зависит от вида наркотического вещества. Например, при опиийной наркомании толерантность может быть очень высокой, в сотни раз превышающей первоначальную дозу (известны случаи, когда суточная доза опиатов составляла 1–3 г в пересчете на сухое вещество, – это колоссальная доза). А при барбитуромании диапазон роста толерантности значительно меньше, и разница между наркотической и смертельной дозой невелика, что обуславливает большую частоту передозировок со смертельным исходом.

Как и при алкоголизме, толерантность при наркомании меняется в динамике заболевания: возрастает на первой стадии, стабилизируется на второй и снижается на третьей стадии.

Злоупотребление наркотическими веществами – этап, предшествующий наркомании или токсикомании, когда прием наркотически действующего средства еще несистематический. Человек может пробовать то одно средство, то другое или принимает одно, но нерегулярно. Иное название этого этапа – **эпизодическая наркотизация**. Это еще не болезнь, но, как и бытовое пьянство, считается предболезнью, преддверием к формированию зависимости. При продолжении приема наркотически действующего средства болезнь неминуемо сформируется.

На этапе злоупотребления толерантность возрастает, но не так быстро, как при сформированной зависимости.

Лекарственные препараты (например, снотворные или болеутоляющие средства с морфиноподобным действием), наркоманы принимают не с лечебной, а именно с наркотической целью, чтобы достичь состояния интоксикации (наркотического опьянения).

Раньше использовался такой термин как «привыкание к лекарственным препаратам». Сейчас этот термин не используется, так как это понятие слишком расплывчатое и не отражает сути проблемы. Применительно к больным наркоманиями и токсикоманиями используют только термин «зависимость».

Термин «привыкание» используют лишь в узком смысле – например, привычное использование снотворных

при бессоннице или успокаивающих средств при тревоге. В этом случае пациенты принимают препараты не по назначению врача, а занимаются самолечением или сами «вносят коррективы» в прием назначенных врачом лекарств. При привыкании может быть небольшое превышение обычных дозировок препаратов из-за того, что прежняя доза уже не дает желаемого эффекта. Например, человек не может заснуть, приняв одну таблетку снотворного, и поэтому принимает сразу две, а если все же не засыпает, то принимает еще. В отличие от наркоманий и токсикоманий, цель приема препаратов совсем другая, ненаркотическая, но лечит больного не врач, который помог бы ему подобрать более эффективное средство, а пациент «лечит» себя сам. Существует определенный риск, что рано или поздно человек может принять дозу, которая уже окажется наркотической, и вместо сна у него возникнет наркотическое опьянение. Таких пациентов называют «токсикоманами поневоле» или «наркоманами поневоле».

✓ **Психическая зависимость** проявляется интенсивным желанием (**психическим влечением**) принимать наркотическое вещество и чувством психического дискомфорта, если это влечение не удовлетворяется.

Наркоманы и токсикоманы добывают требуемое наркотически действующее средство любыми путями, включая криминальные, пренебрегая любыми последствиями как для здоровья, так и в социальном плане.

Если им не удается принять наркотическое вещество, они испытывают чувство неудовлетворенности, беспокойство, психическое напряжение, ничто их не может отвлечь и порадовать – это и есть состояние **психического дискомфорта**. А приняв наркотик, они испытывают приятное самочувствие, настроение резко меняется – возникает наркотическое опьянение, которое является для наркомана (токсикомана) состоянием **психического комфорта**.

Способность испытывать психический комфорт только лишь в состоянии наркотического опьянения – тоже проявление психической зависимости.

✓ **Физическая зависимость** развивается на второй стадии наркоманий и токсикоманий, когда наркотическое вещество становится необходимым для нормальной деятельности организма. Прекращение приема наркотического вещества приводит к тяжелому состоянию, которое называется **синдромом отмены**, **синдромом лишения наркотика**, **абстинентным синдромом** или **абстиненцией**.

Абстиненция – очень тяжелое состояние, которое наркоманы не способны выдержать. Даже те, кто хотел бы излечиться от своего заболевания, не могут перенести состояние абстиненции и, промучившись какое-то время, вынуждены снова принимать наркотики.

Абстинентный синдром – наиболее рельефное проявление физической зависимости. Обычно он возникает через несколько часов после того, как в организм не поступила очередная доза требуемого наркотика. Наиболее тяжелые его проявления наблюдаются на протяжении полутора-двух недель, а общая длительность абстиненции – в среднем два месяца.

Второй симптом физической зависимости – **компульсивное (неодолимое) влечение к наркотику**. В отличие от психического влечения, которое больной наркоманией (или токсикоманией) еще может подавить, компульсивное влечение он преодолеть не способен.

Третий симптом физической зависимости – способность испытывать **физический комфорт** (т.е. нормальное самочувствие) только в состоянии наркотического опьянения. А вне его наркоман (токсикоман) испытывает абстиненцию, т.е. **физический дискомфорт**.

Если сравнить основные проявления наркоманий (токсикоманий) и алкоголизма, то становится ясно, как много общего у этих заболеваний.

По Международной классификации болезней все наркотики и наркотически действующие вещества разделяются на следующие группы:

- 1) препараты опия;
- 2) снотворные и седативные средства;
- 3) кокаин;
- 4) препараты индийской конопли;
- 5) психостимуляторы;
- 6) галлюциногены.

В настоящее время наркотики стали чуть ли не обязательным компонентом общения молодежи. На любой молодежной дискотеке юноши и девушки могут купить очень популярный среди молодежи препарат из группы стимуляторов, который носит жаргонное название «экстази». Будучи сильнейшим стимулятором центральной нервной системы, он позволяет танцевать всю ночь, не ощущая усталости.

Почему-то молодые люди убеждены, что «экстази» почти безобиден – по-видимому, из-за его доступности, отно-

сительной дешевизны и широкой распространенности. На самом же деле, как и все стимуляторы, уже через несколько месяцев он вызывает истощение нервной системы, а спустя год-два молодой человек становится инвалидом. Немало случаев смертельного исхода после нескольких приемов таблеток «экстази».

Распространенность злоупотребления наркотическими веществами зависит, во-первых, от их доступности, а во-вторых, от моды на те или иные наркотики. Если какое-либо наркотическое вещество становится популярным среди молодежи и подростков, то злоупотребление им приобретает характер эпидемии. В нашей стране было уже несколько таких «эпидемий» наркоманий и токсикоманий – то были популярны опиаты, то снотворные средства и транквилизаторы, то различные сочетания препаратов разных групп, то органические растворители, то стимуляторы.

В настоящее время самым популярным наркотиком у взрослых наркоманов является препарат из группы опиатов – героин, на втором месте – кокаин, затем следуют первитин и эфедрин. Уже появилась тенденция превалирования препаратов из группы стимуляторов («экстази», кокаина, первитина, эфедрина) над героином. Героин гораздо дороже, кроме того, обычно он вводится внутривенно, что представляет определенные трудности для начинающих наркоманов, к тому же при героинизме очень часты передозировки со смертельным исходом. Молодежь обо всем этом знает и отдает предпочтение стимуляторам, которые можно курить или нюхать (кокаин) или принимать в виде таблеток («экстази»).

Наркотический эффект стимуляторов, который дает ощущение бодрости, необычайного прилива сил, веселья и усиления полового влечения и потенции (вначале), считается более привлекательным. К тому же молодые люди еще не знают, к каким тяжелым последствиям приводит употребление наркотиков-стимуляторов. Эти наркотики появились сравнительно недавно, но смертных случаев уже немало.

У подростков наиболее популярны кустарно изготовленные стимуляторы – эфедрон и концентрированный эфедрин, далее ингалянты (летучие органические растворители), гашиш (марихуана), снотворные средства и транквилизаторы. «Тяжелые» наркотики, такие, как препараты опийной группы, в частности героин, морфин и прочие, а также

галлюциногены (ЛСД и другие), подросткам пока не по карману, однако единичные случаи употребления «тяжелых» наркотиков есть и среди детей и подростков.

Мода изменчива, так что через несколько лет может быть иная картина распространенности наркоманий. Несколько лет назад в криминальной среде было модно быть наркоманом (в мафиозных группировках очень популярен кокаин), а теперь эта мода проходит, и многие больные обращаются за лечением. Даже группировки рэкетиров почти в полном составе ложатся в дорогостоящие клиники.

Однако вся беда в том, что стать наркоманом легко, а вот излечиться от зависимости очень сложно. Ни в нашей стране, ни за рубежом пока еще не разработано достаточно эффективных методов лечения, которые гарантировали бы, что больной избавится от наркоманической зависимости.

Ранее считалось, что описывать наркотическое опьянение в открытой печати нельзя, так как это может заинтересовать подростков и они из любопытства могут попробовать действие наркотических средств на себе. Но такое замалчивание проблемы приносит немало вреда. Маловероятно, что подростки будут читать книги по психиатрии, а даже если и прочитают, вряд ли после этого они станут наркоманами. О наркотиках подростки обычно узнают от наркоманов, а не из книг, так как первый прием наркотического средства чаще всего происходит под влиянием более опытных наркоманов или в компании сверстников.

Нередко учителя видят, что учащийся в необычном состоянии. Он взбудоражен, чрезмерно активен, беспричинно весел или груб, раздражителен, агрессивен, у него блестят глаза, нарушены координация движений и дикция и в целом состояние напоминает алкогольное опьянение, но при этом запаха спиртного нет. И педагоги недоумевают: что с ним? Родители, обнюхав своего отпрыска, обычно успокаиваются. Действительно, он не пьет спиртное, но принимает наркотически действующие средства, что гораздо хуже.

Нередко учителя и родители узнают, что подросток регулярно принимает наркотики, только тогда, когда он попадает в психиатрическую больницу или совершает криминальные поступки, чтобы раздобыть наркотики или деньги для их покупки.

Здесь описаны не только последствия наркоманий, которые нужно знать всем взрослым людям, чтобы понимать их огромную опасность, но и объективные признаки нар-

котического опьянения при приеме разных наркотических средств, а также симптомы, которые возникают при внезапном прекращении их приема, чтобы это помогло вовремя распознать нарушения у подростка, который начал принимать наркотики. Если он будет ими злоупотреблять и у него сформируется наркоманическая зависимость, то будет уже поздно. Лечить наркоманию очень трудно, особенно если болезнь запущена.

Немалая трудность состоит и в том, что лица, склонные к приему наркотических средств, проявляют чрезвычайную изобретательность, чтобы скрывать свое злоупотребление.

Далее описаны частные формы наркоманий по степени их распространенности среди подростков.

Глава 8

НАРКОМАНИЯ СТИМУЛЯТОРАМИ

К стимуляторам, вызывающим наркоманическую зависимость, относятся кокаин, эфедрин, первитин (метедрин), амфетамин (бензедрин, фенамин), прелюдин (грацидин) и другие. Сюда же относится и кофеин, но он пока наркотиком не считается, хотя тоже может вызывать зависимость (чифиризм, кофеинизм).

Стимулирующий эффект листьев и плодов различных растений (коки, эфедры, ката, кофе, чая и других) известен уже много веков. Жевание или заваривание листьев, дробленых плодов использовалось многими народами для снятия чувства усталости, голода, при тяжелой физической работе.

Некоторые стимуляторы впоследствии были выделены из растений, другие синтезированы химическими способами.

Стимуляторы использовались военачальниками во время Великой Отечественной войны, давая возможность не спать в течение нескольких суток, оставаться бодрыми, инициативными и не чувствовать усталости. Но после такого длительного приема стимуляторов человек истощается и для восстановления сил ему требуется длительный сон.

Мода на различные стимуляторы в разное время менялась. Распространенность тех или иных наркотиков зависела от ряда причин, в том числе и от их доступности.

В середине 80-х годов в подпольных лабораториях или в домашних условиях наркоманы научились делать из различных аптечных препаратов, содержащих эфедрин (капли и мази от насморка, глазные капли, средства для лечения бронхиальной астмы и другие), новый препарат, обладающий сильным стимулирующим действием. Окисленный эфедрин психиатры-наркологи назвали эфедроном. Среди наркоманов этот препарат известен как «мулька», «марцефаль», «мурцовка» и «джеф».

Популярности эфедрона среди подростков и молодежи способствовала легенда о том, что на ранних этапах своего творчества производное эфедрина под названием «джеф» использовали музыканты рок-группы «Deep Purple».

С помощью специальной обработки концентрация эфедрина повышается до 12%, и этот препарат вводится в вену. Некоторые пациенты начинают сначала принимать обработанный эфедрон-эфедрин внутрь, а затем переходят на внутривенное введение; некоторые с самого начала используют внутривенный способ введения.

В 80-х годах, когда препараты, содержащие эфедрин, продавались в аптеках без рецепта, доступность и дешевизна кустарно приготовленного эфедрона привела к тому, что эфедроновая наркомания приобрела характер эпидемии.

Даже многие опиоманы перешли на эфедрон и концентрированный эфедрин и из-за их эйфоризирующего действия, и из-за доступности сырья для приготовления наркотиков. Иногда к эфедрону прибегали и больные алкоголизмом после наркологического лечения (кодирование, имплантация «эспераль»), когда они уже не могли употреблять спиртные напитки.

Новички не отдавали себе отчет в возможных последствиях, так как не считали наркотиком средство, которое свободно продается в аптеках. Наркотиками они считали героин, ЛСД, морфий, кокаин и другие препараты, которые строго контролировались и о которых они слышали, что их принимают на Западе.

Злоупотребление эфедроном и концентрированным эфедрином стало очень распространенным явлением, в связи с чем все препараты, содержащие эфедрин, были взяты под строгий контроль.

Эта форма зависимости названа **эфедроновой наркоманией**.

При эфедроновой наркомании на начальных этапах прием наркотика обычно происходит в компании, где есть

кто-то более опытный, умеющий приготовить эфедрон кустарным способом. Он обучает новичков готовить наркотик и вводить его внутривенно, на первых порах сам вводит препарат новичкам.

Эфедрон и концентрированный эфедрин очень популярны в подростковых группах, а также среди людей творческих профессий – считалось, что наркотик стимулирует творческую деятельность.

Из-за выраженного эйфоризирующего действия эфедрон и эфедрин могут уже после первого внутривенного введения стать настолько привлекательными, что подростки ищут возможности попробовать еще, узнают способы кустарного приготовления наркотика и начинают вводить его систематически, что очень быстро приводит к развитию наркомании.

Помимо эфедрона и эфедрина стал пользоваться популярностью и первитин. Производное первитина входит в состав кустарно приготовленного препарата, который на жаргоне наркоманов называется «ширкой».

Кокаинизм был распространен в 20–30-е годы в криминальной и богемной среде. В последующие годы советской власти кокаин в нашей стране наркоманами не использовался, так как его было трудно приобрести. Некоторым удавалось доставать и принимать его от случая к случаю. Но при развитии зависимости требуется постоянный канал приобретения излюбленного наркотика, поэтому «чистых» кокаиновых наркоманий раньше не наблюдалось.

В настоящее время кокаин в западных странах очень популярен. В нашу страну он поступает контрабандными путями. Теперь и у нас немало кокаинистов.

Способы введения стимуляторов различны: их вводят внутривенно и внутримышечно, принимают внутрь в виде растворов или таблеток, курят и нюхают.

НАРКОТИЧЕСКОЕ ОПЬЯНЕНИЕ СТИМУЛЯТОРАМИ

Общая длительность наркотического опьянения (интоксикации) при приеме стимуляторов составляет от одного до шести часов. Длительность опьянения зависит от вида препарата: наиболее короткая – при кокаиновом опьянении, наиболее продолжительная – при эфедриновом. У новичков продолжительность опьянения больше, чем у наркоманов со стажем.

Состояние опьяневшего постоянно меняется. Поэтому в опьянении выделяют четыре фазы, для каждой из которых характерны свои проявления.

Симптомы наркотического опьянения зависят от способа введения наркотика. При внутривенном введении в первой фазе, уже «на игле» возникает чувство «озарения», острого блаженства, ощущение необыкновенной легкости в теле, чувство полета. При приеме наркотика внутрь первой фазы нет. Опьянение возникает через 10–15 минут после приема эфедрона, интоксикация начинается со второй фазы.

Во второй фазе действия стимулятора опьяневший испытывает чувство необычайной легкости во всем теле. При внутривенном способе введения наркотика ощущение полета сохраняется.

Эйфория – состояние приподнятости, радости, благодушия и любви ко всем людям – интенсивна. Опьяневший испытывает разнообразные приятные ощущения в виде движущихся по телу теплых волн, приятного озноба и блаженства. Приятные ощущения могут локализоваться в области живота, внутренних органов или по всей поверхности кожи.

Все внимание в состоянии опьянения сконцентрировано на своих необычных ощущениях, окружающее в этом состоянии не воспринимается. Все прежние проблемы, дела и неприятности отходят на задний план.

Для первой и второй фаз опьянения стимуляторами характерна обездвиженность. Опьяневший полностью погружен в себя и в свои приятные ощущения.

Объективными симптомами, которые позволяют предположить интоксикацию, являются: бледность кожи (она сохраняется в течение всех фаз интоксикации), широкие зрачки, мелкое дрожание пальцев рук, век, языка, подергивание глазных яблок при взгляде в сторону, подергивание высунутого языка или отдельных его мышечных пучков, сухие губы (одним из характерных признаков является то, что опьяневший постоянно их облизывает), голос становится грубым. У регулярно принимающих эфедрон язык ярко-малиновый, как бы лакированный.

Если педагог не может сам определить все эти признаки, но его кое-что насторожило, то нужно отвести учащегося к школьному врачу. Тот определит объективные признаки, а заодно и померяет ему артериальное давление и пульс. В состоянии интоксикации стимуляторами артериальное дав-

ление повышено, пульс учащен, могут быть перебои в сердечной деятельности, сухожильные рефлексы повышены.

Затем наступает третья фаза – обострение ясности сознания и восприятия окружающего. Восприятие яркое, четкое и контрастное, с мельчайшими подробностями. Краски сочные, насыщенные. В мыслях ощущаются необычные четкость и ясность. Мысли текут легко и быстро, больные легко переключаются с одной мысли на другую. Эйфория сохраняется, но иногда опьяневший испытывает тревогу и страх.

Возникает усиление восприятия при сочетанном воздействии различных раздражителей – музыка усиливает цветовое восприятие (цветомузыка), зрительные раздражители усиливают восприятие речи.

Объективные признаки, позволяющие предположить интоксикацию в третьей фазе, – избыточная двигательная активность, бессмысленная суетливость. Движения резкие, размашистые, неточные, особенно нарушаются тонкие движения, нарушена координация.

Некоторые из этих признаков может увидеть педагог, более точно их определит школьный врач. Он же проведет все требуемые тесты на координацию движений. Если школьному врачу это окажется не по силам, желательно обследование такого подростка у нарколога районного психоневрологического диспансера. Для этого нужно вызвать в школу его родителей.

Следы инъекций по ходу вен дают основание подозревать внутривенное введение наркотика. Даже если нет других признаков (например, подросток только начал наркотизироваться и не появляется в школе в состоянии интоксикации), то следы на руках обязательно должны насторожить и педагогов и родителей.

Если состояния, позволяющие предположить прием стимуляторов, у учащегося повторяются неоднократно, а родители категорически отказываются от наркологического обследования, то придется прибегнуть к помощи сотрудников отдела по борьбе с наркоманиями. У них есть опыт, поскольку они регулярно доставляют к районному наркологу испытуемых на предмет диагностики наркотического опьянения. В дальнейшем может потребоваться стационарная наркологическая экспертиза.

Для опьянения стимуляторами характерно стремление заниматься творчеством. Опьяневшие пытаются рисовать, писать музыку или стихи, играют на музыкальных инстру-

рументах. Удовольствие им доставляет сам процесс творчества, а не результат. Самому опьяневшему кажется, что он испытывает необычайное вдохновение, у него обнаружилось неизвестные ранее таланты. Под «кайфом» он с увлечением отдается творческому процессу, гордится своими способностями, хотя на самом деле вся «творческая продукция» наркоманов – это бездарная мазня и графоманство. Он считает, что может справиться с любой проблемой, с любой работой, и все, что он делает, доставляет ему радость.

Хотя некоторые наркоманы (меньшинство!) вне интоксикации признают, что их «продукция» весьма посредственна, тем не менее сам процесс творчества, эйфория, общее ощущение блаженства и необыкновенный прилив сил для них очень привлекательны.

Появление у учащегося неожиданного интереса к творческой деятельности, результаты которого выглядят жалкими потугами на творчество, при том что сам он убежден, что у него открылся талант, тоже должно насторожить педагогов и родителей. Если предложить такому учащемуся нарисовать или написать художественное произведение в обычном состоянии, после школьных занятий, то учитель убедится, что у того нет ни желания этим заниматься, ни способностей.

Если подросток занимается творчеством не дома, а приносит свои творения после общения с приятелями и если все его друзья, собираясь где-то в тайне от взрослых, тоже творят нечто гениальное, то к такой группе нужно присмотреться более внимательно и озаботить родителей этих ребят, чтобы они поинтересовались, где и как их сыновья и дочери проводят свободное время.

Для того чтобы готовить кустарный наркотик и постоянно вводить его, подросткам нужно определенное место. Приготовить раствор они могут дома, когда нет родителей, но принимают или вводят его обычно в группе. Значит, им нужно помещение. Иногда они наркотизируются у кого-то дома, если родители допоздна на работе, но тут есть опасность, что кто-либо из опьяневших подростков или все они не смогут вовремя покинуть квартиру. Поэтому они предпочитают подвалы, чердаки, заброшенные дома. Тот факт, что ребята стали прятаться от взрослых, собираясь где-то в уединенном месте, тоже должен насторожить взрослых.

Подростки могут попасть и в настоящий притон для наркоманов, где под рукой есть плита, посуда для изго-

товления кустарного наркотика и «опытный инструктор», который готовит наркотик на всех участников и обучает остальных.

В состоянии опьянения стимуляторами возникает потребность в общении. Неожиданно открывшиеся «talанты» вызывают у подростков радость, восторг, желание поделиться своими открытиями и новостями с окружающими. Опьяневший от стимуляторов становится болтливym, ассоциации и мышление у него ускорены. Ему безразлично, с кем говорить, он привязывается к любому собеседнику с пустопорожними разговорами. В этом случае любому трезвому человеку явно видно, что мышление поверхностное, разорванное, речь с частыми повторениями одних и тех же слов и выражений.

Если родители или педагоги заметят, что периодически подросток бывает беспричинно весел и оживленно болтает о несущественном, желательно приглядеться к нему повнимательнее, особенно если подобное раньше ему было несвойственно и если такие приступы болтливости и хорошего настроения нападают на него время от времени.

Поскольку наркотизация стимуляторами у подростков обычно носит групповой характер, особенно на начальных этапах, опьяневшему кажется, что все вокруг, в первую очередь те, с кем он вводит или принимает наркотик, необычайно доброжелательны, добры, приятны в общении, все они талантливые и необыкновенные люди, хотя это совершенно не соответствует действительности. Ведь рядом с ним находятся деградировавшие наркоманы, некоторые из них неделями не моются, не следят за собой, ничем не занимаются, кроме приема наркотиков и секса.

Одной из важных особенностей опьянения стимуляторами, что отличает его от интоксикации другими наркотиками и делает очень привлекательным, является усиление сексуального влечения и возрастание потенции. Своей возросшей сексуальной потенцией подростки очень гордятся, и поэтому стимуляторам отдается явное предпочтение перед другими наркотиками, ни один из которых таким эффектом не обладает.

Опьяневшие от стимуляторов вступают в многократные сексуальные контакты в течение дня. Если нет возможности для удовлетворения полового влечения гетеросексуальным путем (т.е. с человеком противоположного пола), они прибегают к гомосексуальному способу полового сношения (с представителем своего пола).

Беспорядочные половые связи очень скоро приводят к заражению венерическими заболеваниями, которые при групповом приеме наркотика имеют характер эпидемии. Если подростковая группа однополая, то постоянные гомосексуальные контакты приводят к тому, что заражаются все члены группы, а в последующем, при переходе на самостоятельный, одиночный прием наркотика, наркоманы заражают и других партнеров.

Установить, что подросток вдруг начал жить интенсивной сексуальной жизнью, непросто. Это может выявиться случайно или по косвенным признакам – у девочек ранняя беременность «неизвестно от кого», у подростков обоего пола – заражение венерическим заболеванием. Об этом могут рассказать одноклассники, если они сами не состоят в этой группе.

Повышенная сексуальная активность наблюдается только в первые 3–5 месяцев. В дальнейшем развивается импотенция.

В четвертой фазе опьянения – фазе выхода – эйфория сменяется подавленностью, раздражительностью, стремлением к одиночеству. Возникают светобоязнь и непереносимость громких звуков, головная боль, неприятные ощущения в различных частях тела, озноб, чувство «ползания мурашек», периодически – вздрагивание всем телом.

Пульс учащен, усиливаются боли в области сердца, нарушения сердечного ритма, перебои в сердечной деятельности. Наблюдаются слабость, сонливость, чувство опустошенности. Двигательная активность сменяется вялостью и обессиленностью, подросток впадает в протрацию.

Перечисленные симптомы, а также сам факт резкого изменения состояния подростка тоже должны насторожить взрослых. В любом случае, если состояние подростка часто меняется по неизвестной причине, его нужно обследовать у психиатра.

Если наркоман вводил стимуляторы в одиночестве (это бывает на более поздних этапах заболевания), то может наступить непродолжительное дремотное состояние. Но если наркотизация стимуляторами происходит в группе, то после спада интоксикации наркоманы не спят, а как только действие наркотика спадает, вновь вводят себе очередную дозу.

Даже после однократного введения стимуляторов у начинающих в течение нескольких дней наблюдаются слабость, вялость и головная боль.

Вначале прием наркотика может быть эпизодическим, от случая к случаю, когда собирается компания, в которой есть опытный наркоман и он приобщает других членов компании к наркотизации. Обычно однократным или эпизодическим приемом дело не ограничивается, и очень скоро наркотизация становится систематической.

ПЕРВАЯ СТАДИЯ НАРКОМАНИИ СТИМУЛЯТОРАМИ

Психическая зависимость может сформироваться уже после 2–3 инъекций, но чаще всего она возникает через 1–3 месяца нерегулярного приема эфедрона внутрь.

При внутривенном введении зависимость формируется гораздо быстрее. Привлекательность эйфории и необычных ощущений заставляет некоторых подростков уже после нескольких инъекций самим искать возможности для учащения приема наркотика.

При сформированной психической зависимости быстро нарастает толерантность.

Особенностью этой формы наркомании является то, что разовая толерантность (т.е. количество наркотика, принимаемое одномоментно) существенно не нарастает, так как увеличение привычной наркотической дозы приводит к ухудшению состояния – возникает головная боль, появляются дрожь во всем теле, озноб, повышается артериальное давление.

С течением времени укорачивается продолжительность эйфории, и выход из интоксикации сопровождается упадком сил, вялостью, сердцебиением. Поэтому больные должны вводить наркотик повторно через более короткие промежутки времени, чем на начальном этапе наркотизации. Соответственно увеличивается частота инъекций в течение суток и нарастает суточная толерантность (количество наркотика, потребляемого за сутки) – до 6–10 раз, а разовая может оставаться в тех же пределах.

Вырабатывается необычный ритм приема наркотика. Особенностью наркомании стимуляторами является перемежающийся характер потребления наркотика (что немного напоминает запои при алкоголизме).

Происходит это так. В течение нескольких дней больные вводят наркотик как только интоксикация спадает, и в день таких инъекций может быть несколько – в начале первой стадии 4–5, а при дальнейшем развитии наркомании –

больше. Период непрерывной наркотизации в начале первой стадии продолжается 2–3 дня, а в последующем – до 5 дней и более. В течение всего периода наркотизации больные не спят, не едят и даже не пьют (и голод, и жажда полностью подавляются). Они теряют в весе несколько килограммов.

К концу периода наркотизации нарастает психическое истощение, появляются тошнота, головокружение, резь в глазах, бессонница, общая слабость и вялость, слабость в мышцах, невыносимость к психической и физической нагрузке, нарастает апатия. Это состояние наркоманы называют «отходом». Из-за плохого самочувствия наркотизация прерывается.

После окончания периода наркотизации возникает острое чувство голода. Наркоманы много едят, но прежнего веса не набирают. Чтобы заснуть, они вынуждены принимать снотворные.

В дальнейшем может быть перерыв в приеме наркотика, длящийся от 3 до 10 дней.

Затем нарастает влечение к наркотику, желание вновь испытать столь привлекательное состояние опьянения, и наркоман вновь стремится в компанию, где он принимал наркотик, или готовит его дома сам.

Влечение к наркотику очень интенсивно. Чем бы наркоман ни занимался, он постоянно вспоминает свои необычные ощущения, ему хочется пережить это состояние еще. Все мысли постоянно крутятся вокруг того, как бы достать наркотик. Наркоман испытывает тягостное ощущение неудовлетворенности, недовольства, ему ничем не хочется заниматься, все неинтересно. Все это входит в понятие **психический дискомфорт**.

Стоит больному наркоманией попасть в свою компанию или самостоятельно изготовить или приобрести наркотик, психическое состояние быстро нормализуется, и все, чем ему так не хотелось заниматься, выполняется легко и быстро.

Через 3–4 месяца регулярного приема или внутривенного введения наркотика в светлые промежутки между периодами наркотизации нарастают общая вялость, слабость, нарушения сна и аппетита. Появляются тревожность и подозрительность. При резком звуке наркоман вздрагивает всем телом, ему кажется, что окружающие замечают необычность его состояния.

Бессонница становится стойкой. Самостоятельно уснуть наркоман не может. 1–2 таблетки снотворного уже не

помогают, и он вынужден наращивать дозы. Во время сна больного трудно разбудить. При пробуждении отмечается вялость, настроение подавленное и легко меняется, мышление заторможенное. Наркоман малоактивен, не может заниматься ни умственной, ни физической работой.

Понятно, что подросток, систематически наркотизирующийся стимуляторами, уже не может учиться – либо он несколько суток непрерывно вводит или принимает наркотик, либо отлеживается и выхаживается. Отсюда длительные пропуски занятий, а потом такой учащийся и вовсе перестает ходить в школу (училище). Если его не остановить на этом пути, то его дальнейшая судьба закономерна – через несколько лет он полный инвалид.

Длительность первой стадии наркомании стимуляторами 3–6 месяцев. Ее продолжительность зависит от интенсивности наркотизации, т.е. от дозы наркотика и частоты его приема (введения).

ВТОРАЯ СТАДИЯ НАРКОМАНИИ СТИМУЛЯТОРАМИ

В этой стадии происходит увеличение разовой толерантности. При приеме внутрь толерантность возрастает в 5–6 раз, а суточная доза – в 50–60 раз. При внутривенном введении разовая толерантность возрастает не более чем в 2 раза. Однако при длительной наркотизации эта доза уже не вызывает прежнего эффекта. Поэтому наркоманы повторно вводят наркотик (примерно 1/4 разовой дозы) каждые 10 минут. Этот дополнительный прием они повторяют до 8 раз в сутки. Соответственно суточная толерантность на второй стадии наркомании возрастает в 20 раз.

При такой частоте введения на коже по ходу вен буквально живого места нет, и установить это нетрудно даже неспециалисту. Ничем иным объяснить такое количество следов от внутривенных инъекций невозможно.

На второй стадии наркомании стимуляторами продолжительность эйфории сокращается, ослабевает яркость переживаний, нет ощущения «прилива». Эйфория легко исчезает при воздействии внешних раздражителей, например, если к наркоману обратиться в вопросе или еще как-то его потревожить.

Со временем опьянение утрачивает свои привлекательные черты. Возникают раздражительность, грубость, беспричинная злоба.

Периодичность приема наркотика становится четкой. В течение 3–6 дней больной непрерывно вводит или принимает наркотик каждые 2–3 часа, а затем наступает перерыв. Но во второй стадии перерывы между периодами наркотизации уже более короткие – 2–5 дней. С течением заболевания светлые промежутки все больше сокращаются, а периоды наркотизации удлиняются до 10–15 дней.

Прекращение приема или введения наркотика после периода непрерывной наркотизации происходит из-за невозможности дальнейшего его потребления; нарастает психическое и физическое истощение, вместо эйфории возникает пугливость, возбужденность, появляются страхи и подозрительность.

Превышение доз наркотиков приводит к передозировке. Она может привести к смерти.

Через 8–9 месяцев регулярного потребления стимуляторов после тяжелой многодневной наркотизации возникают психозы. Вначале нарастают беспокойство, напряженность, появляются тревога и страх. Все звуки воспринимаются обостренно или искажаются. В каждом шорохе наркоману чудятся шаги приближающихся врагов и преследователей, обычные звуки кажутся грохотом. Возникают зрительные иллюзии, например, висящая одежда кажется силуэтом человека, светлые шторы больной может принять за призрак, в тени кустов видятся притаившиеся люди. Часто больные слышат оклики.

В поведении окружающих больной с состоянием психоза видит угрозу для себя – ему кажется, что все посматривают на него подозрительно, с каким-то особым значением, все люди догадываются, что с ним происходит, перешептываются между собой и обсуждают его необычный внешний вид и поведение, осуждают его. Даже если наркоман не слышит слов окружающих, он полагает, что они таят угрозу для него. Наркоману кажется, что на улице ему постоянно встречаются одни и те же люди, и он решает, что за ним следят. Случайных людей он воспринимает как преследователей, пытается «обороняться» от мнимых врагов и, «защищаясь» от них, может сам напасть на окружающих.

В состоянии психоза часты случаи немотивированной агрессии. Но агрессивность кажется немотивированной психически здоровым людям, а на самом деле она обусловлена психотическими переживаниями наркомана. Некоторые больные, опасаясь нападения, перестают выходить из дома. Известны случаи, когда наркоман, забаррикадиро-

вавшись дома, сидел с заряженным пистолетом, готовый выстрелить в любого, кто откроет дверь.

АБСТИНЕНТНЫЙ СИНДРОМ ПРИ НАРКОМАНИИ СТИМУЛЯТОРАМИ

Как и при любой форме наркоманий, внезапное прекращение приема наркотика приводит к развитию абстинентного синдрома.

Вначале это проявляется головной болью, слабостью, вялостью, чувством разбитости, слабостью в мышцах, бессонницей, отсутствием аппетита. Настроение подавленное, периодически возникают раздражительность, злоба, недовольство. На любое обращение к нему наркоман отвечает грубостью. Ему кажется, что за ним следят, он «слышит» шаги преследователей, пугается даже шорохов, испытывает безотчетную тревогу и внутреннее напряжение, не переносит резких звуков и яркого света. Все вокруг вызывает отвращение. Подозрительность и страхи усиливаются.

Спустя сутки вспыльчивость и злоба ослабевают. Наркоман становится вялым, апатичным, ему кажется, что жизнь потеряла смысл, все неинтересно и нет выхода из этой ситуации. Нарастает физическая слабость, ни на что нет сил, даже пойти на поиски наркотика он заставляет себя усилием воли.

Абстиненция – крайне тягостное состояние. Влечение к наркотику неодолимо. Сами наркоманы характеризуют его как «жгучее», «щемящее». Они даже не пытаются преодолеть влечение. Любыми путями, включая криминальные, больные стремятся достать наркотик.

В состоянии абстиненции нарушена координация; движения неловкие, порывистые, наркоман не может выполнять мелких движений. Характерным для этой формы наркомании является подергивание отдельных мышечных групп языка и лица (по типу тиков), а на более поздних этапах – в других частях тела.

Тяжелые проявления абстиненции наблюдаются в течение 4–5 дней. Через 7–10 дней состояние несколько улучшается, но еще в течение 2–3 недель настроение подавленное, больной вял, легко утомляется, хотя ничем не занимается.

Педагогу вряд ли удастся увидеть ученика в остром периоде абстиненции – тот просто не придет на занятия, будет отлеживаться дома. Но при ослаблении симптомов

может явиться на занятия. Тем не менее проявления абстиненции учителям следует знать, чтобы проинформировать родителей. Если учащийся по неизвестной причине длительное время пропускает занятия, не представляя медицинской справки, то следует поговорить с его родителями. Они сами могут не понимать, что с ребенком. Некоторые вызывают врача, полагая, что подросток переутомился. Может быть и так, что учащийся принесет медицинскую справку. Если, со слов родителей, у него не было какого-либо выраженного заболевания, но он был вял и лежал в постели не в силах подняться, если участковый врач не обнаружил чего-либо серьезного и решил, что подростку нужно просто «отдохнуть» от занятий, то необходимо настоять на обследовании у психиатра. В этом случае может быть не только интоксикация стимуляторами, но какое-либо психическое заболевание: многие из них начинаются с так называемого астенического синдрома. В любом случае нужна консультация специалиста. Безусловно, это должны сделать родители, но учителю нужно настоять на необходимости обследования.

После периода продолжительной наркотизации больные не могут принимать наркотики даже при появлении симптомов абстиненции. Поэтому для облегчения своего состояния они используют снотворные средства и транквилизаторы. В дальнейшем у многих развивается зависимость от этих препаратов, и заболевание еще больше утяжеляется – формируется полинаркомания.

ТРЕТЬЯ СТАДИЯ НАРКОМАНИИ СТИМУЛЯТОРАМИ

Наркоманов с третьей стадией болезни педагогам вряд ли удастся увидеть, такие подростки бросают школу. Но знать, как она проявляется, нужно, чтобы информировать родителей о возможных последствиях.

Я проводила экспертизу очень многим подросткам, которые пока еще эпизодически употребляли наркотики. То, что они сами относятся к этому беспечно, говоря: «Да я просто балуюсь, а потом сам брошу», – еще можно понять. В этом возрасте такое отношение вполне объяснимо. Но самое печальное, что их родители порой так же беспечны: «Подумаешь, доктор! Попробовал(а) разок-другой, а теперь все понял(а) и бросит».

К сожалению, жизнь показывает, что это не так, «не побалуется и не бросит». Уже после нескольких внутри-

венных инъекций или 1–2 месяцев нерегулярного приема наркотика может сформироваться зависимость. Если в компании, где подросток проводит свое свободное время, есть более опытные наркоманы, то шансы, что он продолжит прием наркотика, чрезвычайно велики.

Поэтому задача педагогов – убедить родителей своих учеников, что этой проблеме нужно уделить самое серьезное внимание, и рассказать на родительском собрании, к какому печальному финалу приводит «баловство» наркотиками.

На третьей стадии перемежающаяся форма потребления с периодами непрерывной наркотизации и светлыми промежутками между ними сохраняется, но длительность периодов сокращается и дозы уменьшаются.

Меняются проявления опьянения. Психического и двигательного возбуждения уже нет. Настроение может несколько улучшиться после приема или введения наркотика, но чаще возникают раздражительность и злоба, тревога и психическое напряжение.

Без наркотика больной жить уже не может, и, чтобы «ожить» и «встряхнуться», а также для предотвращения абстиненции он должен снова принимать наркотик. Возникает заколдованный круг, из которого уже не выбраться. Прежнего «кайфа» уже нет, общее состояние все больше ухудшается, наркоман понимает, что попал в капкан, но не видит выхода.

К этому времени становится явной деградация личности. Мышление и речь вялые, замедленные, непродуктивные, с повторением одной и той же мысли, в однообразных выражениях. Деградация проявляется и в сексуальности. Помимо гомосексуальных связей может быть педофилия (сексуальное влечение к детям) и геронтофилия (сексуальное влечение к старикам). Некоторые наркоманы становятся пассивными гомосексуалами, геями-проститутками ради заработка.

Энергетическое истощение при наркомании стимуляторами наступает гораздо быстрее, чем при других наркоманиях, а в целом из-за своих последствий и осложнений это одна из наиболее злокачественных форм наркоманий.

ОСЛОЖНЕНИЯ НАРКОМАНИИ СТИМУЛЯТОРАМИ

Наркомания стимуляторами уже с самых начальных этапов оказывает значительное влияние на психику, образ

жизни, весь духовный облик больного. Как только наркотизация становится регулярной, ни об учении, ни об иной продуктивной деятельности речь не идет.

Без всяких сожалений и колебаний наркоман забрасывает все свои прежние увлечения. Кроме наркотизации его больше ничто не интересует. Все его помыслы и все время исполнены либо приемом наркотика, либо добыванием компонентов, необходимых для его кустарного изготовления, либо наркоман «выхаживается» и восстанавливает силы после периода непрерывной наркотизации, чтобы затем вновь несколько дней принимать или вводить внутривенно наркотик.

Ни родители, ни учение, ни друзья (если они не наркоманы) его больше не интересуют. Наркоман становится эгоистичным, грубым, черствым к родителям и близким людям, и затем злобным, раздражительным, подозрительным.

Значительны изменения в волевой сфере. Наркоманы не способны к каким-либо длительным волевым усилиям. Их поведение полностью подчинено стремлению удовлетворять свои желания и реализовать влечение к наркотику. Они могут давать обещания «бросить», но не предпринимают никаких усилий для этого.

Очень быстро появляется и нарастает снижение интеллекта. При любой интеллектуальной нагрузке наркоманы быстро устают, не могут сосредоточиться и сконцентрировать внимание. Ухудшается запоминание нового материала и воспроизведение старого. Наркоман и не предпринимает никаких интеллектуальных усилий, чтобы что-то вспомнить.

Интеллектуальная деятельность наркоманов сводится к пустопорожнему бессмысленному «рассуждательству» на посторонние темы (это называется резонерством).

У людей, которые начали принимать наркотики для стимуляции своей творческой активности, уже спустя несколько месяцев значительно снижается продуктивность, творчество превращается в ремесленничество, теряется индивидуальность, продукция становится шаблонной, однообразной.

Больные наркоманией стимуляторами не критичны к себе. Они считают себя необыкновенно талантливыми, высокохудожественными и одаренными натурами, утверждая, что стимуляторы помогли им раскрыть ранее неизвестные им самим необыкновенные способности, а свои бездарные рисунки и графоманские литературные «произведения» считают высоким искусством.

Многие из них не только себя, но и своих приятелей считают творческими натурами, хотя общаются они в основном с такими же асоциальными наркоманами.

Социальное снижение наблюдается уже на первой стадии, чего обычно не бывает при других формах наркоманий. Уже через 1–2 года происходит потеря нравственно-этических представлений. Чувство долга, понимание необходимости трудиться полностью отсутствуют; паразитический образ жизни совершенно не тяготит. Без всякого стеснения такой больной крадет вещи у родных и знакомых, ворует еду даже у соседей по палате в отделении для лечения больных наркоманиями.

В течение 1,5–2 лет происходит полное опустошение психической сферы. Мышление и все психические процессы замедленные, вялые (это называется брадипсихией), речь бедная, с малым запасом слов, монотонная. Больные бездеятельны, апатичны.

Наркоманы неряшливы, грязны, неделями не моются и не меняют белье. Все они выглядят старше своих лет. Лицо невыразительное, безжизненное. Кожа бледная, сухая и дряблая, волосы и ногти ломкие. Любые ранки и поврежденные долго не заживают. Руки и ноги синюшные, холодные.

У них множество следов от инъекций, если наркотик вводится внутривенно. Такого нет ни при одной из других форм наркоманий. Точечные следы по ходу вен подобны сыпи. Вены утолщены, склерозированы, кожа над ними покрасневшая.

При наркомании стимуляторами в значительной степени страдает сердечно-сосудистая система. Одним из обязательных осложнений является миокардиодистрофия. Боли в области сердца усиливаются при физическом напряжении или существуют постоянно. Малейшая физическая нагрузка у молодого человека вызывает одышку и сердцебиение. Даже у подростков обнаруживаются выраженные нарушения на электрокардиограмме. При внутривенном введении наркотика может наступить внезапная смерть от нарушения сердечного ритма или острой сердечно-сосудистой недостаточности.

Нарушение аппетита и длительное голодание во время периодов наркотизации, чередующееся с поглощением большого количества пищи в светлых промежутках, вызывают расстройства органов пищеварения. При приеме наркотика боли в желудке достигают такой интенсивности, что из-за этого наркоман бывает вынужден прервать наркотизацию.

КОКАИНОВАЯ НАРКОМАНИЯ

По своим фармакологическим свойствам кокаин наминает другие стимуляторы. Закономерности формирования зависимости такие же, как и при наркомании другими стимуляторами. Здесь кокаиновая наркомания рассматривается отдельно из-за ее широкого распространения, а также особых способов приема – курение и нюханье.

Злоупотребление кокаином широко распространено на Западе, особенно в США. Жаргонные названия у американских наркоманов – coke, blow, cane, freebase. Теперь кокаин стал «моден» и в нашей стране.

Вследствие своего психоактивного действия кокаин, натуральный продукт кустарника коки, использовался на протяжении многих веков во многих странах. Прежде чем стала известная его высокая наркогенность (т.е. способность вызывать наркоманическую зависимость), он широко использовался в качестве стимулирующего и эйфорирующего (т.е. вызывающего эйфорию) средства.

Кокаин обычно вдыхают, но его также могут курить или вводить в виде инъекций.

Производное кокаина – гидрохлорид кокаина – хорошо всасывается через слизистые оболочки, поэтому используется для вдыхания (нюханья).

При нагревании гидрохлорид кокаина быстро разлагается, поэтому для курения он использоваться не может. Для курения гидрохлорид кокаина должен быть очищен до кристаллизованной формы, которая устойчива к нагреванию. Такая очищенная форма кокаина называется у американских наркоманов freebase form, rock, crack.

Доступность приобретения такой кристаллизованной формы кокаина (крэка) в маленьких расфасовках (около 10 долларов за дозу 65–100 мг) в последнее время в США привела к настоящей эпидемии использования крэка. В основном к нему прибегают низшие социоэкономические группы населения, асоциальные и криминальные личности, проститутки. В некоторых городских районах США, особенно населенных латиноамериканцами, неграми, курение крэка повсеместно, что вызывает рост числа преступлений, связанных с этой формой наркомании.

Крэк, используемый для курения, действует очень быстро и имеет высокую наркогенность. Наблюдается интенсивная эйфория, и существует риск возникновения зави-

симости уже после первой дозы. Столь же быстро действует и внутривенное введение кокаина.

Американские психиатры отмечают и такой эффект кокаина: каждая последующая доза вызывает все больший эйфорический эффект. Это действие они называют сенситизацией.

Влечение к наркотику настолько интенсивно, что как только эффект прежней дозы начинает угасать, наркоманы, не дожидаясь полного выхода из состояния интоксикации, вновь вводят себе новую дозу или курят новую порцию крэка. Это продолжается до тех пор, пока не наступит полное истощение или пока не кончится наркотик.

В течение нескольких дней, пока происходит наркотизация, наркоманы не спят, не едят, заняты только своими ощущениями, подготовкой к введению новой порции наркотика и его приемом. Затем следует период вялости, голода и продолжительного сна. После этого наступает следующий период курения крэка или внутривенного введения кокаина.

Постоянный прием кокаина вызывает физическое истощение и сердечно-сосудистые нарушения.

Внутривенное введение кокаина сопряжено с теми же опасностями, что и внутривенное введение других наркотиков, включая риск заболевания СПИДом, инфекционным гепатитом (сывороточный гепатит В), тромбозом вен и септициемией (заражением крови).

У нюхальщиков кокаина возникают нарушения носовой перегородки, западение хрящевой части спинки носа.

Известны случаи внезапной смерти после употребления кокаина вследствие сердечно-сосудистых нарушений. Передозировка кокаина очень ярко продемонстрирована в знаменитом фильме «Криминальное чтиво».

Скорость развития абстинентного синдрома зависит от способа употребления кокаина: более низкая – при вдыхании через нос, более высокая – при внутривенном введении и курении крэка.

В состоянии абстиненции наиболее рельефным симптомом являются настойчивые поиски наркотика. Симптомы отмены включают утомляемость, вялость, тревогу, чувство вины, безнадежности, собственной никчемности и беспомощности. Проявления абстинентного синдрома достигают наивысшего накала в течение нескольких дней, но могут продолжаться и неделями.

Употребление кокаина может привести к длительной депрессии и попыткам самоубийства.

В США кокаин широко распространен не только в низших социальных слоях, но и в среде творческой элиты.

На актерских вечеринках в Голливуде давно существует мода предлагать гостям кокаин наряду со спиртными напитками. На специальном столике лежит белый порошок, и каждый желающий может подойти и взять себе требуемую порцию. Многие звезды Голливуда прошли через этап приема кокаина – Стейси Кич, Тони Кертис, Ричард Дрейфус, Микки Рурк, Марлон Брандо, Алек Болдуин, Ким Бессинджер и многие другие.

Они считали, что кокаин помогает им успокаивать нервы, уменьшает взвинченность, связанную с их профессией, расслабляет и придает бодрости и уверенности в себе, снимает усталость, помогает длительное время обходиться без сна. «Кокаиновый рай» служил для них прибежищем, где не было стрессов и напряжения, страха, что их забудут или они не справятся с ролью.

Известна история знаменитой Ким Бессинджер, которая принимала кокаин, а потом стала злоупотреблять и алкоголем и оказалась на краю пропасти. Ей помог ее муж, Алек Болдуин, который уже излечился от кокаиномании и настоял на лечении Ким в клинике. Лечение было успешным, и в настоящее время обе суперзвезды Голливуда по-прежнему популярны.

Но немало и трагических случаев, когда жизнь кокаиниста обрывается из-за передозировки, в состоянии психоза, от острой сердечной недостаточности или в результате самоубийства.

Глава 9

ТОКСИКОМАНИЯ ИНГАЛЯНТАМИ (ЛЕТУЧИМИ ОРГАНИЧЕСКИМИ РАСТВОРИТЕЛЯМИ)

Ингалянты – это летучие наркотически действующие вещества, которые относятся к средствам технической и бытовой химии и используются для опьянения.

В таком качестве используют жидкость для заправки зажигалок, керосин, газолин, вяжущие вещества, изготовленные на основе пластика и резины, резиновый, самолет-

ный и другие виды хозяйственного клея, растворители нитрокрасок, жидкость для снятия лака с ногтей, лаки, краски, эмали, пятновыводители, очистители, полироли, различные аэрозоли, амилнитрит, бутилнитрит, моющие жидкости.

Активные ингредиенты включают бензин, ацетон, толуол, бензол, ксилолы, кетоны, этиловый и метиловый эфиры, метиленовый и изопропиловый спирты, ароматические и алифатические углеводороды, галогенированные (трихлорэтилен) и фторированные (дифторметан и трифторметан) углеводороды.

Злоупотребление подобными средствами известно давно. В XIX в. появились случаи вдыхания паров эфира с целью опьянения. В последующем с этой же целью использовались многие средства, применяемые для наркоза. В 60-х годах нашего века в США и Европе появились нюхатели (снифферы) клея и бензина. Амилнитрит и бутилнитрит используют в США гомосексуалисты во время полового акта, чтобы усилить оргазм – интоксикация вызывает состояние парения, головокружения и эйфории.

В нашей стране первые случаи злоупотребления летучими наркотически действующими веществами известны с середины 70-х годов. Поскольку эти вещества можно приобрести в любом хозяйственном магазине, они доступны и дешевы, их используют дети и подростки. Злоупотребляют ингалянтами даже 6–8-летние дети. Чаще всего этим занимаются дети из семей низкого уровня развития, но бывает, что используют ингалянты и дети из благополучных семей.

Из-за того, что так называемые тяжелые наркотики подросткам малодоступны, злоупотребление ингалянтами имеет широкое распространение и, следует предполагать, оно еще долго не утратит своей актуальности, так как тесно связано с другими нарушениями поведения в подростковом возрасте.

Наркотизация ингалянтами чаще всего носит групповой характер. Способ введения – нюханье, вдыхание; поэтому эти средства и называют ингалянтами (ингаляция – вдыхание). Наркотизирующихся ингалянтами в просторечии именуют «нюхальщиками».

Для вдыхания используются бумажные, полиэтиленовые или пластиковые мешки, в которые кладется вата или тряпка, смоченная летучим наркотическим средством. Пакет надевают на голову или в него погружают лицо, а руки

плотно прижимают пакет. Первый способ наиболее опасный, так как ребенок или подросток может задохнуться, потерять сознание. Если он вдохнет ингалянт полным ртом, может возникнуть рвота, и он захлебнется рвотными массами.

Используются также трубки из жести, тряпки, пропитанные ингалянтом, – их прикладывают к носу.

Есть и такой способ – на голове выбривается часть волос в биологически активных точках, на это место кладется смоченная ингалянтом тряпка, а сверху одевается головной убор. При таком способе наркотизация может происходить даже в общественных местах. Подростки сидят группами на скамейке во дворе или в парке, молчаливые и настывшие, с надвинутыми на лоб или лицо шапками и предаются своим видениям.

ОПЬЯНЕНИЕ ИНГАЛЯНТАМИ

Опьянение наступает сразу же после нескольких выдыханий паров летучих органических растворителей и обычно продолжается от 15 до 30 минут, а при повторном выдыхании может длиться 1,5–2 часа.

Количество выдыханий контролируется самим наркотицирующимся. Если появляются головная боль, тошнота или становится тяжело дышать, выдыхание прекращается.

В первой фазе интоксикации возникает опьянение, сходное с алкогольным, – подъем настроения, головокружение, приятный шум в голове, чувство тепла и расслабленности. Если выдыхание продолжается, наступает вторая фаза. Появляется ощущение благодушного веселья, беспечности. Подростки начинают смеяться или петь. Искажается восприятие окружающего. Изменяется форма предметов, их соотношение в пространстве, краски воспринимаются как яркие, насыщенные, искажается восприятие звуков. Собственное тело становится необычайно легким, руки и ноги кажутся удлиненными или укороченными. Возникают прилив сил и потребность в движении, но координация движений нарушена, поэтому при попытке передвигаться подростки теряют равновесие и падают. Все это вызывает бурное веселье. Речь невнятная, смазанная. Агрессивности обычно нет.

На первых порах опьянению может сопутствовать страх. В этом случае начинающие обычно прекращают выдыхание.

После многократного вдыхания ингалянтов у подростков уже не возникает опасений, и они повторными вдыханиями удерживают интоксикацию. Затем доза увеличивается, и наступает следующая фаза, которую они называют «смотреть мультики». Фаза характеризуется появлением зрительных галлюцинаций, ярких, подвижных, в виде мелких предметов, которые опьяневшие видят как на экране.

Вначале подростки могут усилить или остановить эти галлюцинации, в дальнейшем галлюцинации возникают и движутся помимо их воли. Бывает, что это одни и те же персонажи, одни и те же сцены, «свой глюк». Могут быть галлюцинации в виде ползающих или бегающих по телу насекомых или зверей. Иногда возникают двоение в глазах и неотчетливость зрения.

Возможны и слуховые галлюцинации в виде звона колокольчиков, гудения, шума. Может быть изменение громкости звуков.

Происходит отчуждение восприятия своего тела и самого себя. Наркотизирующийся видит свое тело изнутри или ему кажется, что от тела отделяются его части. Может быть ощущение полета или падения, «свободного парения».

В состоянии интоксикации усиливается сексуальное влечение, которое удовлетворяется любым путем, включая гомосексуальный и беспорядочные половые связи.

По выходе из состояния интоксикации наблюдается ощущение усталости, вялости, неспособность сосредоточиться.

Есть некоторые различия при вдыхании паров разных летучих органических наркотически действующих веществ.

При вдыхании паров бензина интоксикация наступает через 5–10 минут. Вначале возникает эйфория, и лицо опьяневшего расплывается в блаженной улыбке. Он неподвижен, стремления к движению нет. Если наркотизирующийся прервет вдыхание, то через 15–20 минут эйфория проходит, сменяясь вялостью и головной болью. При продолжении вдыхания бензина возникают яркие зрительные галлюцинации устрашающего характера, но страх сочетается с любопытством. Галлюцинации воспринимаются как реальность, опьяневший испытывает «сладкий ужас». Окружающее он не воспринимает. Такое состояние длится примерно полчаса, затем сменяется апатией, вялостью, головной болью.

При опьянении парами пятновыводителей тоже возникает эйфория. Эмоции передаются от одного опьяневшего

всей группе. Если засмеялся один, то начинают хохотать все. Дети и подростки могут произвольно вызывать видения. Они говорят: «О чем подумаю, то и увижу». Видения навеяны прочитанными или увиденными в кинофильмах приключениями. У подростков они могут иметь сексуальную тематику.

Если вдыхание паров пятновыводителя продолжается, то видения уже не возникают по желанию наркотизирующегося, а развиваются помимо его воли. От окружающего опьяневший отключен, но к своим видениям не относится как к реальности: он осознает, что галлюцинации вызваны интоксикацией.

При вдыхании паров ацетона, толуола, органических растворителей интоксикация более тяжелая. Возникает нарушение сознания по типу оглушения. Опьяневшие сидят в оцепенении, с застывшей улыбкой, что-то про себя бормочут, не реагируют на окружающее. Чтобы привлечь их внимание, надо несколько раз громко повторить вопрос, но они не сразу понимают, что к ним обращаются. Этот вариант интоксикации опасен возможностью тяжелого расстройства сознания – до сопора и комы. Кома – опасное для жизни состояние, требующее медицинской помощи.

При опьянении парами некоторых сортов клея возникают эйфория и галлюцинации по типу «мультиков». При передозировке может возникнуть тяжелое нарушение сознания – сопор, а затем кома. Если наркотизирующийся надевает целлофановый мешок на голову, бывают случаи, когда дети и подростки теряют сознание и погибают, так как не могут его снять.

Мода на различные ингалянты постоянно меняется. В разных регионах и в разных подростковых компаниях «нюхальщики» используют свои разновидности летучих наркотически действующих веществ. И даже в пределах одной подростковой группы вдыхаемые вещества могут сменяться.

Обычно кто-то из подростков, уже имеющий опыт вдыхания паров какого-либо ингалянта, предлагает «понюхать» своим приятелям, и вся группа начинает дружно наркотизироваться. Бывает так, что из магазинов на некоторое время пропадает определенный сорт клея или определенный пятновыводитель, так как подростки все скупают, чтобы иметь «свой запас». Потом подростки начинают пробовать еще какие-либо средства бытовой химии, содержащие органические растворители, и, если эффект ока-

зывается для них привлекательным, позволяя «балдеть» или «смотреть картинки», то вся группа переходит на новый ингалянт. И так они постоянно экспериментируют. Но некоторые отдают предпочтение одному ингалянту – из-за его доступности или дешевизны.

Пробуют «нюхать» многие подростки, но не у всех развивается зависимость. У многих после первых же попыток возникают тошнота, рвота, сильная головная боль, даже сам запах растворителя вызывает отвращение, и они отказываются от продолжения.

Систематически наркотицируются парами ингалянтов те подростки, у которых нет таких побочных эффектов.

У большинства подростков, систематически «нюхающих» ингалянты, есть различные психические отклонения, предшествовавшие наркотизации. Многие из них до наркотизации злоупотребляли алкоголем. С развитием зависимости от ингалянта они перестают употреблять спиртное, так как интоксикация наркотически действующими веществами становится для них более привлекательной.

Установить, что подросток начал нюхать летучие наркотически действующие вещества, несложно. Укажем объективные признаки:

во-первых, от одежды и волос исходит характерный запах, свойственный тому или иному растворителю. Этот запах длительное время сохраняется даже в выдыхаемом подростком воздухе;

во-вторых, расспросив родителей, можно установить, что дома появились пустые и полные флаконы, тюбики, бутылки и баллоны с различными средствами бытовой химии. В карманах одежды, школьном ранце подросток постоянно носит емкость с летучим наркотическим веществом и различные «вспомогательные» предметы – тряпки, вату, трубки, целлофановые пакеты, от которых исходит тот же запах;

в-третьих, эти препараты оставляют внешние следы в виде сыпи вокруг рта и носа, раздражение век и глаз.

В тех случаях, когда подросток выбривает часть волос или все волосы, чтобы всасывание происходило через поверхность кожи, установить это тоже несложно: кожа в месте прикладывания тряпки с растворителем покрасневшая, раздраженная.

Педагоги и родители могут обратить внимание на то, что изменился внешний вид подростка (ребенка). Он вы-

глядит исхудавшим, бледным, пренебрегает гигиеной. У него пропал аппетит, нарушен сон. Он стал повышенно утомляемым, плаксивым и раздражительным, чего ранее за ним не замечалось.

Одним из косвенных признаков наркотизации может служить и изменение поведения учащегося, что является общим для всех токсикоманий в этом возрасте (равно как и для употребления алкоголя). Он прогуливает занятия, хуже учится, не готовит домашние задания, а потом и вовсе перестает ходить в школу, почти не бывает дома, все время проводит среди сверстников на улице.

Дети и подростки, регулярно вдыхающие пары органических растворителей, становятся грубыми, раздражительными, на вопросы учителей и родителей огрызаются.

При систематической наркотизации у подростка уже нет ни времени, ни желания самостоятельно зарабатывать, даже если раньше он мыл машины или продавал газеты. Поэтому из дома могут пропадать деньги и вещи. Могут быть случаи воровства и у одноклассников.

Некоторые подростки со временем перестают скрывать ингаляцию наркотически действующим веществом, вдыхают его дома, уже не в группе, а в одиночку. Если пытаются отобрать у него ингалянт или прервать вдыхание, подросток может даже подраться с родителями.

Сформированная зависимость от наркотически действующего ингалянта проявляется влечением. Приятным становится только состояние интоксикации, а все, что раньше интересовало подростка, теряет свое значение. Влечение проявляется в неуправляемом поведении. Как бы родители и учителя ни стремились препятствовать наркотизации, подросток находит пути, чтобы ее продолжить.

АБСТИНЕНТНЫЙ СИНДРОМ ПРИ ТОКСИКОМАНИИ ИНГАЛЯНТАМИ

Абстинентный синдром развивается после 3–6 месяцев систематического вдыхания ингалянтов. Возникает он к концу первых суток после прекращения вдыхания наркотически действующего растворителя.

Вначале появляются подавленное настроение или злобная раздражительность, тяжелая головная боль, приступы потливости, двигательное возбуждение.

Школьный врач может установить объективные симптомы: расширение зрачков, дрожание пальцев рук, век и языка, повышение сухожильных рефлексов, судорожные подергивания отдельных мышечных групп.

На вторые сутки возникают тревога, настороженность, учащение пульса, повышение артериального давления, боль и чувство неудобства в мышцах, мышечное напряжение. Больной становится скандальным, агрессивным, угрожает самоубийством.

Затем настроение падает, возникает тоска, снижается двигательная подвижность. Токсикоман лежит в постели, жалуется на различные неприятные ощущения во всем теле.

Общее состояние утяжеляется в течение 4–6 дней, затем постепенно проявления абстиненции проходят, но длительное время остаются раздражительность, приступы тоски или злобы, бессонница.

Общая длительность абстинентного синдрома 10–15 дней. Еще 1–1,5 месяца длится состояние неустойчивого равновесия.

ПОСЛЕДСТВИЯ И ОСЛОЖНЕНИЯ ТОКСИКОМАНИИ ИНГАЛЯНТАМИ

Эти вещества очень токсичны, поэтому осложнения появляются рано, уже после нескольких недель частых и продолжительных ингаляций.

Через 2–3 месяца регулярной наркотизации снижаются сообразительность, возможность концентрации внимания, нарушается память. Школьники не могут запомнить и удержать в памяти новый учебный материал, не способны вспомнить и ранее полученную информацию. Они не могут решить даже простейших задач по математике, безразличны к отметкам и полностью теряют интерес к учению. Жалуются на головную боль, головокружение, непереносимость транспорта, бессонницу. Ухудшается способность ориентироваться в меняющейся обстановке. Речь бедная, с использованием одних и тех же слов и речевых оборотов.

Снижение интеллекта проявляется и в том, что юные токсикоманы перестают скрывать наркотизацию от взрослых, могут вдыхать ингалянты в общественных местах и даже в школе.

Через несколько месяцев развиваются **токсическая энцефалопатия и слабоумие**.

Устойчивое поражение мозга вызывается не только парами растворителей, но и содержащимися в летучих препаратах высокими концентрациями тяжелых металлов, меди и цинка.

Помимо тяжелых психических нарушений, токсическая энцефалопатия проявляется неврологическими расстройствами. Поражаются дизэнцефальная область, мозжечок, большинство структур мозга, происходят дегенерация, дистрофия и атрофия нервных клеток и волокон. Возникают периферические невриты, поражаются черепно-мозговые нервы. При передозировках возможны судорожные припадки.

Возникают поражения печени, почек и дыхательных путей. Практически у всех больных развиваются токсический гепатит и нефрит, так как органические растворители оказывают на них токсическое действие. Поражаются костный мозг и иммунная система.

Смерть может наступить от паралича дыхательного центра, асфиксии (удушья) или из-за несчастных случаев.

В целом токсикомания летучими наркотически действующими веществами является одной из наиболее злокачественных, тем более, что поражает она детей и подростков.

Глава 10

ГАШИШНАЯ НАРКОМАНИЯ (ГАШИШИЗМ)

Гашиш – высушенное и спрессованное смолистое вещество, которое добывают с поверхности цветущих верхушек индийской или американской конопли («*cannabis indica*», «*cannabis americana*»); отсюда название «каннабиолы»). Больше всего каннабиолов в индийской конопле. Каннабиолы содержатся также в листьях и побегах растений.

В США и Европе используют высушенные и измельченные листья и верхние части стеблей конопли («травка», **марихуана**). Действие марихуаны значительно слабее действия гашиша.

В нашей стране другие названия гашиша – «анаша», «план», «дурь», «паль». Действующее вещество – тетрагидроканнабиол, поэтому эту форму называют еще каннабиоловой (или каннабиоидной) наркоманией.

Жаргонные названия марихуаны в англоязычных странах – pot, muggle, weed и другие. В странах Востока гашиш называют «банг», «гауза», «хуррус», «черес», «кафур».

Гашиш или марихуану курят, смешивая с табаком и набивая этой смесью папиросу, или в виде чистой смолы курят в кальянах. Банг жуют. Иногда гашиш добавляют к спиртным напиткам, пище или сладостям, заваривают, как кофе. В странах европейской цивилизации больше распространено курение; остальные способы наркотизации практикуются в арабских и азиатских странах.

Больше всего гашишизм распространен в местах выращивания конопли. В некоторых государствах до 60% мужчин являются гашишистами. Особенно распространен гашишизм в мусульманских странах, где употребление спиртного по закону шариата запрещено.

Гашишизм занимает второе место по распространенности среди других наркологических заболеваний во всем мире (после алкоголизма).

Зарубежные психиатры не считают гашишизм опасной наркоманией. Так, около одной трети американцев пробовали марихуану, однако не все стали наркоманами. Недооценка американскими психиатрами злоупотребления марихуаной вызвана тем, что, во-первых, действие марихуаны почти в 10 раз слабее, чем гашиша; во-вторых, в распоряжении американских наркоманов широкий выбор вполне доступных наркотиков, и многие пациенты со временем предпочитают более сильнодействующие препараты, так называемые «тяжелые» наркотики, а случаи чистых наркоманий марихуаной довольно редки; в-третьих, курение марихуаны распространено в таких слоях населения, которые обычно не попадают в поле зрения психиатров и самостоятельно за медицинской помощью не обращаются (криминальная среда, творческая элита, студенты, учащиеся школ).

В последнее время и в нашей стране обсуждается вопрос о том, что курение марихуаны почти безвредно, поэтому-де его можно разрешить, чтобы у молодежи не было соблазна попробовать другие наркотики. Причем эту жаркую дискуссию ведут непрофессионалы, почему-то забывая спросить мнение психиатров-наркологов.

Так вот, во-первых, курение марихуаны (гашиша) далеко не безвредно. К каким последствиям оно приводит, читатель узнает чуть ниже. Во-вторых, этот наркотик считается «входным», он как бы «открывает ворота» другим

наркоманиям. Если человек, тем более в таком уязвимом возрасте, как подростковый, привыкает «затуманивать» собственные мозги, то «свежие» мозги для него уже непривлекательны. Подросток начинает с курения марихуаны, а в дальнейшем переходит на другие, «тяжелые» наркотики.

В Голландии был проведен эксперимент: в течение некоторого времени всем желающим бесплатно давали марихуану. Что творилось на этой площади! Желающих было более чем достаточно и среди них наверняка были и те, кто еще ни разу не пробовал наркотики, но из любопытства тоже пришел за бесплатной дозой. Всюду на ступеньках и просто на тротуаре группами и поодиночке сидели «закайфованные», погруженные в собственные ощущения. Мало того, те, кто принимал «тяжелые» наркотики, по-прежнему продолжали их принимать.

Так что официальное разрешение курения марихуаны не только не уменьшит числа наркоманов и не будет способствовать отказу от «тяжелых» наркотиков, но и привлечет тех, кто еще ни разу не пробовал наркотиков.

Исследованиями отечественных наркологов установлено, что при гашишизме не только возникает физическая зависимость, но и в целом гашишная наркомания развивается по общим закономерностям, свойственным всем наркоманиям. Исход гашишизма – так называемый апато-абулический синдром, напоминающий конечное состояние (дефект) при шизофрении. Это необратимое состояние, дефект, и этим все сказано.

Так что о «безвредности» этой формы наркомании может говорить только совершенно невежественный человек.

Поскольку действующее вещество и у гашиша, и у марихуаны – каннабиолы, а закономерности сходны, далее для упрощения изложения мы не будем разделять их, используя название «гашиш» для обоих вариантов наркотиков, а наркоманию будем обозначать как «гашишизм», или «гашишную наркоманию».

ОПЬЯНЕНИЕ ГАШИШЕМ

При первых попытках курения гашиша человек может не испытывать никаких ощущений. Обычно новичков приучают более опытные курильщики, показывая, как нужно держать папиросу, как затягиваться. Для проявления наркотического эффекта необходима установка курящего на опьянение.

Первыми ощущениями являются легкое головокружение и чувство, что перед глазами «все поплыло». Затем возникают беззаботность, легкое и приятное «одурение», приятная теплота, тяжесть в руках и ногах. Может быть ощущение дрожи в руках.

В первые 2–5 минут у некоторых подростков может быть чувство страха и тревоги, пугливость и беспокойство.

Спустя 10–20 минут наступает расслабленность, благодушие. Появляются ощущение легкости мыслей и тела, необычная легкость движений. Опьяневшему хочется двигаться, он болтлив, течение его мыслей ускоряется. Происходят расстройства восприятия: пространства, цвета, освещенности, звуков, времени и собственного тела.

У разных людей искажение восприятия проявляется по-разному. Одни воспринимают цвета яркими, насыщенными, предметы с четкими контурами и деталями, другим все окружающее кажется тусклым и расплывчатым.

Собственные руки и ноги кажутся длинными и толстыми, как бревна.

Звуки слышатся как приглушенные, мягкие. Или, наоборот, слух резко обостряется, опьяневший слышит каждый шорох.

Нет ощущения времени – опьяневшему кажется, что время тянется очень медленно, а у его приятелей течение времени может, наоборот, ускориться.

Искажается оценка расстояния – опьяневшему кажется, что предметы отдаляются. Например, потянувшись за спичками, он производит такие движения, как будто они лежат не рядом, а далеко от него. Особенно опасно, когда в состоянии гашишного опьянения человек садится за руль мотоцикла или автомашины. Он не способен правильно оценить дистанцию до других машин, близко идущая впереди машина кажется ему очень удаленной, и он может врезаться в нее на полном ходу. Точно так же он может вехать и в дорожный столб, и в здание, сбить человека. Тротуары или узкая проезжая часть дороги кажутся опьяневшему широким проспектом, по которому он свободно проедет, и это тоже может привести к аварии. Мелкие предметы кажутся огромными, и, объезжая на дороге небольшое препятствие, он может врезаться в соседние машины или ближайшее здание.

У каждого человека могут преобладать те или иные расстройства восприятия. Может быть устойчивое сохранение характера нарушений при каждом последующем курении или их последовательная смена.

Мысли текут быстро и легко, что приятно опьяневшему.

Из-за благодушия, повышенного настроения решения принимаются легко, без раздумий, беспечно. Мышление поверхностное; опьяневший не способен предвидеть последствия своих поступков и может совершить безответственные действия.

Особенностью гашишного опьянения является и то, что человек может видеть себя как бы со стороны и отстраненно оценивать все, что с ним происходит.

Объективные признаки гашишного опьянения: покраснение кожи (у некоторых, наоборот, может быть неестественная бледность), блеск и покраснение глаз, расширение зрачков. Температура тела снижена, кожа на ощупь холодная, иногда на лбу выступает пот. Пульс учащен до 100 ударов в минуту, частота дыхания учащается до 30 в минуту. Речь заплетаящаяся, как при алкогольном опьянении. Координация движений нарушена: стоя, опьяневший пошатывается, пальцы рук дрожат. Школьный врач может установить повышение сухожильных рефлексов и покачивания глазных яблок при крайнем отведении в сторону (латеральный нистагм).

Одним из характерных объективных признаков является специфический сладковатый запах смолы от одежды, от волос курившего и в помещении, где курили гашиш. Этот запах долго сохраняется.

В состоянии гашишной интоксикации ощущаются сухость во рту, першение в горле, жажда, чувство голода. Но опьяневшие не едят, чтобы не отвлекаться от своих ощущений, пьют только горячую воду, так как холодная вода отвзвляет.

С течением времени мышление становится непоследовательным, отрывочным. Сознание сужается, опьяневший не способен концентрировать внимание.

Сужение сознания и восприятия проявляется в том, что в состоянии интоксикации гашишисты общаются только с членами своей компании. Если к ним подойдет новый человек, они не обращают на него внимания, и нужно усилие, чтобы внимание опьяневшего переключилось на новый объект. И тут же внимание курящего гашиш снова переключается на «своих».

В пределах группы курящих гашиш эмоции очень легко передаются от одного человека другому. Если один засмеется, тут же начинают хохотать без всякой причины остальные. Если один вдруг заплачет, то начнут плакать все остальные курильщики.

В таких случаях говорят о заразительности эмоций. Психиатры называют их индуцированными. Произвольно прекратить такие индуцированные эмоциональные проявления опьяневший не может.

С такой же легкостью передается не только веселье, но страх и ужас. Стоит одному испугаться, все разбегаются, прячутся, и только потом приходят в себя. Причем эмоции передаются не с помощью слов, а мимически или иным путем.

Помимо индуцирования эмоциональных реакций наблюдаются такие симптомы, как эхोलалия и эхопраксия – повторение сказанных кем-то слов или движений.

Агрессивность нехарактерна для гашишного опьянения, но если один из наркоманов сломает что-нибудь, то из-за индуцированных эмоций остальные начинают крушить все, что подвернется под руку.

Опьяневшие говорливы, с жаром болтают о пустяках, оживленно жестикулируют, строят гримасы, приплясывают или отбивают ритм рукой или ногой.

В состоянии гашишной интоксикации усиливается сексуальное влечение и повышается потенция.

С углублением интоксикации мышление становится все более бессвязным. Возникают галлюцинации. При появлении галлюцинаций и страха могут возникать элементы бреда, в котором интерпретируются расстройства восприятия и эмоциональные проявления. Затем наступает состояние оглушенности. Двигательное оживление сменяется вялостью, обездвиженностью, которая может перемежаться периодами двигательного возбуждения с отрывочной и бессвязной речью.

Могут быть тошнота, рвота, головная боль, приступы головокружения, звон в ушах. Возможно резкое падение артериального давления (коллапс), что требует медицинской помощи.

При выходе из интоксикации возбуждение спадает, усиливаются вялость, слабость, заторможенность, апатия. Артериальное давление снижается.

В состоянии опьянения больные обычно не едят, а на выходе из интоксикации они испытывают сильный голод и могут съесть огромное количество пищи.

Если опьяневшему никто не мешает, наступает сон, который длится 10–12 часов. Сон беспокойный, опьяневший часто вздрагивает, что-то бормочет.

Общая длительность гашишного опьянения – несколько часов.

При передозировке гашиша состояние глубокой интоксикации утяжеляется, нарастает нарушение сознания – от оглушенности до сопора и комы. Возможны судорожные припадки по типу припадков при эпилепсии и психозы. Гашишный психоз может развиваться даже при однократном употреблении наркотика.

В состоянии психоза больной возбужден, то много и бессвязно говорит, то внезапно замолкает. Возникают галлюцинации устрашающего содержания и бред преследования. Под влиянием своих галлюцинаций больной может внезапно броситься бежать или наброситься на других людей, приняв их за преследователей. Эмоциональные реакции быстро сменяются, что отражается в мимике – на лице страх, который может смениться выражением растерянности, а затем беспричинным весельем.

У некоторых больных наблюдается состояние отрешенности от окружающего; они полностью погружены в свои грезы и фантазии, ни на что не реагируют, но на лице отражаются их переживания – выражение блаженства или ужаса.

В состоянии психоза внимание больного можно привлечь с трудом и только временами. Он погружен в свои переживания, не может сконцентрировать внимание, на вопросы отвечает невпопад, мимика не соответствует тому, что он говорит. Иногда больной застывает в одной позе, не реагируя на окружающее.

Продолжительность психоза – от нескольких часов до нескольких дней. Выход из психоза сопровождается глубоким сном, а затем в течение 2–3 недель наблюдаются слабость, вялость, трудность сосредоточения внимания, повышенная утомляемость.

Интоксикация марихуаной похожа на опьянение гашишем. Это состояние эйфории с неуместным смехом, неспособностью правильно оценивать окружающее и отчуждением от него, нарушением ориентировки во времени. Или же это состояние дисфории (раздраженно-злобного настроения), тревоги, подозрительности. Могут быть галлюцинации, нарушение самосознания и бред преследования в легкой форме.

Объективные симптомы интоксикации марихуаной: покраснение глаз, учащение пульса, сухость во рту и повышенный аппетит. В зависимости от дозы могут быть понижение температуры тела и эффект психического расслабления.

При курении больших доз может развиваться психоз (делирий) с паническими симптомами или длительный психоз (до 6 недель).

Длительное курение может привести к возникновению тревоги или депрессии и апатоабулического синдрома – состояния апатии и полного безволия, нежелания ничем заниматься.

Марихуана часто сочетается с алкоголем, а также с кокаином и другими наркотиками.

ТЕЧЕНИЕ ГАШИШНОЙ НАРКОМАНИИ

Вначале употребление гашиша бывает эпизодическим. Этот этап может продолжаться 2–3 года. В целом формирование зависимости происходит медленнее, чем при других формах наркоманий. Однако при ежедневном курении признаки психической зависимости могут появиться уже через несколько месяцев.

При курении марихуаны признаки зависимости развиваются значительно медленнее, чем при курении гашиша.

Если подросток курит гашиш эпизодически, не чаще 1–2 раз в неделю, то в течение первого года зависимости от наркотика еще нет. Отсутствует предпочтительность наркотика (что является первым признаком зависимости). Подросток может иногда курить гашиш, но с удовольствием пьет и спиртное. Если ему предлагают покурить гашиш, он не отказывается, но не отказывается и пойти в компанию, где не курят, а только пьют алкогольные напитки.

Одним из мотивов курения гашиша помимо эйфории может быть стремление повысить сексуальное влечение и потенцию; этот мотив больше свойствен взрослым мужчинам. Подросткам же больше нравится «балдеть».

Толерантность при эпизодическом курении может возрасти с одной сигареты или папиросы до 3–5.

Влечение к курению гашиша формируется медленно, по типу привычки. Это напоминает формирование влечения к алкоголю. Как уже говорилось, при последнем болезнь развивается из бытового пьянства.

Со временем курение гашиша становится привычным удовольствием, без которого человек испытывает неудовлетворенность и психический дискомфорт. И это уже свидетельствует о появившемся влечении. До формирования признаков наркотической зависимости проходит 1–1,5 года.

Курение гашиша еще чередуется с приемом спиртного, но постепенно алкоголь вытесняется, и через 6–8 месяцев формируется предпочтение гашиша.

ПЕРВАЯ СТАДИЯ ГАШИШНОЙ НАРКОМАНИИ

Курение может по-прежнему происходить в группе, но наркоман может курить и в одиночестве.

При наличии психической зависимости подросток сам начинает искать пути приобретения наркотика. Поскольку сейчас это не представляет трудности (гашиш можно купить на любом рынке, и стоит он дешевле других наркотиков), то ищущий легко находит возможность приобрести наркотик. Если у него нет наркотика, он недоволен, постоянно вспоминает о приятном опьянении и хочет его повторения.

Курение гашиша становится систематическим. Для получения прежнего эффекта доза увеличивается. Возрастает толерантность, что проявляется потребностью курить несколько раз в день. Исчезает сон.

В состоянии гашишной интоксикации становятся менее заметными ее внешние признаки.

Длительность первой стадии 2–5 лет, что больше продолжительности аналогичной стадии при опийной наркомании, наркомании стимуляторами и снотворными.

ВТОРАЯ СТАДИЯ ГАШИШНОЙ НАРКОМАНИИ

На этой стадии состояние расслабленности в опьянении может быть очень кратким. В дальнейшем наркоман становится собранным, работоспособным, активным, т.е. гашиш оказывает стимулирующее действие.

В опьянении становятся менее выраженными нарушения восприятия. При глубокой интоксикации уже не бывает того состояния оглушенности, которое наблюдалось на начальных этапах курения гашиша и в первой стадии.

Опьянение длится 1–1,5 часа, затем снижаются тонус, энергичность и работоспособность, интерес к окружающему падает. Гашишист становится вялым, сонливым, раздражительным. Такое состояние длится, пока он не покурит снова. Для поддержания постоянной бодрости наркоман должен курить многократно в течение дня. Не-

которые гашишисты курят непрерывно. Чтобы заснуть, наркоман должен выкурить на ночь повышенную дозу.

Чтобы продлить состояние опьянения и расслабленности, гашишисты иногда выпивают небольшое количество слабоалкогольных напитков. С целью усиления действия гашиша наркоманы используют теплое питье, стараются курить в теплом помещении, в тихой обстановке, чтобы исключить воздействие внешних раздражителей. С этой же целью они переходят на одиночное курение гашиша, чтобы ничто не мешало ощущать действие наркотика.

Невозможность удовлетворить влечение к наркотику проявляется раздражительностью, недовольством, отсутствием интереса ко всему, что не связано с курением, рассеянностью.

Формируется физическая зависимость, и опьянение становится единственно возможным состоянием, в котором возможен не только психический, но и физический комфорт. Вне интоксикации гашишист уже не способен не только к интеллектуальной, но и к физической нагрузке.

Неодолимое влечение при гашишизме не столь выражено, как при других формах наркоманий; нет такой психической напряженности, взрывчатости и беспричинной злобы. Если при других наркоманиях в состоянии абстиненции больные представляют реальную угрозу для окружающих, так как способны к любому преступлению с насилием, то гашишисты обычно совершают лишь мелкие кражи, мошенничество.

АБСТИНЕНЦИЯ ПРИ ГАШИШНОЙ НАРКОМАНИИ

Абстиненция формируется медленно, в течение нескольких месяцев, что тоже отличает эту форму наркомании от других. Она возникает не ранее чем через 2–3 года систематического курения.

Через 4–5 часов после курения возникают вялость, мышечная слабость, беспокойство, бессонница, потеря аппетита, озноб, зевота. Настроение раздраженно-злобное. Больные сварливы, мрачны, враждебны, по незначительному поводу могут раскричаться с угрозами в адрес того, кто препятствует курению или пытается удержать гашишиста от поисков наркотика.

Затем к этим симптомам присоединяется компульсивное влечение к наркотику. Влечение к гашишу – самый длительный и мучительный симптом абстиненции.

Самочувствие больных плохое, они слабы, вялы, безынициативны, рассеянны, быстро утомляются при любом психическом или физическом напряжении. Такое состояние длится до конца первых суток.

Объективные признаки, которые может установить школьный врач: мышечное напряжение, подергивание отдельных мышечных пучков, мелкое дрожание пальцев рук, повышение сухожильных рефлексов. Артериальное давление повышено, пульс и дыхание учащенные.

Далее появляются разнообразные неприятные ощущения в различных частях тела и внутренних органах – сжимающие боли в области сердца, тяжесть и чувство сдавления в области груди, затруднение дыхания, головная боль давящего или сжимающего характера, шум в голове, неприятные ощущения в костях, мышцах, на коже и под кожей – жжение, покалывание, дергание, ползание; такие же неприятные ощущения больные испытывают во всех внутренних органах.

Компульсивное влечение интенсивно. Раздраженно-злобное настроение сменяется депрессией, плаксивостью, беспокойством и капризностью. В таком состоянии высок риск совершения самоубийства. Но у некоторых больных возникает не депрессия, а тревога, и на третьи–пятые сутки воздержания развивается абстинентный психоз.

При гашишизме, как и при наркомании стимуляторами, психозы развиваются и при передозировках, и в состоянии абстиненции. Они могут быть даже при однократном курении гашиша. У 15% курильщиков встречаются хронические психозы. При этом развивается бред преследования с тревогой, подозрительностью, сочетающиеся с апатией, безволием и бездеятельностью.

Общая длительность абстиненции при гашишизме – от 2 недель до 1 месяца. В самых легких случаях состояние больного может улучшиться через 2–3 дня. Самый тяжелый период абстиненции приходится на третьи–седьмые сутки.

ТРЕТЬЯ СТАДИЯ ГАШИШНОЙ НАРКОМАНИИ

Третья стадия развивается через 10 лет систематического курения гашиша. На этой стадии происходят те же изменения, что и при других наркоманиях. Падает переносимость наркотика. Снижается его опьяняющий эффект, и гашиш оказывает лишь тонизирующее действие. Вне опь-

янения гашишист не способен ни на какую деятельность – ни интеллектуальную, ни физическую.

Курение гашиша постоянное в течение дня. Возможна и периодическая наркотизация: в течение определенного периода больной непрерывно курит гашиш, пока его состояние не ухудшается столь значительно, что он вынужден прекратить курение из-за непереносимости наркотика. В течение определенного светлого промежутка гашишист «выхаживается» и набирается сил, а затем вновь возникает неодолимое влечение к наркотику, и вновь наступает период постоянного курения.

Такая же форма потребления наблюдается при наркомании стимуляторами и на третьей стадии алкоголизма.

Абстинентный синдром в третьей стадии более затяжной, чем на предыдущей. Здесь на первый план выступают многочисленные осложнения гашишной наркомании.

ПОСЛЕДСТВИЯ И ОСЛОЖНЕНИЯ ГАШИШНОЙ НАРКОМАНИИ

Самым заметным последствием гашишизма являются прогрессирующее психическое и физическое истощение, нарастание отупения. Именно поэтому последствия гашишизма напоминают глубокое дефектное состояние при шизофрении.

Больные полностью безынициативны, безвольны в любых вопросах, не имеющих отношения к наркотизации. Они не хотят ничем заниматься, могут целый день курить, тупо уставившись в одну точку. Утрачиваются все социальные связи: гашишисты теряют трудоспособность и становятся инвалидами.

Такому дефектному состоянию предшествует этап патологического развития личности.

Тяжелые психические осложнения гашишизма связаны с тем, что гашишная интоксикация вызывает в головном мозгу сосудистые нарушения, дистрофические изменения и поражение нервных клеток коры головного мозга и других его отделов.

Кроме того, при гашишизме поражается большинство внутренних органов. Развиваются миокардиодистрофия, стенокардия, нарушения сердечного ритма и сердечной проводимости, стойкое повышение артериального давления, гепатит и атрофия печени, почечная недостаточ-

ность, поражение зрительных нервов и сетчатки глазного яблока. Постоянное курение гашиша и вдыхание дыма, содержащего большое количество вредных веществ, приводят к заболеваниям органов дыхания – хроническому бронхиту, предраковым изменениям слизистой оболочки дыхательных путей.

У мужчин сексуальное влечение и потенция, которые повышались на начальных этапах, снижаются; возникает импотенция. Уменьшается выделение мужских половых гормонов и может развиваться гинекомастия (появление женских вторичных половых признаков).

Осложнения при гашишизме легче, чем при наркомании стимуляторами и снотворными, но гораздо тяжелее, чем при опиомании и алкоголизме. Хотя в целом гашишизм формируется гораздо медленнее, чем опийная наркомания, но осложнения возникают гораздо раньше.

Смертность при гашишизме связана с многочисленными его осложнениями, а также с самоубийствами.

Глава 11

ТОКСИКОМАНИЯ СНОТВОРНЫМИ СРЕДСТВАМИ И ТРАНКВИЛИЗАТОРАМИ

Средствами, которые вызывают зависимость, являются следующие препараты:

барбитураты – этаминал-натрий (другое его название нембутал), барбамил (амитал-натрий), барбитал-натрий, эстимал, мединал, гексобарбитал, веронал (барбитал), люминал (фенобарбитал), фанодорм (циклобарбитал) и другие;

производное пиридинового основания – ноксирон;

транквилизаторы бензодиазепинового ряда – седуксен (синонимы – сибазон, реланиум, диазепам), элениум (хлордиазепоксид, либриум), феназепам, тазепам (нозепам), оксазепам, лоразепам, а также транквилизаторы других химических групп – триоксазин, мепробамат и другие;

снотворное бензодиазепинового ряда – радедорм (синонимы – зуноктин, нитразепам);

снотворные других химических групп – хлоралгидрат, паральдегид, адалин, бромурал (бромизовал) и многие другие.

Чаще всего злоупотребляют такими снотворными средствами и транквилизаторами, как нембутал, седуксен, зуноктин, мепробамат.

Злоупотребление снотворными средствами возникло в XX веке. Это болезнь преимущественно стран европейской цивилизации.

В нашей стране барбитураты долгое время не считались наркотиками, хотя они взяты под международный контроль уже с 1956 года. Лишь с середины 80-х годов это было сделано и в нашей стране. Ноксирон считался у нас наркотиком еще раньше.

Наркотическая зависимость от барбитуратов называется **барбитуроманией** или **барбитуровой наркоманией**, зависимость от других средств этой группы – **токсикоманией снотворными или седативными средствами**. Ноксирон отдельно наркоманы обычно не используют; они применяют его в основном в сочетании с опиатами. В таких случаях говорят об опийно-ноксироновой полинаркомании.

Остальные снотворные и седативные средства наркотиками не считаются, включение их в список наркотиков проблематично – они слишком широко используются в медицине.

Транквилизаторы и снотворные средства используют больные алкоголизмом для усиления алкогольного опьянения, больные другими формами наркоманий и токсикоманий – чтобы облегчить состояние абстиненции при невозможности достать предпочитаемый наркотик, а также для того, чтобы заснуть (например, при наркомании стимуляторами).

Распространенности этих форм наркоманий и токсикоманий способствовало бесконтрольное использование указанных препаратов. Хотя они вызывают наиболее тяжелую форму лекарственной зависимости, но тем не менее снотворные и транквилизаторы используются повсеместно, нередко их выписывают даже врачи общемедицинской практики, стоит пациенту пожаловаться на раздражительность или плохой сон. В последние годы некоторые препараты этой группы можно купить даже без рецепта. Особенно опасно назначение этих препаратов больным алкоголизмом, у которых очень быстро развивается зависимость по типу политоксикомании.

В США зависимость от снотворных и седативных средств обнаруживается у 1,1% всего населения. В нашей стране этой форме злоупотребления еще не уделяется долж-

ного внимания. Правоохранительные органы не проводят активного выявления наркоманов и токсикоманов. Выявляются в основном злоупотребляющие наркотиками опиийной группы. Пересекаются пути контрабанды опиатов, кокаина и гашиша (марихуаны), да и то недостаточно.

Хотя сейчас появилось много новых видов наркотиков, проблема барбитуромании и токсикомании транквилизаторами не утратила своей актуальности, а при таком бесконтрольном использовании останется острой еще надолго.

Важной особенностью снотворных средств и транквилизаторов является то, что их действие разделяется на две фазы: первая – активизирующая, вторая – собственно седативная, или снотворная.

Первая фаза действия этих средств очень кратковременна. Если человек принимает снотворное или транквилизатор с лечебной целью, соблюдая предписанную врачом дозировку, активизирующая фаза не проявляется. Для проявления активизирующего эффекта средств этой группы надо, во-первых, иметь установку на эйфоризирующее (наркотическое) действие и, во-вторых, превышать терапевтические дозировки.

Если человек произвольно увеличивает дозировки, считая, что та доза, которая рекомендована врачом, не дает желаемого эффекта, то риск проявления активирующего эффекта повышается. Этому способствуют и сопутствующие обстоятельства: например, человек, приняв снотворное и полагая, что оно подействует не сразу, решает перед сном немного почитать, посмотреть телевизор или послушать музыку. В такой ситуации может проявиться первая фаза действия снотворного, и человек вместо того, чтобы заснуть, вдруг почувствует прилив бодрости, спать ему совсем расхочется, наоборот, появится желание чем-нибудь заняться.

Бывает, что люди, совершенно не отдавая себе отчета в том, что они делают и каковы будут последствия, начинают принимать снотворные уже и днем, «для бодрости». В таких случаях формируется зависимость от снотворных, которая называется «токсикоманией поневоле».

По таким же закономерностям развивается и токсикомания транквилизаторами, когда пациенты начинают принимать их в увеличенных дозировках.

Это менее злокачественный вариант, чем тот, когда снотворные изначально принимаются с наркотической целью, но последствия такой зависимости все равно значительны,

так как снотворные и седативные средства обладают угнетающим действием на центральную нервную систему. Даже привыкание к постоянному приему снотворных или успокаивающих средств в терапевтических дозах представляет опасность, а уж зависимость с превышением лечебных дозировок – тем более.

Именно поэтому психиатры так беспокоятся о бесконтрольном потреблении снотворных и успокаивающих средств. Большинство людей не знает, какие серьезные последствия имеет прием даже обычных доз этих препаратов, а превышение доз и регулярный прием – и подавно.

Даже сравнительно небольшой период регулярного приема препаратов этой группы вызывает нарушения памяти, ухудшение интеллектуальной деятельности, снижение концентрации внимания. Особенно опасным является то, что успокаивающие и снотворные средства снижают реакцию на внешние раздражители, что особенно важно, если требуется быстрая реакция. Например, подросток переходит улицу и не сможет среагировать на быстро едущую машину. То же самое может случиться, если он ведет мотоцикл или едет на велосипеде по оживленной трассе. У принимающего транквилизаторы или снотворные средства при переходе улицы, или в метро на эскалаторе, или за рулем мотоцикла может случиться внезапное падение артериального давления (коллапс), потеря сознания, сердечная недостаточность и многие другие опасные для жизни состояния, поскольку все эти препараты значительно влияют и на центральную нервную систему, и на тонус сосудов, и на деятельность сердца и многих других органов.

Все это говорит о большой социальной значимости злоупотребления снотворными и седативными средствами.

ОПЬЯНЕНИЕ СНОТВОРНЫМИ СРЕДСТВАМИ И ТРАНКВИЛИЗАТОРАМИ

Наркотический эффект может наступить от 2–3 терапевтических доз барбитуратов, 3–5 доз транквилизаторов. Действие препаратов этой группы зависит от способа их введения. При приеме таблеток внутрь первую фазу – «приход» – ощущают только новички. Это легкое головокружение, потемнение в глазах.

Используется и внутривенное введение растолченных и разведенных водой таблеток барбитуратов или транквилиза-

торов в ампулах. При таком способе ведения и первая, и вторая фазы действия препаратов ощущаются более отчетливо.

Первая фаза действия при внутривенном введении возникает сразу же, «на игле». Ощущается «мягкий удар» в голове, в глазах темнеет, и все перед глазами плывет. Эти ощущения приятны. Окружающее не воспринимается, наркотизировавшийся «отключается». Длительность «прихода» – несколько секунд.

Объективные признаки при приеме барбитуратов: расширенные зрачки, покраснение лица и верхней части туловища, резкая мышечная слабость. Из-за мышечной слабости наркотизирующиеся вводят наркотик лежа, иначе не устоят на ногах.

Затем возникает беспричинное веселье, повышается двигательная активность. Опьяневшему кажется, что он совершает целенаправленные действия, но внешне его движения выглядят беспорядочными.

Он не способен осмысливать происходящее и свое поведение, легко отвлекается, в разговоре перескакивает с одной темы на другую, не помнит, о чем говорил только что.

При приеме наркотической дозы транквилизаторов в таблетках возникает состояние приятного покоя. Все, что недавно волновало, отходит на задний план и уже не беспокоит. Нарастает оглушение, опьяневший не сразу понимает смысл обращенного к нему вопроса, переспрашивает, отвечает с большой задержкой. Речь смазанная, походка неустойчивая.

При барбитуровой интоксикации окружающее воспринимается искаженно. Например, чье-то замечание, не имеющее к нему никакого отношения, подросток может расценить как оскорбительное и наброситься с кулаками на «обидчика». В состоянии опьянения он может пристать на улице к прохожему, затеять беспричинную ссору. В компаниях барбитуроманов очень часты драки. Часты и случаи агрессии к посторонним людям.

Настроение неустойчиво – опьяневший то весел и беспричинно смеется, то вдруг по незначительному поводу раздражается.

Внешне опьянение снотворными и транквилизаторами проявляется значительными нарушениями координации и дикции.

Движения больных в состоянии опьянения барбитуратами размашистые, избыточные, несогласованные – начиная какое-то движение, больной издали заносит руку.

Заметна неточность при выполнении мелких движений. Нарушается походка, больные как бы проваливаются, как будто у них подгибаются колени. При ходьбе и стоянии они пошатываются из стороны в сторону. Речь смазанная, нечеткая, как у сильно выпившего человека.

Вторая фаза интоксикации продолжается 2–3 часа.

Опьянение транквилизаторами похоже на опьянение барбитуратами, но нет такой агрессивности, больше расслабленность, вялость.

В целом опьянение снотворными и седативными средствами очень напоминает алкогольное опьянение, но оно гораздо тяжелее, выражены нарушения координации и мышления.

Если педагоги заметят учащегося в состоянии, напоминающем опьянение, но без запаха спиртного, нужно немедленно обследовать его у нарколога. Злоупотребление снотворными и транквилизаторами настолько опасно, что тут медлить нельзя. Если есть возможность, то кто-то из взрослых должен сопровождать подростка, если такой возможности нет, придется обратиться к правоохранительным органам, чтобы сотрудники отдела по борьбе с наркоманиями отвезли его в психоневрологический диспансер.

Чтобы школьный врач мог отличить опьянение снотворными от алкогольного, ему помогут следующие объективные признаки: расширение зрачков с вялой реакцией на свет, горизонтальный мелкоамплитудный нистагм (качательные движения глазных яблок при крайнем отведении в сторону) (при алкогольном опьянении нистагм тоже возможен, но он крупный); сероватый оттенок кожных покровов с большим количеством гнойничковых высыпаний, сальный налет на коже; коричневатый, неудаляемый шпателем налет на спинке языка, урежение пульса и снижение артериального давления (при алкогольном опьянении – наоборот, повышение артериального давления и учащение пульса); температура тела на 0,5–1 °С ниже нормального (при алкогольном опьянении температура тела обычно повышается).

При интоксикации барбитуратами и транквилизаторами больной не способен скрывать своего опьянения от окружающих даже в ситуации медицинского обследования.

При опьянении барбитуратами наступает третья фаза – сон. Он тяжелый, глубокий; разбудить человека в таком состоянии очень трудно. Мышцы вялые, руки и ноги тя-

желые и расслабленные. Сон длится 3–4 часа. Если прием барбитуратов происходил днем, то ночью больной с трудом засыпает. После пробуждения наступает четвертая фаза. Она проявляется вялостью, разбитостью, головной болью, чувством оцепенения и неспособностью сосредоточиться. Ощущается мышечная слабость, руки и ноги как ватные, движения неточные. Могут быть тошнота и рвота. Если барбитуроман выпьет горячей воды, то вновь может наступить опьянение.

При интоксикации транквилизаторами сон может не наступать. Опьянение завершается чувством вялости, разбитости, общей слабости и слабости в мышцах, может быть головная боль, чувство тяжести в голове.

Одной из важных особенностей барбитуромании, которая делает ее наиболее опасной формой наркоманий, являются регулярные **передозировки**. Причина передозировок, как и при алкоголизме, вызвана утратой контроля за количеством принимаемого препарата.

Утрата контроля возникает на определенном уровне интоксикации. Приняв свою обычную дозу и находясь в состоянии опьянения, барбитуроман, как и больной алкоголизмом, не удовлетворяется этой степенью интоксикации и «вдогонку» принимает еще несколько таблеток, потом еще, а дальше он уже не способен контролировать количество принятого наркотика и принимает весь имеющийся у него запас. Возникает передозировка, которая может быть очень тяжелой. Если рядом с больным кто-то есть, то в таком состоянии его госпитализируют в токсикологическое отделение, так как ему требуется срочная реанимационная помощь.

Передозировки у барбитуроманов очень часто заканчиваются смертью, так как смертельная доза барбитуратов для больных барбитуроманией и здоровых людей, не злоупотребляющих этими препаратами, различается незначительно. Барбитуроман немного превысил дозу, и назад дороги нет. Если он немедленно не окажется в токсикологическом отделении, то передозировка закончится трагически.

При злоупотреблении транквилизаторами тоже бывают передозировки, особенно на начальных этапах, когда наркотизирующийся еще не знает свою переносимость этих препаратов.

Передозировки возникают и на поздних стадиях токсикомании транквилизаторами, так как при этой форме за-

висимости, как и при алкоголизме и барбитуромании, в опьянении возникает утрата контроля за количеством принятого препарата.

В отличие от барбитуратов у транквилизаторов смертельная доза значительно отличается от комфортной; поэтому смерть наступает только при приеме очень большого количества препарата, превышающего 30–40 терапевтических доз. При приеме меньшей дозы больной лежит без сознания несколько суток в том месте, где он принимал транквилизаторы, и постепенно выходит из этого состояния самостоятельно или попадает в токсикологическое отделение с диагнозом «отравление».

Токсикологическое исследование крови таких больных обнаруживает чрезвычайно высокие концентрации транквилизаторов, от которых у здорового человека наступила бы смерть. Если больного даже в состоянии крайне тяжелого отравления вовремя госпитализируют и проведут необходимые токсикологические и реанимационные мероприятия, то некоторых удается спасти. Отравление у них протекает значительно легче, чем у здоровых людей, несмотря на смертельные концентрации препаратов в крови. По выходе из отравления возникают судорожные припадки, психозы, различные формы нарушения сознания.

После отравления у больных наркоманией и токсикоманией второй и третьей стадий возникает абстинентный синдром, но он не такой тяжелый, как при внезапном прекращении приема наркотических средств. После отравления в крови больных еще в течение нескольких суток содержится некоторое количество наркотического вещества, и это делает картину абстиненции смазанной.

После перенесенного отравления больные ничего не помнят: сколько они приняли препарата, что с ними было, кто вызвал врача. Могут вспомнить только самое начало периода интоксикации, да и то не всегда.

ПЕРВАЯ СТАДИЯ БАРБИТУРОМАНИИ И ТОКСИКОМАНИИ ТРАНКВИЛИЗАТОРАМИ

Как и при всех других наркологических заболеваниях, в течении этой формы зависимости выделяют три стадии.

Барбитураты, транквилизаторы и алкоголь обладают перекрестной толерантностью, т. е. высокая толерантность

к алкоголю обуславливает и толерантность к любым снотворным средствам и транквилизаторам.

На первой стадии барбитуровой наркомании и токсикомании транквилизаторами возможно чередование приемов спиртного и снотворных или транквилизаторов.

Например, больной принимает снотворные, а когда они у него кончаются, пьет спиртное. Но тут он обнаруживает, что прежняя доза алкоголя его «не берет», и для того, чтобы опьянеть, он должен выпить больше, чем обычно. В течение какого-то периода он употребляет алкоголь, а как только появляется возможность приобрести барбитураты или транквилизаторы, принимает их. И тут тоже выясняется, что прежняя доза уже не дает желаемого эффекта и он должен увеличить дозу препаратов.

Опьяняющее действие транквилизаторов более слабое, чем у снотворных. Со временем больные начинают отдавать предпочтение барбитуратам, так как это опьянение для них привлекательнее, оно дает «кайф». И они переходят на прием только барбитуратов или иногда используют алкоголь, если нет возможности достать барбитураты.

Если барбитуроман превысит дозу, то возникают профузный пот, слюнотечение, резь в глазах, чувство дурноты, тошнота и рвота. Это защитные реакции, которые предупреждают о передозировке.

Предпочтение барбитуратов алкоголю свидетельствует о сформировавшейся психической зависимости. Влечение к ним выражено. Вне опьянения наркоман чувствует психическое напряжение, недовольство и беспокойство, т.е. психический дискомфорт.

Прием снотворных становится регулярным. Толерантность на этой стадии в 3–5 раз превышает первоначальную наркотическую дозу.

Длительность первой стадии барбитуромании составляет 3–4 месяца. При более интенсивной наркотизации продолжительность этой стадии может сокращаться.

ВТОРАЯ СТАДИЯ БАРБИТУРОМАНИИ И ТОКСИКОМАНИИ ТРАНКВИЛИЗАТОРАМИ

На второй стадии заболевания толерантность к барбитуратам максимальная и стабильная; она составляет около 2 г чистого барбитурата. Первая фаза действия наркотика – «приход» – угасает. Для его усиления барбитуро-

маны используют тепло, пьют теплую воду, даже при внутривенном введении барбитуратов. Некоторые наркоманы используют небольшое количество сухого вина, но избегают приема крепких спиртных напитков, так как это «портит кайф».

На этой стадии нарушения координации в состоянии опьянения не так выражены, как на первой стадии. Двигательная подвижность в интоксикации сохраняется. Мышление становится застойным, тугоподвижным. Барбитуроман с трудом переключается с одной мысли на другую. Нет прежней болтливости, речь становится однообразной, с повторениями.

Эмоции уже не так подвижны, как на первой стадии. Приступы гнева и злобы могут быть длительными. Агрессивность и драчливость больных усиливается. Опьянение на второй стадии приобретает дисфорический (т.е. раздраженно-злой) оттенок, что свойственно и больным алкоголизмом на аналогичной стадии заболевания.

На этой стадии у больных барбитуроманией очень часты передозировки. Хотя они знают свой «потолок», т.е. максимальную дозу, которую их организм способен перенести, но возникающая в состоянии опьянения утрата количественного контроля за дозой вынуждает их превышать свой «потолок».

Барбитуроманы представляют опасность для окружающих на любой стадии заболевания. В первой стадии они возбудимы, их веселье легко сменяется гневом и драчливостью, а на второй из-за злобы, агрессивности и забывчивости больные могут совершать правонарушения, связанные с насилием.

На этой стадии заболевания сон при приеме обычных доз уже не наступает и, чтобы заснуть, барбитуроман должен принять увеличенную дозу.

Синдром физической зависимости формируется в среднем через 6 месяцев после начала систематического приема барбитуратов. Влечение к наркотику имеет непреодолимый характер.

Уже на этой стадии наркомании больные становятся инвалидами. Осложнения при барбитуромании появляются очень рано. Именно поэтому эта форма наркомании считается наиболее злокачественной.

Проявляются все признаки токсической энцефалопатии, т.е. необратимого поражения головного мозга, которые при алкоголизме наступают не на второй, а на третьей ста-

дии. При барбитуромании же тяжелые осложнения опережают развитие симптомов зависимости.

Основным отличием барбитуровой энцефалопатии от алкогольной является **брадипсихия**, т.е. замедление всех психических процессов. Нарастает отупение, утрачивается сообразительность, снижаются быстрота и качество осмысления. Больные понимают лишь самые простые вопросы, не способны к умственной деятельности. Они быстро утомляются, не могут сконцентрировать внимание.

Лицо у барбитуроманов маскообразное, без мимики, выражение лица тупое. Речь бедная, замедленная, с ограниченным запасом слов.

Значительно нарушается память; больные не могут запомнить и удержать в памяти новую информацию, не способны воспроизвести ранее имевшиеся сведения. Даже о себе наркоман не может подробно рассказать, так как многого не помнит.

Апатия и бездеятельность чередуются с беспричинной злобой. Постоянный фон настроения – злобно-враждебный, с готовностью к агрессии. Бывают периоды длительной депрессии, которая может привести к самоубийству.

Сфера интересов ограничена лишь поиском и приемом наркотика. Нарастают истощение и анергия (утрата энергии), больные не способны ни учиться, ни трудиться. Они не могут ничем заниматься, даже если у них достаточно наркотика.

Происходит глубокое изменение личности. Утрачиваются все нравственно-этические нормы, нормы поведения в обществе. Больные неряшливы, пренебрегают личной гигиеной.

Для больных барбитуроманией характерны такие объективные признаки: лицо бледное, одутловатое, маскообразное, цвет кожи с землистым оттенком, на коже множество гнойничковых высыпаний и трофических нарушений, язв, раны долго не заживают. Глаза теряют блеск. Волосы тусклые, кажутся мертвыми.

Поражаются практически все внутренние органы и системы организма – сердечно-сосудистая, пищеварительная, эндокринная, нервная. Наиболее тяжело поражается печень – токсический гепатит, жировое перерождение, цирроз печени, а также сердечно-сосудистая система – миокардиодистрофия, сердечная недостаточность и прочее.

Все больше нарастают проявления приобретенного слабоумия (деменции). Выраженная деменция может наступить уже через 3–4 года систематического приема барбитуратов.

АБСТИНЕНЦИЯ ПРИ БАРБИТУРОМАНИИ

При прекращении приема барбитуратов в течение первых суток возникает абстинентный синдром. Это один из наиболее тяжелых вариантов абстиненции по сравнению с другими формами наркоманий и токсикоманий.

Вначале появляются озноб, потливость, мышечная слабость, снижение аппетита, бессонница, психическое напряжение, беспокойство и беспричинная злоба. Такое состояние длится в течение суток. На вторые сутки возникают судорожные сведения икроножных мышц или подергивание отдельных мышечных пучков, тики, мышечное напряжение, ощущение неудобства в мышцах.

Объективные признаки: мелкое дрожание (тремор) кончиков пальцев (при алкогольном похмельном синдроме тремор крупноразмашистый), повышение артериального давления, учащение пульса.

Больные напряжены, тревожны, раздражительны, тоскливы, злобны, не переносят громких звуков, резкого света. Они не могут лежать в постели, не находят себе места от беспокойства. При ходьбе пошатываются и могут упасть. Эти симптомы наблюдаются в течение вторых суток после прекращения приема барбитуратов.

На третьи сутки к уже имеющимся расстройствам присоединяются боли в желудке, рвота, понос.

Наиболее характерный симптом барбитуровой абстиненции – боли в крупных суставах. Боли столь интенсивные, что все остальные тяжелые проявления абстиненции отступают на задний план. Боли возникают и в различных частях тела, меняются по своей интенсивности. Наиболее постоянны давящие боли в области сердца.

К концу третьих суток раздраженно-злобное настроение сменяется депрессией.

Одно из наиболее тяжелых проявлений барбитуровой абстиненции – **судорожные припадки**, которые возникают в течение 3–6 суток с момента прекращения приема барбитуратов. Они бывают у 75% больных. Припадков может быть до пяти в сутки.

Особенностью судорожных припадков при барбитуровой абстиненции является то, что большинство противосудорожных препаратов, которые обычно применяются при эпилепсии и алкогольных судорожных припадках, неэффективны, поскольку к противосудорожному эффекту этих средств у больных развивается толерантность. Это обусловлено тем, что препараты барбитуровой кислоты сами обладают противосудорожным эффектом (в частности, люминал раньше использовался при лечении эпилепсии, пока не появились новые эффективные препараты). Длительное злоупотребление барбитуратами вызывает устойчивость к их противосудорожному действию.

Еще одним тяжелым проявлением барбитуровой абстиненции являются психозы. Барбитуровый делирий развивается у 60% больных. Обычно он возникает на третьи—седьмые сутки и протекает более тяжело, чем алкогольный.

У многих больных в абстиненции наблюдаются и судорожные припадки, и делирий.

Барбитуровая абстиненция — опасное для жизни состояние; без квалифицированной медицинской помощи возможен смертельный исход.

Длительность абстинентного синдрома — 4–5 недель.

ТРЕТЬЯ СТАДИЯ БАРБИТУРОМАНИИ

Больных с третьей стадией барбитуромании очень мало, так как большинство их погибает уже на предыдущих стадиях.

На третьей стадии больные становятся полными инвалидами. Передозировки регулярны, и потому форма потребления наркотика приобретает перемежающийся характер (по типу запоев при алкоголизме).

Достав какое-то количество препарата, больной уже не в состоянии распределить его по дням и часам. Из-за утраты количественного контроля в состоянии опьянения он за короткий промежуток времени принимает весь имеющийся у него запас наркотика. Возникает передозировка, тяжесть которой зависит от количества принятого препарата.

Несколько дней больной лежит без сознания дома (если он у него есть) или в том месте, где он принял наркотик, и никто не оказывает ему медицинскую помощь. Даже если

передозировки случаются в притоне, другие наркоманы никогда не вызывают «скорую помощь», чтобы не привлекать к себе внимания.

Если больной не погибает от передозировки, то постепенно выходит из этого состояния. Несколько дней он настолько слаб, что не может передвигаться. После того как у него появятся силы, чтобы достать наркотик, больной снова принимает всю дозу, и снова возникает передозировка и т. д.

Смертность барбитуроманов от осложнений и заболеваний в 3–5 раз выше, чем среди всего населения, а число самоубийств выше в 60–80 раз.

ТОКСИКОМАНИЯ ТРАНКВИЛИЗАТОРАМИ

Зависимость от транквилизаторов сходна с вышеописанными проявлениями, свойственными наркомании снотворными. По сравнению с барбитуроманией эта форма менее злокачественна, но опаснее, чем опийная наркомания.

В последние годы транквилизаторы стали вытеснять барбитураты, так как у них более высокий терапевтический индекс (т. е. разница между комфортной и смертельной дозой); кроме того, барбитураты быстрее транквилизаторов вызывают физическую зависимость.

Однако отсюда не следует, что эта форма зависимости более доброкачественна. Психические осложнения и снижение работоспособности при регулярном приеме транквилизаторов возникают уже на первой стадии. Особенно это явно при интеллектуальной деятельности, а также там, где требуются точность, согласованность и быстрая смена движений.

При токсикомании транквилизаторами более выражены, чем при наркотизации веществами других фармакологических групп (не снотворных и седативных), эмоциональные расстройства и нарушения поведения – злоба, конфликтность, агрессивность.

Абстиненция представляет угрозу для жизни и требует госпитализации и квалифицированной медицинской помощи.

Интеллектуальный дефект напоминает таковой при барбитуромании.

Смертность при злоупотреблении транквилизаторами в 2–3 раза выше, чем среди всего населения.

Глава 12

ОПИЙНАЯ НАРКОМАНИЯ (ОПИИЗМ)

Опийная наркомания развивается при наркотизации такими веществами, как опий-сырец и все его производные, которые называются опиатами, а также синтетическими препаратами и лекарственными средствами со сходным действием (героин, морфин, промедол, омнопон, дионин, кодеин, фентанил, фенадон, метадон, пентазоцин и другие).

Некоторые из этих средств производятся фармацевтической промышленностью и используются в хирургии, онкологии, травматологии и других областях медицины как обезболивающие. Именно препараты этой группы обладают наибольшим болеутоляющим эффектом. Они выпускаются в ампулированном виде или в виде таблеток (например, кодеин, который обладает противокашлевым действием). Опийная настойка применяется в хирургии после операций на кишечнике, так как уменьшает кишечную перистальтику.

Помимо аптечных препаратов наркоманы используют наркотики, приготовленные кустарным образом в домашних условиях или в подпольных лабораториях.

В последние годы «ассортимент» наркотиков этой группы значительно увеличился за счет контрабанды. Героин, которого раньше в нашей стране не было, теперь поступает регулярно по контрабандным каналам из Средней Азии.

В США препаратов этой группы значительно больше, чем в нашей стране, и не исключено, что со временем они могут появиться и у нас. Зависимость от этих препаратов в США обнаружена у 0,7% населения, что составляет примерно 500 000 человек. Достоверных статистических данных о распространенности этой формы наркомании в нашей стране нет по понятным причинам.

Препараты опийной группы относятся к так называемым тяжелым наркотикам. Подавляющему большинству подростков они недоступны. Во-первых, они очень дорогие, во-вторых, необходим постоянный источник. «Серьезный» наркоторговец не станет связываться с подростками.

Тем не менее проявления опийной наркомании нужно знать всем взрослым людям. Опиомания, в частности героинизм, сейчас получила большое распространение, и не исключено, что рядом с вами может оказаться наркоман, использующий препараты этой группы. К тому же неко-

торые подростки стали немало зарабатывать, и они могут хотя бы эпизодически прибегать к приему опиатов. А некоторые опиаты доступны и подросткам, в частности опий-сырец, «маковая соломка».

Способ употребления опиатов зависит от препарата.

Героин обычно вводят путем внутривенных или подкожных инъекций, вдыхают (нюхают) или используют вместе со стимуляторами для внутривенного введения.

Препараты, производимые фармацевтической промышленностью, вводят внутривенно или принимают внутрь.

Кустарным способом приготовленные вытяжки из мака (используется млечный сок из головок незрелого растения) вводят внутривенно. Высушенные и измельченные головки и стебли мака («маковая соломка») приготавливают в виде отвара и пьют или едят в виде кашицы (это называется **опиофагией**).

В странах Востока распространено **опиокурение**.

Наиболее часто используемый наркоманами способ введения опиатов – внутривенный. Зависимость, которая возникает при употреблении различных опиатов, имеет общие проявления и закономерности и называется **опийной наркоманией, опиоманией или опиизмом**.

Есть некоторые различия при зависимости от разных препаратов. Но знание этих особенностей необходимо в основном специалистам, поэтому ниже описаны наиболее общие закономерности развития опийной наркомании. Представления о них вполне достаточно, чтобы педагог мог предположить, что подросток употребляет наркотики, и настоял на проведении наркологического обследования.

ОПЬЯНЕНИЕ ОПИАТАМИ

В динамике опийного опьянения выделяют несколько фаз. Проявления каждой фазы зависят от способа введения наркотика.

Первая фаза на жаргоне наркоманов называется «приходом». Это состояние наркоманы сравнивают с оргазмом. Интоксикацию героином пациенты описывают как «оргазм всего тела».

При внутривенном введении опиатов в области живота появляется приятная теплая волна, которая поднимается по всему телу, как легкое поглаживание. Возникает **эйфория** – чувство необыкновенного душевного и телесного комфорта.

Сознание сужено, наркотизировавшийся не обращает внимания на окружающее, целиком сосредоточен на своих приятных ощущениях, старается не двигаться, чтобы «не спугнуть приход», замирает.

Лицо краснеет, возникает зуд в области подбородка, лба и кончика носа, появляется сухость во рту. Зрачки сужаются до размеров точки. Это состояние длится около 5 минут.

При внутримышечном введении опиатов «приход» ощущается меньше.

При приеме опиатов внутрь «приход» менее острый, но может длиться дольше. Может быть отечность лица, покраснение не только лица, но и верхней части тела, зуд за ушами, в области шеи и верхней части туловища.

В этой фазе возможны обмороки или чувство дурноты.

Вторая фаза на жаргоне наркоманов называется «кайфом», «волокушей» или «таской». Она длится до 3–4 часов. Это состояние nirваны, тихого покоя, благодушной истомы и довольства. Нет повышенной активности и потребности в общении. В руках и ногах ощущение тепла и приятной тяжести. Этим состоянием наркоманы стараются насладиться в одиночестве, а при групповой наркотизации – где-то в стороне от других членов группы.

Объективные признаки: бледность и сухость кожи, губ, артериальное давление снижено, пульс редкий. Самый характерный признак опийной интоксикации – суженные, почти точечные зрачки, не реагирующие на свет. Эта специфическая реакция зрачка называется мидриазом. Это настолько необычно, что заметно даже неспециалисту. Поэтому опытные наркоманы, чтобы не привлекать к себе внимания окружающих, постоянно носят темные очки, даже зимой и в помещении. Некоторые закапывают в глаза атропин, чтобы зрачки расширились (например, при медицинском обследовании).

Наркотизировавшийся малоподвижен, вял, не воспринимает внешних раздражителей, молча сидит, предаваясь своим мечтам и фантазиям. Какие-либо желания, влечения отсутствуют. Он не хочет есть, пить, заниматься сексом; единственное желание, чтобы все оставили его в покое наедине со своими ощущениями.

Такое состояние больше свойственно новичкам.

Опытные наркоманы научаются скрывать свое опьянение от окружающих, и если их в этом состоянии потревожить или им нужно находиться в общественном месте, то неосведомленный человек может и не заметить проявлений опьянения.

Для опийного опьянения наркомана «со стажем» характерны быстрая речь, ускорение мышления и смены ассоциаций, легкое благодушное настроение.

При приеме кодеина эта фаза иная. Появляются двигательное и психическое оживление, смешливость, неусидчивость. Опьяневший громко разговаривает, речь быстрая, непоследовательная, с частой сменой темы разговора, бурной жестикуляцией.

Третья фаза опийной интоксикации – сон, которому предшествуют ощущения вялости и сонливости. Сон чуткий, поверхностный, с легким пробуждением от незначительных раздражителей; его длительность 2–3 часа. Сон наступает при приеме многих производных опия, морфина и подобных морфину синтетических препаратов, но не при приеме кодеина.

Четвертая фаза интоксикации наблюдается не всегда. Она проявляется плохим самочувствием, беспокойством, тревожностью, тоской, головной болью. Могут быть тошнота, рвота и головокружение, подрагивание век, языка и рук.

При передозировке опиатов сон переходит в коматозное состояние. Сознание полностью утрачивается. Внешне наркотизировавшийся имеет вид глубоко спящего, но его невозможно разбудить. Зрачки узкие и не реагируют на свет. Нарастают нарушения дыхания: несколько глубоких вдохов, а затем задержка дыхания. Дыхание хриплое, затрудненное. Смерть наступает от паралича дыхательного центра.

Передозировки часты при приеме героина, но бывают и при других опиоманиях. Передозировка может произойти, например, когда наркоман сам разводит порошок для внутривенного введения и ошибается в дозировке. Передозировки возникают и после периодов воздержания, когда толерантность значительно снижается, а наркоман вводит себе прежнюю дозу, которая для него является уже не комфортной, а токсической. Частые передозировки при героинизме связаны с тем, что здесь наркотическая и смертельная дозы различаются незначительно. Многие известные люди погибли именно от передозировки героина, а не в результате самоубийства.

ПЕРВАЯ СТАДИЯ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИИ

Формирование влечения к наркотику зависит от его вида и способа введения. В целом эта группа наркоманий

отличается чрезвычайно быстрым формированием наркоманической зависимости. Поэтому опиаты считаются высоко наркогенными препаратами.

Быстрее всего развивается зависимость от героина – после 3–5 инъекций. При внутривенном введении чистого морфина зависимость возникает после 10–15 инъекций (2–3 недели нерегулярного приема). При приеме внутрь таблеток кодеина зависимость возникает спустя месяц нерегулярного приема.

При курении (опиокурении), жевании, глотании «маковой соломки» (опиофагии) зависимость формируется в течение нескольких лет.

С момента появления влечения к опиатам прием наркотика становится регулярным.

Как и вообще при всех наркологических заболеваниях, на первой стадии абстинентного синдрома еще нет, но при отсутствии наркотика возникает состояние **психического дискомфорта**. Наркомана ничто не радует, «чего-то не хватает», все неинтересно, он ощущает чувство неудовлетворенности, психического напряжения, все мысли вертятся вокруг того, где бы достать наркотик. Опиоман сам активно изыскивает возможности приобретения опиата и добывания денег для этого.

В это время наркоманы мало спят, мало едят. Появляется задержка стула на несколько дней, так как опиаты угнетают кишечную перистальтику. Уменьшается количество мочи. При простудах и у заядлых курильщиков отсутствует кашель, так как опиаты подавляют кашлевой рефлекс и угнетают дыхательный центр.

Через 1–2 месяца эффект прежней дозы ослабевает. В первую очередь угасает «приход», который наиболее привлекателен для наркоманов. Для того чтобы достичь прежнего эффекта, опиоманы начинают наращивать дозы наркотика. На первой стадии толерантность к опиатам возрастает в 3–5 раз по сравнению с первоначальной дозой. К концу этой стадии кожный зуд, характерный для начального этапа, исчезает.

При героинизме длительность первой стадии составляет 1–2 месяца, при морфинизме – 2–3 месяца, при внутривенном использовании вытяжки из опийной настойки или самодельно приготовленных наркотиков из высушенного млечного сока мака – 3–4 месяца, при опиокурении – несколько лет, при опиофагии – еще дольше.

При одновременном приеме опиатов с гашишем, кокаином или эфедрином переход заболевания во вторую стадию ускоряется.

Уже на этой стадии наркоманы могут совершать преступления для приобретения наркотика или денег. Могут быть и групповые преступления.

ВТОРАЯ СТАДИЯ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИИ

На этой стадии у каждого наркомана вырабатывается свой ритм приема наркотика. Если у опиомана недостаточно наркотика или денег на его приобретение, то с утра он принимает сравнительно небольшую дозу (она называется достаточной), чтобы его состояние стало относительно нормальным, и отправляется добывать наркотик. Раздобыв денег (чаще всего криминальным путем), опиоман покупает наркотик и принимает уже ту дозу, которая называется комфортной. А на ночь он принимает тоже небольшую дозу, чтобы заснуть, стараясь оставить некоторое количество наркотика и на утро, иначе утром опиоман будет в состоянии абстиненции и не сможет вновь отправиться на поиски денег и наркотиков. И так каждый день.

Если у наркомана достаточно денег и наркотика, то ритм введения может быть другим. Опиийные наркоманы – это не только криминальные личности и тунеядцы; среди них немало людей творческих профессий; много наркоманов и среди студентов. В зависимости от того, чем занят опиоман, время приема комфортной дозы может быть разным. Если ему нужно бывать в учебном заведении, в других общественных местах, то перед появлением «на людях» опиоман примет лишь минимальную дозу, достаточную для работы или учения, а после этого, оставшись один или в компании с приятелями-наркоманами, он примет уже комфортную дозу.

Обычно у каждого опытного наркомана существует несколько знакомых торговцев наркотиками, которые могут при случае и одолжить, если в данный момент у него нет денег. Гораздо реже опиоманы «со стажем» покупают наркотика в известных местах – ведь сейчас наркотиками у нас торгуют практически на каждом рынке, в коммерческих палатках, и это все знают. Но здесь есть риск, что могут продать некачественный товар. Поэтому наркоманы стараются приобретать его у постоянных торговцев.

В течение второй стадии опиийной наркомании толерантность постоянно растет, так как действие прежней дозы быстро угасает. У некоторых наркоманов толерантность к

опиатам достигает чрезвычайно высоких величин – в 100–300 раз выше, чем первоначальная доза.

Понятно, что законным способом заработать денег для ежедневного приобретения таких доз трудно; отсюда вытекает неизбежность криминальных последствий наркомании.

Если возникают длительные перерывы в приеме наркотика, то толерантность к нему снижается и наркотический эффект наступает от гораздо меньшей дозы. Именно из-за этого многие наркоманы по собственной инициативе поступают на лечение. В процессе лечения и воздержания их толерантность значительно уменьшается, и они могут достичь прежнего эффекта на гораздо меньших дозах. У наркоманов это называется «омолодиться», т.е. значительно снизить дозу, когда они уже не в состоянии оплачивать огромные количества требуемого наркотика даже с помощью денег, добытых преступным путем.

На второй стадии опишной наркомании восстанавливается нормальный ритм сна.

Наиболее характерным объективным симптомом, который существует на всем протяжении опишной наркомании, является сужение зрачка. Опытные наркоманы на второй стадии могут так искусно скрывать свое опьянение от окружающих, что если у них есть возможность постоянно принимать наркотик и поэтому не развивается абстиненция, то длительное время ни у кого не возникает подозрений. Но зрачок остается суженным всегда, и это наиболее стойкий и достоверный признак, даже если наркоман обманывает своих родных, что он «бросил» и якобы не принимает больше наркотиков. Многие проявления опьянения могут скрывать опытные наркоманы, но только не специфическую реакцию зрачка.

Другими характерными признаками опишного опьянения, независимыми от вида принимаемого опишного препарата и способа его введения, являются понижение выделения слюны и сухость во рту. Этот симптом тоже постоянен на всем протяжении опишной наркомании. Характерную сухость во рту тоже можно легко установить.

Опытные наркоманы именно по этому признаку проверяют качество наркотика – пробуют его на язык, и если он «сушит», а не вызывает слюноотделение, значит, содержит опиаты.

Проявления наркотического опьянения на второй стадии меняются.

Интенсивность «прихода» уменьшается, и для того, чтобы испытывать прежние ощущения, больной должен постоянно наращивать дозы. Некоторое время это помогает, но затем уже никакое повышение доз не дает прежнего «прихода». Чтобы вновь вернуть утраченные ощущения, опиоманы используют различные способы: стараются ввести наркотик в одиночестве и в тишине, чтобы никто и ничто не отвлекало и не «ломало кайф», в тепле, в постели; в теплой ванне. Некоторые после введения опиатов выпивают небольшое количество сухого вина, чтобы удлинить «волокушу», или принимают наркотики из других фармакологических групп – снотворные, стимуляторы.

Однако меняется не только первая, но и вторая фаза действия наркотика. Вместо состояния расслабленности и блаженного покоя возникает стимулирующий эффект: приняв свою дозу, наркоман ощущает прилив энергии, становится бодрым, деятельным, активным.

Интоксикация становится единственным состоянием, в котором опиоман не только испытывает комфорт, но и способен на какую-то деятельность. Однако постоянные поиски наркотиков, криминальные пути их приобретения и добывания денег не оставляют наркоману времени, чтобы заниматься какой-то общественно полезной деятельностью. Большинство наркоманов бросают и учение, и работу.

Систематическую наркотизацию могут позволить себе только высокооплачиваемые представители творческих профессий, которые на этой стадии еще способны к творческой деятельности. На третьей стадии они утрачивают способность к продуктивному творчеству.

На второй стадии при перерыве в систематическом приеме наркотика возникает абстинентный синдром.

ОПИЙНЫЙ АБСТИНЕНТНЫЙ СИНДРОМ

Это один из наиболее тяжелых вариантов абстиненции среди других форм наркоманий и токсикоманий. Превосходит его по тяжести только абстинентный синдром при барбитуромании.

Абстиненция – неминуемая расплата наркомана за то приятное состояние, которое он испытывает при наркотическом опьянении. Но по своей интенсивности и продолжительности это чрезвычайно тяжелая расплата за пере-

житые ощущения в состоянии интоксикации. На жаргоне наркоманов абстиненция называется «ломкой».

Через 8–12 часов после последней инъекции наркотика возникают расширение зрачков, слезотечение, насморк, чихание, периодически – «гусиная кожа». Пропадает аппетит. Влечение к наркотику интенсивно, возникает состояние психического напряжения, беспокойства, неудовлетворенности. Больной не может заснуть.

Затем озноб сменяется чувством жара, возникают приступы слабости и потливости. В мышцах спины, шеи, рук и ног появляется ощущение неудобства. Возникают мышечное напряжение и желание потянуться, размять мышцы. Это состояние наркоманы сравнивают с ощущением, которое бывает, когда «отсидишь ногу», но оно распространяется на большую часть скелетной мускулатуры. Возникает боль в жевательных мышцах и межчелюстных суставах, усиливающаяся, когда больной пытается поесть, или даже при мысли о еде.

Все симптомы, которые были до этого, усиливаются. «Гусиная кожа» становится постоянной, зрачки широкие, на свет почти не реагируют. Чихание становится приступообразным, по 50–100 раз подряд. От зевоты «сводит челюсти». Появляется сильное слюнотечение.

К концу вторых суток наступает самый тяжелый период. Возникают сильные боли в мышцах спины, ног и шеи. Опиоманы описывают их так: мышцы «сводит», «крутит», «тянет». Из-за этих интенсивных болей наркоман не находит себе места, то встает, то снова ложится, крутится в постели, растирает мышцы, подтягивает колени к подбородку. Ему кажется, что при движении боли станут меньше, и он встает с постели. Вначале при движении боли действительно немного уменьшаются, но затем снова нарастают, и больной со стоном снова ложится. Периодически возникают судороги в икроножных мышцах. И так все время.

Влечение к наркотику неодолимое. Хотя обычно опиоманы не агрессивны (в отличие от всех других наркоманий и токсикоманий), но в состоянии абстиненции больной способен на любое насилие, любое преступление, лишь бы достать наркотик.

На третьи сутки к уже имеющимся нарушениям добавляются боли в животе, а затем рвота и понос. Понос многократный, до 10–15 раз в сутки, со схваткообразными болями в кишечнике.

Повышается температура тела. Больные ничего не могут есть, теряют в весе по 10–12 кг. Ночью они не спят, забываясь сном лишь на короткое время днем. Курящие опиоманы испытывают отвращение к табаку. Пытаясь закурить, они тут же бросают сигарету. У больных, вводящих опиаты внутривенно, появляется сильный зуд по ходу вен.

Внешне больной выглядит измученным, как во время тяжелой болезни. Выражение лица страдальческое. Глаза тусклые, глубоко запавшие. Кожа сухая, бледная или землисто-серого цвета.

Все эти тяжелые проявления продолжаются 5–10 дней, затем постепенно интенсивность симптомов ослабевает. Чем выше дозы принимаемых опиатов и чем больше давность заболевания, тем тяжелее проявления абстинентного синдрома.

В состоянии абстиненции обостряются все имеющиеся у опиомана заболевания внутренних органов. У больных с легочными заболеваниями возникает одышка, учащаются приступы при бронхиальной астме, при язвенной болезни усиливаются боли в желудке, возникает изнурительная рвота, может открыться кровотечение из язвы.

Остаточные проявления абстиненции наблюдаются в течение 2–3 недель. Общая продолжительность нелеченого абстинентного синдрома составляет 1,5–2 месяца.

Такое полное развитие абстиненции бывает очень редко. Полностью абстиненция может развернуться, если опиоман внезапно попадает в условия изоляции, где у него нет возможности достать наркотик, например при задержании правоохранительными органами или в условиях заключения, если в течение какого-то времени наркоман имел возможность приобретать опиаты через других заключенных, а затем этот канал поступления наркотиков закрылся.

В обычных условиях опиоман ни за что не будет терпеть абстиненцию, а постарается любыми путями раздобыть наркотик. Я не видела ни одного опиомана, который был бы в состоянии перенести синдром отмены. Даже физически крепкие мужчины этого не выдерживают. Если бы подростку или любому начинающему показать, как мучаются опиоманы в состоянии абстиненции, – уверена, они прекратили бы эпизодический прием наркотика.

Если нет возможности достать требуемый наркотик, наркоманы оглушают себя алкоголем или принимают любые другие наркотические средства в больших количествах,

лишь бы забыться. Это может привести к переходу в новую форму наркомании или токсикомании.

Только в состоянии абстиненции опиоманы самостоятельно или под давлением близких обращаются за лечением. Многие предпринимают неоднократные попытки самостоятельно прекратить употребление опиатов, но не выдерживают и срываются.

На этой стадии у больных наступает общее истощение, которое придает им характерный внешний вид. Больные очень худы, выглядят старше своих лет. Цвет лица бледный, иногда с желтоватым нездоровым оттенком. Обильные ранние морщины. Волосы ломкие, без блеска, наблюдаются преждевременное поседение и облысение. Ногти обламываются слоями. Отсутствует большая часть зубов, так как с них сходит эмаль, они обламываются, а потом выпадают.

При внутривенном введении опиатов очень характерны вены наркоманов.

Если возникнут предположения о том, что подросток употребляет наркотики, необходимо осмотреть вены. Следы от инъекций на коже в области вен, чем бы подросток ни мотивировал их появление, – очень важный признак. На ранних этапах еще нет изменений самих вен, но следы от инъекций имеют разную давность; это и свежие, покрасневшие, и старые, с корочкой, и шрамы.

При наличии таких следов от уколов необходимо срочно проконсультировать больного у нарколога, даже если родители и педагоги раньше ничего необычного в поведении подростка не замечали.

Наркоманы знают, что чаще всего осматривают области локтевых сгибов и предплечий, поэтому нередко намеренно делают инъекции в другие вены, например в вены стоп, внутренней поверхности бедра, поверхностные вены в области живота. Но это больше свойственно опытным наркоманам или тем, кто уже не может делать инъекции в локтевые вены.

У наркоманов «со стажем» вены предплечий, бедер, голеней, кистей представляют собой плотные темные жгуты. Припухлости, покраснения кожи обычно нет, хотя подавляющее большинство наркоманов вводит наркотики, не соблюдая никаких правил стерилизации шприца, игл и кустарно приготовленных препаратов. В такие вены не могут попасть даже опытные медицинские сестры и врачи, а наркоманы попадают.

Но со временем русло вен зарастает, особенно при введении растворов опиума (наркоманы говорят, что опиум «жжет вены»), и больные уже не могут вводить в них наркотик. Поэтому они используют любую, самую тонкую вену на животе, стопах, между пальцев, в которую попасть очень трудно, но им это удается.

В нашем отделении для лечения наркоманов был больной, у которого не осталось ни одной здоровой вены, и он вводил наркотик в вены мошонки. Настолько интенсивно влечение к наркотику, что никакая боль не является для наркомана препятствием.

Отношение к боли у наркоманов вообще необычно. В состоянии абстиненции многие из них намеренно причиняют себе боль: глубоко режут бритвой или ножом предплечье, вскрывают вены, и эта боль как бы отвлекает их от тяжелых проявлений лишения наркотика.

Длительность второй стадии опиумной наркомании составляет 5–10 лет.

Прогноз опиомании со сформированной физической зависимостью неблагоприятный. По выражению самих наркоманов, «кто сел на иглу, тот с иглы уже не слезет». Прекращают наркотизацию единицы.

Каждый психиатр-нарколог по праву гордится пациентами, которые длительное время воздерживаются от употребления опиатов. В это вложен огромный труд врача. Но даже если ремиссия (т.е. воздержание) длительна, всегда существует опасность срыва. У меня есть пациенты, которые уже десятки лет не практикуют наркотизацию, за это время они защитили диссертации и многого достигли, но я не могу сказать, что моя душа за них спокойна. Об излечении от наркомании речь не идет даже в тех случаях, если ремиссия длится двадцать и более лет.

Именно поэтому так важно, чтобы все люди знали о проявлениях наркомании и сумели вовремя заметить, что кто-то из их близких, тем более подросток, начал употреблять наркотики.

ТРЕТЬЯ СТАДИЯ ОПИУМНОЙ НАРКОМАНИИ

На третьей стадии опиомании снижается толерантность к наркотику. Больные уже не могут переносить прежнюю дозу. Если они вводят ту дозу, которая раньше вызывала у них комфортное состояние, то возникает слабость. То-

лерантность снижается примерно на одну треть от прежней дозы.

Меняется картина наркотического опьянения. Наркотик оказывает уже не активизирующее, а лишь тонизирующее действие. И что бы наркоман ни предпринимал, чтобы достичь прежнего эффекта в опьянении, он уже не может этого добиться.

Если на второй стадии больные уже не могут добиться прежней интенсивности «прихода» и поэтому стараются различными способами хотя бы удлинить «волокушу», то на третьей стадии даже сочетанный прием опиатов с каким-либо другим наркотиком не дает желаемого эффекта.

Утяжеляется абстинентный синдром. Он наступает раньше, чем это было на второй стадии, уже через 4–5 часов после прекращения приема наркотика, и самое тяжелое состояние у больного уже на вторые сутки, а не на третьи, как на второй стадии. В абстиненции возникают судороги в ногах и руках. Мышцы вялые, их сила снижена.

Аппетит отсутствует, опиоманы катастрофически худеют, выглядят как тяжелобольные люди, постоянно лежат в постели.

Артериальное-давление снижено, возможен сосудистый коллапс (резкое падение артериального давления). Может развиваться острая сердечно-сосудистая недостаточность, вплоть до смертельного исхода.

Преобладают тоска, апатия, глубокая депрессия, чувство безнадежности и безысходности. Даже взрослые опиоманы часто плачут. В таком состоянии многие больные совершают самоубийства.

Даже после того как пройдут основные явления абстиненции, состояние опиомана на третьей стадии далеко от нормы. Остаются вялость, слабость, пониженное настроение, апатия, больному ничего не хочется делать, от любой нагрузки он быстро устает, с трудом концентрирует внимание. Падает продуктивность умственной работы, особенно творческой.

Если на второй стадии некоторые опиоманы еще могут учиться или работать, то на третьей стадии они полностью нетрудоспособны. Даже творческие личности, которые раньше в состоянии наркотического опьянения могли заниматься живописью, литературным творчеством, сочинять музыку или были певцами, актерами, полностью теряют интерес к любимому делу. Некоторые из них начинали употреблять опиаты потому, что наркотическое опь-

яние давало им вдохновение, и таким образом они пытались «подстегнуть» свое творчество. А теперь даже творчество полностью теряет для них смысл.

Невозможность разорвать этот заколдованный круг, когда уже и наркотическое опьянение становится не таким привлекательным, как раньше, и опиоман продолжает прием наркотиков только для того, чтобы не развился абстинентный синдром, трудности, связанные с добыванием наркотика, и неизбежные из-за этого конфликты с обществом и законом – все это толкает многих наркоманов на самоубийство.

Немало примеров, когда знаменитые киноактеры, певцы и музыканты погибали в молодом возрасте от передозировок, несчастных случаев в состоянии интоксикации, острой сердечно-сосудистой недостаточности, совершали самоубийство. Мэрилин Монро, Джимми Хендрикс, Элвис Пресли, Роми Шнайдер, Дженис Джоуплин, Джимми Моррисон, Брайан Джонс и многие-многие другие...

ПОСЛЕДСТВИЯ И ОСЛОЖНЕНИЯ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИИ

Осложнения опийной наркомании связаны и с тем, что при использовании кустарно приготовленных препаратов происходит хроническое отравление больных теми веществами, которые используются для вытяжки опиатов.

Например, при приготовлении так называемой султыги используются производные хлора и ацетон. Эти чрезвычайно токсические вещества, которые опиоманы из-за плохой очистки вводят вместе с наркотиком, оказывают влияние на все внутренние органы. Развиваются токсический гепатит и цирроз печени, кардиомиопатия, дистрофия почек, и смерть наступает из-за тяжелых поражений жизненно важных органов.

Смертность опиоманов, как и вообще при наркоманиях, высока. Причиной этого являются острая сердечно-сосудистая недостаточность, хронические заболевания внутренних органов, которые протекают крайне тяжело из-за общего истощения, отсутствия нормального питания и пренебрежения диетой, режимом и лечением.

Эти заболевания еще больше обостряются в состоянии абстиненции. Могут возникнуть кровотечения при язвенной болезни, туберкулезе (частое явление у наркоманов),

отек легких и другие состояния, представляющие угрозу для жизни. А поскольку большинство больных опиоманией теряют семью и живут одни или в притонах, то в таком состоянии им никто не может помочь, вызвать врача для оказания своевременной медицинской помощи и спасения их жизни.

Как уже говорилось, погибают наркоманы и от самоубийств и передозировок, особенно в тех случаях, когда для достижения прежнего эффекта или с целью облегчить свое состояние в абстиненции они принимают большие дозы снотворных средств. Разница между наркотической и смертельной дозой для снотворных невелика, и несколько лишних таблеток могут привести к смерти.

Многих наркоманов убивают, в частности, в местах заключения, куда они нередко попадают. Из-за своего заболевания они не могут соблюдать неписанные законы криминальной среды, поэтому их избивают, «наказывают», вплоть до убийства.

Мало кто из них доживает до 30–35 лет. Старше 35 лет больных опиоманией практически нет. Они доживают до этого возраста лишь в тех редких случаях, когда начали принимать наркотики будучи взрослыми. Но чаще всего наркотизация начинается в подростковом или юношеском возрасте.

Если посчитать общую продолжительность стадий: первая стадия длится всего несколько месяцев (от 1 до 3–4 месяцев), вторая – 5–10 лет, то при раннем начале приема наркотиков уже в 22–25 лет у больных наступает третья стадия. Многие из них погибают уже во второй стадии.

Высокую смертность опиоманов я и мои коллеги имели возможность наблюдать во время работы в специализированном отделении для лечения больных наркоманиями. Несколько лет подряд опиоманы регулярно поступали в отделение, а затем пропадали из поля зрения, и только от других больных мы узнавали, что больной умер или его убили.

Глава 13

НАРКОМАНИЯ ГАЛЛЮЦИНОГЕНАМИ

Галлюциногены называют также психоделическими и психотомиметическими средствами. Это класс препаратов, которые вызывают симптомы, напоминающие психоз, –

галлюцинации, грезоподобные видения, потерю чувства реальности, способности ориентироваться в окружающем, нарушения мышления и ощущений.

Используются галлюциногены много веков, в частности во время религиозных ритуалов. Так, индейские племена с этой целью использовали высушенный кактус пейотль, а также «божественный гриб» псилоцибе.

К галлюциногенам относятся более 100 натуральных и искусственно синтезированных препаратов. Наиболее известными являются синтетические галлюциногены – диэтиламид лизергиновой кислоты (ЛСД) и дипропилтриптамин (ДПТ), а также галлюциногены растительного происхождения – мескалин (он содержится в кактусе сорта пейотль) и псилоцибин (содержится в некоторых видах грибов).

Психоделическим действием обладают также фенциклидин и заменители амфетаминов – метилendioксиметамфетамин (МДМа), гармин, гармалин, ибогаин, диметилтриптамин (ДМТ), диэтилтриптамин (ДЭТ), дипропилтриптамин (ДПТ), триметоксиамфетамин (ТМА), диметоксиметиламфетамин (ДОМ, СТП) и многие другие.

Галлюциногенным эффектом обладают и диссоциативные анестетики – РСР, кетамин (кеталар, «особый К»), и ТСР.

Синтетическим путем впервые был создан ЛСД в 1943 г. Его галлюциногенная активность в сотни раз превышала действие препаратов растительного происхождения. Начиная с 60-х годов злоупотребление ЛСД распространилось среди молодежи в США, а затем и во всем мире.

По данным американских психиатров, около 10% американцев употребляли галлюциногены.

В нашей стране раньше об ЛСД наркоманы знали лишь понаслышке, и наркологи не встречались со случаями злоупотребления этим наркотиком. Но в современных условиях возможностей для контрабанды стало значительно больше, и некоторые наркоманы имеют возможность эпизодически пробовать действие этого наркотика на себе. Однако для развития зависимости требуется, чтобы наркотик использовался систематически.

Если и дальше наши границы будут такими же «прозрачными» для контрабанды, то не исключено, что и у нас появится наркомания галлюциногенами. Поэтому нужно знать и об этой форме наркомании. Пока галлюциногены нашим подросткам недоступны, но что будет через несколько лет – неизвестно.

Способы использования: галлюциногены едят, высасывают из бумаги (закладывают за щеку) или курят.

Действие ЛСД проявляется через несколько минут, но может начаться и через час после его употребления.

ИНТОКСИКАЦИЯ ГАЛЛЮЦИНОГЕНАМИ

Применение галлюциногенов вызывает нарушения восприятия – галлюцинации и иллюзии (обманы восприятия, когда один предмет принимается за другой), а также нарушения самосознания.

Галлюцинации чаще всего бывают зрительными, например в виде геометрических форм или цифр, ложных восприятий движения в периферическом поле зрения, различных цветовых вспышек, следов образов движущихся объектов, различных последовательных образов, ореолов вокруг предметов, видения очень мелких или очень больших предметов. Бывают и слуховые галлюцинации, и обманы восприятия с поверхности кожи. Возможны отраженные звуки (эхо).

Нарушения восприятия могут быть от легких изменений до ярких зрительных галлюцинаций.

Цвета имеют богатые оттенки, контуры галлюцинаторных образов четкие. Обостряются восприятие звуков, запахов и вкусовые ощущения. Возникают синестезии – музыка вызывает яркие цветовые ощущения, а цвета видений воспринимаются как звуки.

Все эти проявления происходят на фоне активного бодрствования. Сам наркотизирующийся может сознавать, что нарушение восприятия у него связано с приемом галлюциногена, но чаще всего наркоманы убеждены в том, что продукты искаженного восприятия являются реальностью. Панические реакции могут быть даже у опытных наркоманов.

Эмоции необычайно интенсивны, меняются резко и часто. Может быть одновременное существование двух противоположных чувств (амбивалентность), например страха и восторга. Возможно появление тревоги, депрессии, бреда преследования. Возможно чувство близости, единения с другими людьми или, наоборот, изолированности от всех.

В состоянии интоксикации галлюциногенами человек может вспомнить в мельчайших деталях события своего раннего детства и далекого прошлого, о которых, как ему казалось раньше, он уже давно забыл. Из памяти выско-

бождается информация, которая прежде существовала на бессознательном уровне.

Наркотизировавшемуся кажется, что он стал понимать глубокий смысл сложных философских или религиозных проблем. Это понимание приходит внезапно, как озарение. Опьяневший как бы познает и самого себя. Он может ощущать, как происходит деятельность всех его внутренних органов или меняется ощущение самого себя. Может быть **деперсонализация**, т.е. нарушение самосознания личности, сопровождающееся отчуждением ее психических свойств – от приглушенности, блеклости самосознания до полного отчуждения мыслей, чувств, представлений, воспоминаний, которые переживаются человеком как внешние, не принадлежащие ему.

В состоянии интоксикации человек ощущает, как его собственное «я» отделяется от тела и растворяется, сливается с внешним миром, и это вызывает у него мистический экстаз.

Ему кажется, что его творческие возможности повысились, и это очень ценится наркоманами. Или он считает, что у него появилось новое самосознание и изменение личности. Может быть ощущение, что исчезли все ранее имевшиеся невротические симптомы или психические нарушения.

Иногда у человека, принимающего галлюциногены, возникает ощущение, что он сходит с ума, непоправимо повредил мозг и уже никогда не станет душевноздоровым человеком.

Частым осложнением интоксикации галлюциногенами является «плохая экскурсия» (на жаргоне американских наркоманов «bad trip»). Это может проявиться в виде острой панической реакции или более тяжело, в виде психоза. Психоз может быть затяжным и напоминать тяжелое психическое заболевание.

Наблюдается и такой феномен, как ретроспективные сцены (обратная вспышка, «flashbacks») – самопроизвольное кратковременное повторение различных галлюцинаций и ощущений, которые наркоман испытывал в наркотическом опьянении, но они возникают у него вне интоксикации. Такой эффект наблюдается у 25% всех наркоманов, использующих галлюциногены. Это может привести к выраженному патологическому состоянию, так как наркоман не связывает появление этих нарушений с приемом галлюциногенов. Лишь некоторые сохраняют критическое

отношение к этим галлюцинациям и понимают их связь с имевшим место ранее приемом наркотика.

Осложнением интоксикации галлюциногенами является и пролонгированное побочное действие, которое может длиться 1–2 суток, но иногда неделями и даже месяцами. Кроме того, возможны длительные расстройства настроения, появление невротических и психотических симптомов. Впоследствии у многих наркоманов развиваются психозы.

Объективные признаки интоксикация галлюциногенами: расширение зрачков, неотчетливость зрения по типу «пелены перед глазами», повышение артериального давления, учащение пульса, сердцебиение, повышение температуры тела, потливость, дрожание рук и нарушения координации.

Продолжительность действия ЛСД составляет от 8 до 12 часов. У других галлюциногенов она может варьировать от одного часа до нескольких дней.

Интоксикация такими препаратами, как РСР, ТСП, кетамин (кеталар), в малых дозах оказывает угнетающее действие на центральную нервную систему, вызывает оцепенение, нарушение координации. В больших дозах эти препараты вызывают возбуждение, бред преследования, воинственность, агрессивность, импульсивные и непредсказуемые действия, насилие по отношению к окружающим.

РСР обычно курят вместе с марихуаной или табаком, а также едят, вдыхают через нос или вводят в виде инъекций.

Интоксикация этими препаратами часто сопровождается агрессией и насилием. Поскольку они обладают анальгезирующим (обезболивающим) действием, то в приступе агрессии больные не ощущают боли, могут крушить все вокруг и нанести себе серьезные повреждения.

Возможны появление белка в моче и почечная недостаточность.

Американские психиатры считают, что толерантность к РСР не возникает. **Передозировка** препаратов этой группы сопровождается судорожными припадками, сильным потоотделением и слюноотделением, значительным повышением артериального давления, угнетением дыхания, тяжелыми формами нарушения сознания – сопором (с открытыми глазами), комой, а затем смертью.

При приеме РСР и других наркотиков аналогичного действия могут развиваться затяжные психозы, напоминающие шизофрению или протекающие по типу делирия, а также стойкий бред.

При систематическом использовании ЛСД развивается толерантность к его действию. Если галлюциноген принимается 3–4 дня подряд, то его психоделический эффект не наступает, но после перерыва в приеме через несколько дней может вновь проявиться.

Считается, что галлюциногены могут вызывать только психическую зависимость, но и она бывает редко, а физической зависимости к психоделическим препаратам не возникает.

Чаще всего галлюциногены используют эпизодически и не применяют в течение длительного времени, поскольку ощущения при приеме ЛСД каждый раз разные, а эйфория наступает редко. Толерантность развивается быстро, но быстро и исчезает – через 2–3 дня.

Те наркоманы, которые регулярно используют галлюциногены, изначально страдают многими психическими заболеваниями, включая шизофрению. Поэтому наркомания расценивается как симптом основного заболевания.

Осложнениями наркомании галлюциногенами являются самоубийства, тяжелые депрессии, острые панические реакции, затяжные психозы и обострения ранее имевшихся психических заболеваний.

Глава 14

КАК ПРЕДУПРЕДИТЬ АЛКОГОЛИЗМ И НАРКОМАНИЮ У ПОДРОСТКОВ

Это очень сложный вопрос, и если бы был готов на него ответ, то не было бы и проблемы алкоголизма и наркоманий. Однако это не означает, что нужно опустить руки и смириться с существующим положением вещей.

Как понял читатель из предыдущих глав, и алкоголизм, и наркомания – тяжелые заболевания. Теми, кто ими страдает, занимаются врачи-наркологи. При сформированной зависимости педагоги уже не в силах «перевоспитать» больного.

Задача учителей – не допустить, чтобы в этот круг вовлеклись другие подростки. Если хотя бы один учащийся страдает алкоголизмом или наркоманиями, то употребление спиртного или наркотиков может принять характер эпидемии в классе.

Итак, что же делать педагогам? В первую очередь обратить пристальное внимание на три группы учащихся. Первая – стабильные двоечники-троечники. Вторая – учащиеся, постоянно нарушающие дисциплину. Третья – ребята из неблагополучных семей. Это группы риска.

Скорее всего, получится, что несколько учеников в классе обладают всеми тремя характеристиками, а именно: в семье выпивает отец или мать, подросток учится с троек на двойки и регулярно нарушает правила и нормы поведения.

Увидеть психическую патологию у таких школьников может только врач-психиатр. Однако указанные характеристики позволяют предположить, что у подростка имеется скрытая или явная психическая патология. Почему? А потому, что программа массовой школы (равно как и программа обучения в училище) рассчитана не на вундеркиндов, а на детей с нормальным психическим развитием.

Нецелесообразно разделять учеников на способных и неспособных. Снижение способности к учению очень часто и означают, что у данного учащегося есть какие-либо психические отклонения. Любое неблагополучие в психической сфере у детей и подростков обычно сказывается на их школьной успеваемости и поведении.

Точно так же не следует считать, что подросток плохо учится только потому, что дома у него неблагополучно. Имеет значение и наследственность: ребенок пьющего отца (матери) часто имеет психическую патологию. Важен и психологический климат в семье. Подросток из пьющей семьи, как минимум, невротизирован (т.е. у него имеются проявления невроза) или психопатизирован (имеет отклонения, напоминающие психопатию).

Выяснить, что кто-то из учащихся часто или даже регулярно выпивает, не составляет особого труда. Если до этого он учился неплохо, то тут успеваемость резко снижается. Пьющему подростку некогда учить уроки, на занятиях ему скучно, отметки его не интересуют, к замечаниям учителей он безразличен или огрызается и грубит. Употребление спиртного тут же сказывается и на посещении школы. Частые немотивированные пропуски занятий, уход с уроков тоже позволяют предположить неблагополучие.

Еще один из признаков, позволяющих заподозрить частое употребление спиртного, – колебания настроения и общего состояния. В главе о бытовом пьянстве говорилось, что наутро после выпивки человек вял, легко устает, настроение снижено, интеллектуальные нагрузки даются с

трудом. Если такие состояния у ученика бывают довольно часто, необходимо обследование у психиатра. Это может быть связано с каким-либо заболеванием, но может быть обусловлено и употреблением спиртного.

Случаи приема алкогольных напитков или наркотиков в школе (училище) даже во время субботника или школьного вечера должны расцениваться как ЧП. Оправдывать подобный факт тем, что сейчас «все пьют», «иногда можно», «от одного раза ничего страшного не случится», – недопустимо.

Установить, что в школу (училище) кто-то приносит наркотики, например наркоторговец или кто-то из учащихся, не так уж сложно. Обычно на перемене или после уроков вокруг такого лица собирается группа ребят, они шепчутся, в руках мелькают деньги. При появлении учителей они замолкают, быстро все прячут и не очень натурально делают вид, что просто разговаривают.

Однако наркоторговец может поджидать ребят в школьном дворе или где-то поблизости от школы. Далеко не все школьники к нему потянутся. Скорее всего, поначалу вокруг него будут «кучковаться» именно учащиеся из группы риска. Ребята, которые хорошо учатся, имеют другие приоритеты. Но если дело пустить на самотек, то не исключено, что со временем, когда часть класса станет регулярно принимать наркотики, в этот круг могут втянуться и остальные. Выше говорилось об имитации и группировании со сверстниками как характерных свойствах подросткового возраста. Это может привести к тому, что к приему наркотиков приобщатся и благополучные до того учащиеся.

Если у педагога возникли опасения, что несколько учеников стали принимать наркотики, то желательно расспросить тех ребят, на кого можно положиться. Психически здоровые девочки обычно не вовлекаются в наркотизацию, но они могут быть в курсе того, что в школу (училище) регулярно приходит наркоторговец. Скрыть это от соучеников сложно – любая новость обычно становится достоянием всего класса.

Самостоятельно заниматься расследованием и «ловить» торговца наркотиками педагогам не стоит. Лучше предоставить это профессионалам. Если появляются факты, что кто-то регулярно снабжает учащихся наркотиками, нужно обратиться в милицию. Сейчас есть специальные отделы по борьбе с наркоманиями.

После задержания наркоторговца об этом факте нужно оповестить всех учеников и родителей. Скрывать здесь не-

чего, в борьбе против распространения наркотиков должны принимать участие не только педагоги, но и родители учащихся.

Известно, что наркотические средства во многих случаях можно приобрести в стенах школы. Кто-то из ребят, употребляющих наркотики, является посредником между торговцем и желающими купить наркотик. Наркотоделец может давать ему «товар» на реализацию, а тот после перепродажи отдает торговцу вырученные деньги, получая с этого определенный процент.

Если выяснится, что распространителем наркотиков в школе (училище) является кто-то из учеников, то в первую очередь нужно поговорить с родителями и предупредить их, что «деятельность» их сына (дочери) уголовно наказуема. Если родители не в состоянии повлиять на своего отпрыска, остается один выход – обратиться в милицию.

Если педагогам становится известно, что кто-то из учеников принимает наркотики или регулярно выпивает, об этом надо немедленно оповестить родителей. Родители, небезразличные к судьбе своего ребенка, предпримут адекватные меры. Такими мерами может быть и перевод в другую школу, и даже переезд на другое место жительства, чтобы оторвать подростка от «дурной» компании.

Всех подростков, замеченных в наркотизации или регулярном употреблении спиртного, должен обследовать врач-нарколог на предмет, имеет ли тут место бытовое пьянство либо эпизодическая наркотизация или речь уже идет о сформированной зависимости, т. е. болезни – алкоголизме или наркомании.

Даже при эпизодической наркотизации и бытовом пьянстве такие школьники должны состоять на профилактическом учете у психиатра, поскольку оба состояния психиатры-наркологи расценивают как предболезнь, преддверие болезни. Алкогольной или наркотической зависимости еще нет, но при продолжении наркотизации или алкоголизации она неминуемо сформируется. Порой профилактического наблюдения психиатра вкупе с психотерапевтическим воздействием бывает достаточно, чтобы предупредить болезнь. Если у подростка есть психическая патология, которая явилась основой для нарушений поведения и приема наркотиков и спиртного, то врач проведет адекватное лечение.

Немало подростков психиатры наставили на путь истинный и предупредили формирование болезни. На раннем этапе это еще возможно. Позже, когда болезнь уже сфор-

мировалась, это становится проблематичным, поскольку энцефалопатия (слабоумие) при систематическом приеме алкоголя и наркотиков у подростков возникает очень быстро. На ребят не действуют те доводы и медицинские меры, которые эффективны в отношении взрослых пациентов. Все это – еще одно свидетельство необходимости как можно более раннего выявления подростков, употребляющих спиртное или наркотики. Если это сделано своевременно, шансы на успех повышаются.

Наркологическое обследование на предмет установления диагноза обычно проводится в психиатрической больнице. Диагноз может установить и районный нарколог психоневрологического диспансера, но лишь в явных случаях. Если болезнь уже на второй стадии, то установить диагноз несложно. Но на первой стадии возможны трудности с диагностикой. Подросток будет врать врачу, что он всего лишь «разок» попробовал, а в амбулаторных условиях у психиатра нет возможности понаблюдать за его состоянием. Поэтому первичных больных (т.е. тех, у кого еще не установлен диагноз) направляют на стационарную психиатрическую экспертизу. Обычно экспертиза длится десять дней.

После окончания экспертизы врачи устанавливают диагноз. Либо это будет «алкоголизм» или «наркомания», либо «эпизодический прием наркотиков» или «бытовое пьянство». В каких-то случаях может быть диагноз: «Данных за наркотизацию нет». Но обычно дыма без огня не бывает.

Сами педагоги не могут направить учащегося на обследование. Это делает либо подростковый психиатр, либо нарколог районного психоневрологического диспансера.

Я и мои коллеги лечили сотни, тысячи подростков, больных алкоголизмом и наркоманиями. К сожалению, статистика результатов лечения неутешительная.

Мамы рыдают в кабинете нарколога: «Доктор, спасите сына (дочь)!» У врача не поворачивается язык сказать: «А куда же вы смотрели раньше, когда он(а) еще только начал(а) выпивать или пробовать наркотики?! Почему не поинтересовались, где, с кем и как проводит свободное время, почему не забили во все колокола, впервые увидев сына (дочь) в состоянии алкогольного или наркотического опьянения?!»

Безусловно, недостатки воспитания – вина в первую очередь родителей. Здесь незачем кивать на педагогов. Да, учителя не только дают учащимся знания, но и воспитыв-

вают у них нравственные ценности, высшие идеалы. Но если это не подкрепляется примером родителей, усилия школы могут оказаться тщетными. Моя двадцатипятилетняя практика психиатра показывает, что алкоголиками и наркоманами обычно становятся дети из неблагополучных семей. В данном случае имеется в виду не формальное благополучие – материальный достаток и непьющие родители, а психологический климат в семье. Если у родителей нет доверительных отношений с сыном (дочерью), то такая семья неблагополучна.

Мой опыт позволяет утверждать, что подростки из семьи с хорошим эмоциональным и психологическим климатом, где родители в контакте со своим ребенком, в курсе проблем, свойственных этому возрасту, уважают его права как личности, никогда не станут алкоголиками и наркоманами. Если всего этого в семье нет, то такие родители плохие помощники в борьбе за их ребенка.

И последнее, что нужно знать. В таком важном деле, как предупреждение алкоголизма и наркоманий у подростков, необходимы совместные усилия всех взрослых людей. Мне приходилось слышать от педагогов, что данная проблема – вне их компетенции, их задача – учить. А родители говорят, что их задача вырастить, одеть, обусть и прокормить, а «воспитывать» должна школа. Раз школьник стал принимать наркотики или спиртное, то якобы виноваты педагоги – куда они смотрели?! Если встать на подобную позицию, то врачи должны были бы сказать, что их задача лечить, а остальное их не касается. Сотрудники правоохранительных органов могли бы заявить, что для них главное – ловить преступников и наказывать их в законодательном порядке.

Если мы будем кивать друг на друга, искать виноватых и действовать разобщенно, мы не продвинемся в решении этой чрезвычайно важной проблемы. Поэтому самое главное – объединить усилия. Педагоги должны и привлекать родителей, и обращаться за помощью в правоохранительные органы, и быть в контакте с врачами-психиатрами.

Наша общая задача – вырастить психически здоровое, полноценное поколение.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	3
Глава 1. Почему подростки начинают выпивать и употреблять наркотики	4
Глава 2. Злоупотребление алкоголем (бытовое пьянство).....	20
Глава 3. Признаки начала алкоголизма	23
Глава 4. Стадии алкоголизма	34
Глава 5. Особенности алкоголизма у подростков	50
Глава 6. Злокачественное течение алкоголизма	53
Глава 7. Общие сведения о наркоманиях и токсикоманиях	56
Глава 8. Наркомания стимуляторами.....	66
Глава 9. Токсикомания ингалянтами (летучими органическими растворителями).....	85
Глава 10. Гашишная наркомания (гашишизм).....	93
Глава 11. Токсикомания снотворными средствами и транквилизаторами	105
Глава 12. Опиийная наркомания (опиизм).....	119
Глава 13. Наркомания галлюциногенами	133
Глава 14. Как предупредить алкоголизм и наркоманию у подростков	138

06.14
E63
14807/2

Д.Д.ЕНИКЕЕВА

* ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ *
* ОБРАЗОВАНИЕ *

КАК ПРЕДУПРЕДИТЬ АЛКОГОЛИЗМ И НАРКОМАНИЮ У ПОДРОСТКОВ


Academ A



ISBN 5-7695-0372-2



9 785769 503726