

ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ.

Вопросы: 1. Определение понятий психоактивное вещество (ПАВ), наркотик, биопсихосоциальная модель зависимостей. 2. Классификация и клинико-диагностические критерии психических и поведенческих расстройств вследствие употребления психоактивных веществ. 3. Характеристика отдельных видов зависимостей.

5.1. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЙ ПСИХОАКТИВНОЕ ВЕЩЕСТВО (ПАВ), НАРКОТИК

Человечество на протяжении всего существования имело опыт употребления психоактивных веществ. Однако только во второй половине двадцатого века проблема зависимостей превратилась в мировую медико-социальную проблему. В ряде стран она приобрела масштабы национального бедствия. В США наркоманию стали именовать врагом Америки N 1. В нашей стране на протяжении последнего десятилетия отмечается неуклонный рост числа больных алкоголизмом и наркоманиями. По оценкам специалистов 10% населения Беларуси злоупотребляет алкоголем. На учете в наркологических учреждениях республики состоит более 3 тысяч наркоманов. Из них более 80 процентов составляют опийные наркоманы (в последние годы актуальным для Беларуси становится метадоновая 52 наркомания). Ситуация осложняется вспышкой ВИЧ инфекции среди шприцевых наркоманов. По последним данным в республике насчитывается более 3 тысяч ВИЧ инфицированных. В наркологии широко используются термины «психоактивное вещество», «наркотик, наркомания», «зависимость», «аддикция». Психоактивное вещество - это вещество натурального или синтетического происхождения способное вызывать при однократном приеме желательные с точки зрения пользователя эффекты, а при систематическом - психическую и физическую зависимость. Наркотик - это вещество, удовлетворяющее трем критериям: * медицинскому - это вещество должно обладать специфическим действием на ЦНС, что является причиной его немедицинского потребления. * социальному - потребление его имеет большие масштабы, и последствия этого потребления приобретают социальную значимость. * юридическому - вещество включено в официальный список наркотических средств. Наркомания - болезнь, вызванная систематическим употреблением наркотиков и проявляющаяся психической и физической зависимостью от них. Токсикомания - зависимость, вызванная веществами, не включенными в официальный список наркотиков. Аддикция – склонность к употреблению наркотических или токсических веществ, без зависимости. В современной литературе распространен термин зависимость. Кроме наркоманий и токсикоманий это понятие включает такие занятия и виды деятельности как азартные игры (гэмблинг), чрезмерное увлечение просмотром телевизора, компьютерными играми, интернетом, чрезмерно активное пищевое и сексуальное поведение. Общим для всех этих вещей является то, что они занимают первое место в системе ценностей человека и альтернативные виды деятельности подвергаются забвению. Опыт употребления людьми психоактивных веществ исчисляется тысячелетиями. Еще первобытные люди знали, что природа в своем изобилии предоставляет вещества, способные повышать настроение, успокаивать, переживать ощущения общения с духами. Однако употреблять наркотики имели право только избранные и только в религиозных целях. Для простых смертных наркотики были табу. Первым упоминаемым в истории растением с психоактивными свойствами был мак. Еще 5 тысяч лет тому назад его использовали в медицинских целях шумеры, жившие на территории современного Ирака. Ацтеки использовали в религиозных целях галлюциногенные грибы. В странах Южной Америки распространение получили листья коки - основа современного кокаина. Они применялись шаманами при религиозных церемониях, воинами в походах для ослабления чувства голода и преодоления усталости. Сибирские шаманы использовали мухомор для вхождения в состояние экстаза. Европа не знала сильных наркотиков до конца XIII века, пока

крестоносцы не привезли с Ближнего Востока опиум. Первый препарат приготовил из опиума Парацельс. Он назвал его лауданум. Распространению наркомании способствовало изобретение шприца в 1853 году. В 1938 году была синтезирована лизергиновая кислота, что явилось началом употребления нового класса наркотиков в широких масштабах. Начались массовые эксперименты над сознанием. В 60-е годы потребление наркотиков среди молодежи приняло эпидемический характер (движение хиппи). Этапы формирования зависимостей. * Начало употребления * Экспериментирование * Социальное употребление * Привычное употребление На каждом из этих этапов человек может прекратить употребление, стабилизироваться или перейти к следующему этапу. На этапе привычного употребления 53 отмечаются признаки психической зависимости и рост толерантности (толерантность – переносимость - количество вещества, необходимое для того, чтобы вызвать эффект, желательный с позиций пользователя). Этот этап может переходить в зависимость. Врачи общей практики располагают наилучшими возможностями профилактики, диагностики и лечения зависимостей, так как люди, злоупотребляющие психоактивными веществами, склонны, в первую очередь, обращаться к своим участковым врачам при возникновении проблем со здоровьем. Роль врача включает в себя следующие стратегии вмешательства: * первичная профилактика, включающая в себя предоставление информации тем группам населения, которые еще не начали употреблять психоактивные вещества. * вторичная профилактика: предоставление информации лицам, имеющим высокий риск развития зависимости или уже испытывающим сложности в этой связи. Примером является метод кратковременного вмешательства. * ранняя диагностика (рутинный скрининг), лечение, либо направление к специалисту. Инструменты скрининга: * скрининговое интервью. Заключается в выяснении у пациентов того, как они употребляют ПАВ. * скрининговые опросники CAGE (УРВО), AUDIT. * исследование физического состояния. * лабораторные данные.

БИОПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ЗАВИСИМОСТЕЙ

На сегодняшний день сложно назвать одну причину, по которой люди становятся алкоголиками и наркоманами. Одни при прочих равных условиях длительное время злоупотребляют алкоголем, не становясь при этом алкоголиками, у других же зависимость формируется быстро. Только 25% из всех пробовавших наркотики становятся наркоманами. Учитывая сложность вопроса, в мире принята биопсихосоциальная модель этиопатогенеза зависимостей. Это значит, что при формировании зависимости играют роль три компонента: биологический, психологический и социальный. Удельный вес каждого из этих факторов в каждом конкретном случае может быть разным. Биологические факторы: Экспериментальные данные позволяют предположить, что предпочтение к алкоголю детерминировано несколькими генами, т. е. полигенное наследование. Генетически предопределяются и особенности обмена веществ человека, определяющие различную чувствительность отдельных людей к алкоголю, различную психосоматическую реакцию на него. О роли генетических факторов свидетельствует и тот факт, что дети, биологические родители которых были алкоголиками, но адаптированные в нормальных семьях имеют риск развития зависимости в 4 раза выше по сравнению с обычными детьми. У однояйцевых близнецов конкордантность по этому признаку в 4 раза выше по сравнению с разнойцевыми. Все зависимости имеют общие патогенетические механизмы. ПАВ модулируют активность практически всех центральных нейротрансмиттерных систем: адренергической, серотонинергической, дофаминергической, ГАМК-ергической. Психологические факторы: Нельзя прогнозировать с большой степенью вероятности на основании характерологических особенностей станет ли человек наркоманом. Зависимость может встречаться среди любых типов личности. Однако, некоторые личностные черты способствуют наркотизации: импульсивность, стремление к получению удовольствий,

низкая переносимость боли и фрустрации, неустойчивость интересов, черты личностной незрелости (неадекватная самооценка, слабый самоконтроль). Социально-культуральные факторы. Каждый человек находится в уникальном социальном окружении, которое влияет на него. Показано, что в развитии зависимости имеет значение характер воспитания: повышается риск развития зависимости в условиях воспитания по типу гипопротекции и в условиях жестких взаимоотношений. 54 Неблагоприятные условия жизни повышают риск развития зависимости: нищета, бездомность, безработица, неграмотность, род занятий с высоким уровнем стресса. Большую роль играет фактор доступности наркотиков (медработники, бармены). Психотравмирующие жизненные обстоятельства: смерть супруга, развод, потеря работы. Социальные катаклизмы: быстрые изменения в социальной действительности ведут к тому, что выработанные ранее навыки деятельности теряют эффективность. Влияние, опосредованное через религию, традиции определяет малую распространенность алкоголизма в мусульманских странах. На Востоке опиум и каннабис выполняют роль, аналогичную алкоголю в Европе. Что касается пола и возраста, то большинство среди зависимых лиц составляют мужчины молодого и среднего возраста.

5.2. КЛАССИФИКАЦИЯ И КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Классификация: F10 Психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя F11 –« - опиоидов F12 –« -каннабиноидов F13 –« -седативных или снотворных веществ F14 –« -кокаина F15 –« -других стимуляторов, включая кофеин F16 –« -галлюциногенов F17 –« -табака F18 –« -летучих растворителей F19 –« -сочетанного употребления наркотиков и использования других психоактивных веществ 4-й и 5-й знаки могут использоваться для уточнения клинического состояния: F1x.0 Острая интоксикация .00 неосложненная .01 с травмой или другим телесным повреждением .02 с другими медицинскими осложнениями .03 с делирием .04 с расстройствами восприятия .05 с комой .06 с судорогами .07 патологическое опьянение F1x.1 Употребление с вредными последствиями F1x.2 Синдром зависимости .20 в настоящее время воздержание .21 –« - но в условиях, исключающих употребление .22 –« -под клиническим наблюдением на поддерживающей или заместительной терапии (контролируемая зависимость) .23 –« -, но на лечении вызывающими отвращение или блокирующими лекарствами .24 в настоящее время употребляется психоактивное вещество (активная зависимость) .25 эпизодическое употребление F1x.3 Состояние отмены ' .30 неосложненное .31 с судорогами F1x.4 Состояние отмены с делирием .40 без судорог 55 .41 с судорогами F1x.5 Психотическое расстройство .50 шизофреноподобное .51 преимущественно бредовое .52 преимущественно галлюцинаторное .53 преимущественно полиморфное .54 преимущественно с депрессивными симптомами .55 преимущественно с маниакальными симптомами .56 смешанные F1x.6 Амнестический синдром F1x.7 Резидуальное психотическое расстройство и психотическое расстройство с поздним (отставленным) дебютом .70 реминисценции .71 расстройство личности или поведения .72 остаточное аффективное расстройство .73 деменция .74 другое стойкое когнитивное нарушение .75 психотическое расстройство с поздним дебютом F1x.8 Другие психические и поведенческие расстройства F1x.9 Неуточненное психическое и поведенческое расстройство

ОСНОВНЫЕ СИНДРОМЫ, ФОРМИРУЮЩИЕСЯ ПРИ ЗАВИСИМОСТЯХ

Основные синдромы, развивающиеся при зависимостях универсальны: синдром психической зависимости, синдром измененной реактивности и синдром физической зависимости. Синдром психической зависимости характеризуется постоянным или периодически

возникающим навязчивым (обсессивным) влечением к наркотику. Психический комфорт возможен только в состоянии интоксикации. Синдром измененной реактивности включает изменение толерантности, изменение картины опьянения и утрату защитных реакций. Толерантность (переносимость) определяется как минимальная доза, способная вызвать опьянение. Рост толерантности проявляется в том, что для достижения прежнего желаемого эффекта необходима все возрастающая доза наркотика. Физическая зависимость является состоянием, при котором наркотик становится необходимым для нормального протекания физиологических процессов в организме. Физический комфорт возможен только в состоянии интоксикации. Абстинентный синдром (синдром отмены) является проявлением синдрома физической зависимости и представляет собой комплекс психопатологических, соматовегетативных и неврологических расстройств возникающих вслед за прекращением приема наркотика. Прием привычного наркотика либо полностью устраняет данные расстройства, либо значительно их смягчает. Абстинентный синдром является относительно специфичным, т.е. купировать его может только привычный наркотик. Однако частично его могут купировать и другие препараты, к которым вырабатывается перекрестная толерантность.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ РУБРИКИ Острая интоксикация Преходящее состояние вслед за приемом алкоголя или другого психоактивного вещества, приводящее к расстройствам сознания, когнитивных функций, восприятия, эмоций, поведения или других психофизиологических функций и реакций. Острая интоксикация находится в прямом соответствии с уровнями доз. Исключениями могут быть пациенты с какими-либо органическими заболеваниями (например, почечной или печеночной недостаточностью), когда малые дозы вещества могут оказать непропорционально острый интоксикационный эффект. Ее интенсивность с течением времени уменьшается, и при отсутствии дальнейшего употребления вещества ее действие прекращается. Выздоровление, поэтому, является полным, за исключением случаев, где имеется тканевое повреждение или другое осложнение. Симптомы интоксикации не всегда отражают первичное действие вещества, например, депрессанты могут вызвать симптомы оживления или гиперактивности, а стимуляторы - уход в себя и интравертное поведение. Действие таких веществ, как каннабис и галлюциногены, практически непредсказуемо. Более того, многие психоактивные вещества также производят различное действие в зависимости от различных уровней доз. Например, алкоголь в низких дозах обладает стимулирующим эффектом, с увеличением дозы он вызывает агитацию и гиперактивность, а в очень больших дозах оказывает чисто седативный эффект. Употребление с вредными последствиями Модель употребления психоактивного вещества, вызывающая вред для здоровья. Вред может быть физическим (например, в случае возникновения гепатита в результате самовведения инъекционных наркотиков) или психическим (случаи возникновения вторичных депрессивных расстройств после тяжелой алкоголизации). При постановке данного диагноза необходимо наличие непосредственного ущерба, причиненного психике или физическому состоянию потребителя. Употребление вещества часто критикуется окружающими и связано с различными негативными социальными последствиями. Тот факт, что употребление определенного вещества вызывает неодобрение со стороны другого лица или общества в целом или может привести к социально негативным последствиям, таким как арест или расторжение брака, еще не является доказательством употребления с вредными последствиями. Синдром зависимости Сочетание физиологических, поведенческих и когнитивных явлений, при которых употребление вещества или класса веществ начинает занимать первое место в системе ценностей индивидуума. Основной характеристикой синдрома зависимости является потребность (часто сильная, иногда непреодолимая) принять психоактивное вещество (которое может быть или не быть предписано врачом), алкоголь

или табак. Имеются доказательства того, что возвращение к употреблению психоактивных средств после периода воздержания приводит к более быстрому появлению признаков этого синдрома, чем у лиц, ранее не имевших синдром зависимости. Диагноз зависимости может быть поставлен только при наличии 3 или более нижеперечисленных признаков, возникавших в течение определенного времени в прошлом году: а) Сильная потребность или необходимость принять вещество. б) Нарушение способности контролировать прием вещества, т.е. начало употребления, окончание или дозировки употребляемых веществ. в) Физиологическое состояние отмены, при котором прием вещества прекращается или уменьшается, о чем свидетельствуют: характерный для вещества синдром отмены или использование того же или сходного вещества для облегчения или предотвращения симптомов отмены; при осознании того, что это является эффективным. г) Признаки толерантности, такие как увеличение дозы вещества, необходимой для достижения эффекта, ранее производимого более низкими дозами. (Очевидными примерами могут являться больные алкоголизмом и лица с опиатной зависимостью, которые могут в течение дня принять дозу, достаточную для летального исхода или потери сознания у нетолерантного потребителя). д) Прогрессирующее забвение альтернативных интересов в пользу употребления вещества, увеличение времени, необходимого для приобретения, приема вещества или восстановления после его действия. 57 е) Продолжение употребления вещества, несмотря на очевидные вредные последствия, такие как причинение вреда печени, вследствие злоупотребления алкоголем, депрессивные состояния после периодов интенсивного употребления вещества, снижение когнитивных функций вследствие употребления наркотиков; следует определять, сознавал ли или мог ли сознавать индивидуум природу и степень вредных последствий. Состояние отмены Группа симптомов различного сочетания и степени тяжести, проявляющаяся при полном или частичном прекращении приема вещества после, неоднократного, обычно длительного и/или в высоких дозах употребления данного вещества. Начало и течение синдрома отмены ограничены во времени и соответствуют типу вещества и дозе, непосредственно предшествующей воздержанию. Синдром отмены может быть осложнен судорогами. Синдром отмены является одним из проявлений синдрома зависимости, и этот последний диагноз тоже надо иметь в виду. Физические нарушения могут варьировать в зависимости от употребляемого вещества. Также характерны для синдрома отмены психические расстройства (например, беспокойство, депрессия, расстройства сна). Обычно пациент указывает, что синдром отмены облегчается последующим употреблением вещества. Необходимо помнить, что синдром отмены может вызываться условно закрепленным стимулом при отсутствии непосредственно предшествующего употребления. В подобных случаях диагноз синдрома отмены ставится, только если он оправдан достаточной тяжестью проявлений. Состояние отмены с делирием Здесь имеется в виду – «делириум тременс» — вызванное алкоголем кратковременное, но иногда опасное для жизни состояние спутанности с сопутствующими соматическими расстройствами. Он возникает обычно вследствие полного или частичного прекращения приема алкоголя у сильно зависимых лиц, употребляющих его в течение долгого времени. Начинается обычно после прекращения приема алкоголя. Продромальные симптомы обычно включают бессонницу, дрожь и страх. Перед началом могут возникать судороги. Классическая триада симптомов включает помрачение и спутанность сознания, яркие галлюцинации и иллюзии, затрагивающие любую сферу чувств, и выраженный тремор. Также обычно присутствуют бред, ажитация, бессонница или инверсия цикла сна и повышенная активность вегетативной нервной системы. Психотическое расстройство Расстройство, возникающее во время или непосредственно после употребления вещества, характеризующееся яркими галлюцинациями (обычно слуховыми, но часто затрагивающими более 1 сферы чувств), ложными узнаваниями, бредом и/или идеями отношения (часто параноидного или персекуторного характера), психомоторными расстройствами

(возбуждение или ступор), аномальным аффектом, который варьирует от сильного страха до экстаза. Сознание обычно ясное, хотя возможна некоторая степень его помрачения, не переходящая в тяжелую спутанность. Расстройство обычно проходит, по крайней мере, частично, в течение 1 месяца и полностью в течение 6 месяцев. Амнестический синдром Синдром, связанный с хроническим выраженным нарушением памяти на недавние события; память на отдаленные события иногда нарушается, в то время как непосредственное воспроизведение сохраняется. Обычно присутствует нарушение чувства времени и порядка событий, а также способности к усвоению нового материала. Конфабуляции возможны, но не обязательны. Другие познавательные функции обычно сравнительно хорошо сохранены, а дефекты памяти непропорционально велики относительно других нарушений. 58 Амнестический синдром, вызванный употреблением алкоголя или других психоактивных веществ, должен отвечать общим критериям органического амнестического синдрома. Первичные требования к диагнозу таковы: а) нарушения памяти на недавние события (запоминание нового материала); нарушение чувства времени (перераспределение хронологической последовательности, смешивание повторявшихся событий в одно и т.д.); б) отсутствие нарушения непосредственного воспроизведения, нарушения сознания и общего нарушения познавательных функций; в) анамнез или объективные доказательства хронического (особенно в высоких дозах) употребления алкоголя или наркотиков. Могут присутствовать также личностные изменения, часто с появлением апатии и потери инициативы; тенденция не заботиться о себе, но они не должны рассматриваться как обязательные для постановки диагноза. Хотя конфабуляции могут быть выраженными, они не должны рассматриваться как необходимая предпосылка для диагноза. Резидуальное психотическое расстройство и психотическое расстройство с поздним (отставленным) дебютом. Расстройства, вызванные алкоголем или наркотиками, характеризующиеся изменениями познавательных функций, личности или поведения, которые продолжаются за пределами периода непосредственного действия психоактивного вещества. Возникновение расстройства должно прямо соотноситься с употреблением вещества. Расстройство должно являться изменением или выраженным усилением предыдущего и нормального состояния.

5.3. ХАРАКТЕРИСТИКА ОТДЕЛЬНЫХ ВИДОВ ЗАВИСИМОСТЕЙ ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В РЕЗУЛЬТАТЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ОПИАТОВ

Опиум – базисное вещество, содержащееся в соке опиумного мака (*Papaver somniferum*). Из опиума получают около 20 алкалоидов, наиболее известным из которых является морфин. Возможно, получение так называемых полусинтетических алкалоидов на основе естественно содержащихся в опиуме (героин, кодеин, гидроморфин), а также полностью синтетических (меперидин, метадон, пропоксифен). Морфин - является главной составной частью опия, может колебаться по концентрации от 4% до 21% (опий для торговли обычно содержит 10% морфина). Он относится к числу самых сильнодействующих наркотиков, известных за способность облегчать боль и имеет свой стандарт, несмотря на новые появляющиеся болеутоляющие средства. Морфин сбывается в различных формах, включая микстуры (роксанол), таблетки длительного действия (MSIR и MS-контин), свечи и препараты, вводимые внутрь. Он может применяться как орально, так и вводиться под кожу, внутримышечно или внутривенно, последний метод пользуется популярностью у наркоманов. Толерантность и физическая зависимость появляются очень быстро. Только малая часть морфина, добываемого из опия, употребляется напрямую; большая же его часть перерабатывается в героин и другие производные вещества. Героин - самый сильный наркотик, в природе не существует, получается синтетическим путем из морфина. Героин очень ядовит, во много раз сильнее морфина по своему наркотическому эффекту и быстрее вызывает привыкание. Для этого достаточно всего 3-5 приемов. Уже через месяц приема героина начинается вторая стадия наркотического пристрастия, когда собственными силами

уйти от наркотика уже невозможно, а абстиненция становится ужасающей: «ломка такая, что глаза из орбит выскакивают, тело рвется на части, живот сводит пронзительной болью, все в тумане, только глухие удары по голове ...». Высокая токсичность героина обусловлена тем, что в нем обе свободные гидроксильные группы морфина «закрыты» ацетильными остатками. Попад в организм, эти группы начинают быстро высвобождаться, вследствие чего героин 59 стремительно превращается в морфин, из которого он и был получен. Происходит же это в непосредственной близости от мишеней действия опиатных наркотиков, способствуя усилению наркотического эффекта. Героин, в отличие от большинства других наркотиков, никогда не использовали в медицине. Ни одна фирма мира не производит и не продает его даже для исследовательских целей. Этот наркотик настолько опасен, что вся информация о нем находится под запретом. К сожалению, все это не очень отражается на числе «героиновых» наркоманов, большинство из которых очень быстро оказываются на краю пропасти, балансируя между жизнью и смертью. Так, в США почти миллион человек употребляет героин, причем каждый десятый из них делает это регулярно. Они отдают за несущий им погибель наркотик последнюю рубашку и приносят сверхприбыли могущественной «героиновой» наркомафии. В прошлом героин был почти неизвестен в России и Беларуси, но сейчас он получил в России довольно широкое распространение, в основном из-за обилия подпольных лабораторий, которые, как правило, кустарными способами изготавливают его из опийной вытяжки или морфина. Подпольный героин обычно загрязнен всевозможными примесями, представляя собой серовато-коричневый порошок с неприятным запахом, горький на вкус (чистый героин - абсолютно белый). Поскольку его синтезируют с использованием уксусного ангидрида, то он пропитан уксусной кислотой, а также применяемыми для экстракции органическими растворителями, оказывающими дополнительное токсическое действие на организм (в основном, на печень). Героин чаще всего вводится внутривенно; однако, героин с высоким уровнем чистоты, также можно нюхать или курить. Другая форма героина, известная как «черная смола», доступна на западе Соединенных Штатов. Героин «черная смола», который производится только в Мексике, может быть липким как гудрон для кровельных работ или жестким как уголь, и его цвет может меняться от темно-коричневого до черного. Воздействие, которое героин оказывает на наркоманов, предполагает эйфорию, сонливость, дыхательную недостаточность, суженные зрачки и тошноту. Эффект от передозировки героина отображается в медленном и поверхностном дыхании, холодной и влажной на ощупь коже, судорогах, коме и возможной смерти. Метадон - лекарственный препарат, наиболее эффективное средство для лечения наркоманий, вызванных морфином (опиум) и его синтетическими аналогами - героином, дионином и др. В основе лечебного эффекта метадона лежит конкуренция с морфинными наркотиками за места связывания со специфическими опиатными рецепторами в организме. Кроме того, используют выраженный анальгезирующий эффект метадона, по которому он не уступает морфину. Этот препарат вызывает слабовыраженную эйфорию, почти лишен побочных эффектов, даже при длительном применении (многие месяцы и даже годы). Однако излишнее увлечение метадоном в больших дозах может вызвать наркотическое отравление с присущими ему симптомами. Немецкие ученые синтезировали метадон в ходе Второй Мировой Войны в связи с недостатком морфина. Хотя химически он не похож ни на морфин, ни на героин, метадон производит большую часть тех же самых воздействий. Появившийся в Соединённых Штатах в 1947 году как болеутоляющее средство (долофин), на сегодня он, прежде всего, применяется для лечения наркозависимости (метадон). Воздействие от метадона продолжается гораздо дольше, чем от наркотиков, в основе которых лежит морфин.

ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В РЕЗУЛЬТАТЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ КАННАБИОИДОВ

Препараты на основе индийской конопли (*Cannabis sativa*) имеют различную наркотическую активность в зависимости от содержания в них наиболее активного из 60 каннабиоидов - дельта-9-тетрагидроканнабиола (ТНС), процентное содержание которого определяет качество циркулирующих на рынке наркотических продуктов. Марихуану называют воротами в мир наркотиков. Первые эксперименты с ней у подростков чаще всего приводят к снижению страха перед переходом к более сильным наркотикам. 60 Употребление обычно начинается в старших классах школы. Факторами риска являются педагогическая запущенность, контакты с антисоциальными субкультурами, депрессивная симптоматика, низкие навыки проблемно-решающего поведения. Разные сорта конопли произрастают в странах Азии, Африки, Южной Америки, широко культивируются во многих странах мира. В некоторых южных мусульманских странах, где традиционно спиртное запрещено, гашишизм поражено 60% мужчин в возрасте от 20 до 40 лет. После алкоголизма гашишизм является наиболее распространенным видом наркотизма в мире. Сейчас в России наиболее часто встречается злоупотребление препаратами конопли. Видимо, это связано с их относительной дешевизной и легкодоступностью. Различают следующие формы препаратов конопли. Высушенная или не высушенная зеленая травянистая часть конопли, которую также называют марихуана. Это похоже на табак, обычно - светлые зеленовато - коричневые мелко размолотые сушеные листья и стебли. Прессованная смесь смолы, пыльцы и мелко измельченных верхушек конопли (анаша, гашиш, план или хэш) - темно-коричневая плотная субстанция, по консистенции напоминающая охлажденный пластилин - иногда ее тоже так называют (но менее пластичная), на бумаге оставляет жирные пятна. Есть и другие, не столь популярные. Все препараты конопли имеют довольно резкий специфический запах и горький вкус. Как правило, их курят, забивая в папиросы вместе с табаком. Действующим (активным) веществом конопли является группа алкалоидов под общим названием тетрагидроканнабинолы (англ. аббревиатура - ТНС). Конопля и ее препараты не имеют в России никакого медицинского применения и полностью запрещены для использования.

ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В РЕЗУЛЬТАТЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ СЕДАТИВНЫХ ИЛИ СНОТВОРНЫХ ВЕЩЕСТВ

Не все снотворные препараты являются наркотическими в юридическом смысле этого слова, но все снотворные и успокаивающие лекарства способны вызывать зависимость и могут обнаруживать свойства наркотиков. Наиболее опасными среди современных снотворных являются производные барбитуровой кислоты (барбитураты) типа барбитала, фенобарбитала и т.д. Другие снотворные, даже те, которые продаются в аптеках более или менее свободно (бензодиазепины - феназепам, редедорм, реланиум, элениум; препараты других химических групп - имован, донормил), при длительном употреблении или превышении рекомендованных доз могут породить психическую и физическую зависимость. Исторически сложилось, что люди почти всех культур принимали химические вещества для того, чтобы вызвать сон, снять стресс и успокоить волнение. В то время как алкоголь относится к одним из самых универсальных средств для реализации вышеуказанных целей, появились сотни других веществ, которые приводят к расстройству центральной нервной системы. Эти лекарства называют следующим образом: «дауны», успокоительные и снотворные средства, незначительные транквилизаторы и лекарства против повышенной тревожности. По сравнению со многими другими классами наркотиков, но за исключением метаквалона, депрессанты достаточно редко производятся в подпольных лабораториях. Как правило, законно произведенные фармацевтические изделия предполагаются для продажи на

нелегальном рынке. Бензодиазепины впервые появились на рынке в 1960-х годах. Рекламируемые как безопасные депрессанты с меньшим уровнем возможности появления зависимости, на эти лекарства сегодня выписывается около 30% рецептов. Только недавно медики начали осознавать то, что бензодиазепины могут привести ко многим нежелательным последствиям, как и барбитураты. Ряд токсических воздействий на центральную нервную систему прослеживается при применении высокой дозы бензодиазепа. Они включают в себя: головную боль, раздражительность, ухудшение памяти, депрессию, бессонницу. 61 Длительное употребление может привести к физической зависимости даже при применении рекомендованных доз. В сравнении с барбитуратами, большие дозы бензодиазепинов очень редко приводят к фатальному исходу, если они не будут смешиваться с другими лекарствами или алкогольными напитками. Хотя и подтверждено документами, что пристрастие к бензодиазепинам может возникнуть даже на начальной стадии, употребление этих лекарств обычно происходит как часть употребления многих других лекарств. Например, наркоманы, употребляющие героин или кокаин, будут принимать бензодиазепины и другие депрессанты для того, чтобы усилить воздействие от дозы или заменить воздействия, которые возникают при перевозбуждении или наркотической ломке.

ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В РЕЗУЛЬТАТЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ КОКАИНА

Кокаин – производное растения коки (*Erythroxylon coca*, родина – Центральная Америка), листья которой индейцы издавна использовали для жевания с целью получения стимулирующего эффекта и снижения чувства голода. Кокаин входил в первоначальную формулу напитка кока-кола и до настоящего времени применяется в медицине как местный анестетик. В связи с удешевлением процесса изготовления употребление кокаина неуклонно растет с конца 70-х годов. Психологическими механизмами, предрасполагающими к употреблению кокаина, является стремление к повышению самоуверждения, социального статуса и к бегству от депрессии. Его всячески пропагандировал известный немецкий психиатр Зигмунд Фрейд, рассматривающий кокаин в качестве высокоэффективного лекарства, способного излечивать тяжелые психические расстройства. Все это, в конечном итоге, оказалось заблуждением, и вскоре из-за своей высокой токсичности и склонности вызывать тяжелую форму наркомании, кокаинизм, этот наркотик был запрещен для использования в клинике. Основа кокаина переделывается в порошок, это обычно гидрохлорид кокаина, растворяя его с другими веществами. Вещества, чаще всего используемые в ходе этого процесса- сахарозы и местные анестетики как лидокаин. Смертельная доза кокаина составляет чуть более грамма, хотя смерть может наступить и от приема меньших его количеств (0,1 - 0,3 г). Высокие дозы кокаина вызывают сначала опьяняющее веселье, галлюцинации, которые затем сменяются бредом, страхом, потерей вкусовых и слуховых ощущений, переходящими в конвульсии и паралич. По своей химической природе кокаин является слабым основанием и может существовать в двух формах - в виде свободного основания или в виде соли (обычно гидрохлорида). Наркоторговцы продают и тот, и другой. Гидрохлорид кокаина - хорошо растворимый в воде порошок горького вкуса, как правило, содержит много примесей, иногда настолько много, что самого кокаина в нем меньше 10 %. Другая форма кокаина - свободное основание - представляет собой бесцветные кристаллы. Её можно курить, поскольку при нагревании кристаллы легко возгоняются. В процессе возгонки они слегка потрескивают, издавая звуки, напоминающие слово «крэк». Отсюда и пошло слэнговое название такой формы кокаина. К основным способам применения кокаина относятся следующие: вдыхание, введение во внутрь и курение (включая кокаин без основы и крэк). Нюханье - это вдыхание кокаинового порошка через нос, где он всасывается в поток крови сквозь носовые ткани. Введение во

внутри подразумевает использование иглы, чтобы наркотик попал сразу в кровь. Курение включает в себя затягивание парами кокаина или дымом, которые попадают в лёгкие, где они поглощаются потоком крови также быстро, как и при введении во внутрь.

ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В РЕЗУЛЬТАТЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ДРУГИХ СТИМУЛЯТОРОВ, ВКЛЮЧАЯ КОФЕИН

Психостимуляторы - довольно разнородная группа веществ с одним объединительным признаком: в результате их употребления ускоряется темп мышления (при этом суждения становятся легковесными, поверхностными, менее обдуманными). Часть препаратов этой группы имеет также способность исказить восприятие окружающего, поэтому близко граничит с галлюциногенами. Существуют психостимуляторы растительного происхождения (кока, эфедрa, кола), однако у нас они встречаются в основном в виде химических субстанций (порошков) или таблеток. Психостимуляторы - это самый настоящий допинг, нарушающий обмен нейромедиаторов дофамина и норадреналина в нервных клетках. Все они имеют общие черты: резко активизируют симпатическую нервную систему, что притупляет чувства

- усталости и неуверенности в себе, вызывает бессоницу, агрессивность и подозрительность; резко увеличивают частоту сердечных сокращений и повышают артериальное
- давление; снижают аппетит. При этом энергия, необходимая для активизации жизненных
- систем, черпается из резервных запасов организма.

Сами же резервы при употреблении психостимуляторов сравнивают с подхлестывающим кнутом, которым лошадь заставляют скакать, несмотря на усталость. Стимуляторы иногда относят к разряду «веществ высшего класса», которые ликвидируют чувство усталости как при решении умственных, так и физических задач. К двум чаще всего употребляемым стимуляторам относят никотин, который содержится в табачной продукции и кофеин - активный ингредиент кофе, чая, некоторых безалкогольных напитков и многих лекарств, на которые не выписывают рецепты. При употреблении умеренных доз этих веществ, они облегчают недомогание и повышают бдительность. Хотя применение этих продуктов стало частью нашей культуры, осознание их пагубного воздействия привело к быстрому увеличению появления продуктов без содержания кофеина и попыткам отбить охоту к курению. Определённое количество стимуляторов, однако, включены в Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Республике Беларусь. Некоторые из этих контролируемых веществ можно достать по рецепту и употреблять законным образом для лечения ожирения, нарколепсии и расстройств, связанных с дефицитом внимания. Рассматривая их в качестве наркотиков, стимуляторы часто принимаются для того, чтобы произвести чувство хорошего расположения духа, повысить самооценку, усовершенствовать умственную и физическую производительность, повысить активность, снизить аппетит, привести к длительному бодрствованию и ощущению «кайфа». Они рассматриваются в категории самых сильнодействующих веществ, при употреблении которых очень легко обрести зависимость. Стимуляторы поступают в продажу как из законных источников, так и подпольно изготавливаются специально для продажи на нелегальном рынке. Они принимаются внутрь, нюхаются, выкуриваются и вводятся внутрь. Курение, нюханье или введение стимуляторов внутрь производит мгновенное ощущение, называемое «бросок» или «вспышка». Употребление стимуляторов часто сравнивают с употреблением алкоголя, что подразумевает потребление больших доз стимуляторов в единичном случае. Те, кто употребляет много стимуляторов, могут вводить их через несколько часов, продолжая до того момента, пока они не употребят все свои запасы

наркотика или не дойдут до стадии бредового состояния, психоза или физического истощения. В течение периода употребления больших доз все другие увлечения становятся второстепенными при восстановлении первичного состояния эйфорического «броска». Толерантность может возникнуть быстро, кроме того, появляется физическая и психологическая зависимость. Внезапное прекращение употребления даже после недельного применения чаще всего сопровождается возникновением депрессии, тревожности и сильной усталости («крушения»).⁶³ Для всех психостимуляторов (правда, больше для тех, которые вводят внутривенно) характерен особый режим наркотизации. Он напоминает алкогольные запои. Если наркотиков много и денег на их приобретение достаточно и больной не хочет - или не способен - ограничить дозы, то он начинает принимать зелье в возрастающих количествах через постоянно уменьшающиеся промежутки времени. В конце «запоя» интервалы между инъекциями могут составлять всего 20 минут. Такой «запой» продолжается несколько суток, все это время больной не спит. Но ресурсы организма неизбежно истощаются, и в один далеко не прекрасный момент очередная доза уже не способна оказать стимулирующее действие. Наркоман засыпает на сутки-двое. Просыпается разбитым, вялым, подавленным и раздражительным. Наркотиков в это время не хочется - он должен просто восстановить силы. Несколько суток он приходит в себя, а после этого цикл повторяется сначала. В результате злоупотребления любыми психостимуляторами быстро наступает дефицит жизненных ресурсов организма (из-за сниженного аппетита и повышения обмена веществ). Внешне дефицит проявляется в виде общего истощения, худобы и старения кожи. Терапевтические уровни от стимуляторов могут привести к весёлому состоянию, продолжительному бодрствованию и потере аппетита. Эти воздействия усиливаются при употреблении больших доз стимуляторов. К физическим эффектам относятся следующие: головокружение, толчки, головная боль, красноватая кожа, боль в груди с сильным сердцебиением, чрезмерное потение, рвота и спазмы в животе, которые являются результатом приёма слишком большой дозы за один раз или употребления больших доз через продолжительный период времени. В психологические эффекты входят: волнение, враждебность, паническое состояние, агрессия и тенденция к совершению убийств или самоубийства. При передозировке, если не было медицинского вмешательства, сильный жар, конвульсии и сердечно-сосудистый коллапс могут привести к смерти. Из-за того, что случайная смерть иногда происходит в силу воздействия стимуляторов на сердечно-сосудистую систему и на систему регуляции температуры тела, физическое напряжение повышает риск употребления стимуляторов. Амфетамин, декстроамфетамин и метамфетамин в совокупности относятся к классу амфетаминов. Их химические свойства и действия так похожи, что даже опытные наркоманы затрудняются сказать с точностью, какой наркотик они приняли. Амфетамин впервые поступил в продажу в 1930-х годах как бензедрин и продавался в розницу в качестве ингалятора для лечения насморка. К 1937-му году амфетамин стал доступен в продаже по рецептам в виде таблеток и принимался при нарколепсии и минимальной мозговой дисфункции, которая сегодня называется расстройством гиперактивности при дефиците внимания. В течение второй мировой войны амфетамин широко использовался для поддержания воли у сражавшихся бойцов; тогда же стали доступны декстроамфетамин (декседрин), и метамфетамин (метедрин). Как только амфетамин распространился, тогда же увеличилось и его злоупотребление. Амфетамины стали панацеей для «дальнобойщиков» при завершении их долгих маршрутов с исключением опасности заснуть, для контроля над весом, для помощи атлетам лучше заниматься и тренироваться дольше и для лечения умеренной депрессии. Внутривенное введение амфетамина распространилось и стало известно под названием «скоростные чудачества». С течением времени стало очевидно, что злоупотребление этих наркотиков перевесило большинство терапевтических употреблений этих лекарств. Повышенные меры контроля начали приниматься с 1965 года при принятии поправок к законам о продуктах питания и

лекарствах с целью сдерживания продажи амфетамина на чёрном рынке. Многие фармацевтические изделия из разряда амфетаминов были сняты с продажи на рынке и доктора стали прописывать те, которые оставались менее распространёнными в продаже. Для того чтобы удовлетворить постоянно возрастающую потребность рынка в амфетамине, производство в подпольных лабораториях начало «расти как грибы», особенно лаборатории по производству метамфетамина на западном побережье США. На сегодня большинство амфетамина, распространяемого на чёрном рынке, производится в 64 подпольных лабораториях. Чаще всего амфетамины производятся для наружного применения или введения инъекциями. Однако появление «льда» - сленговое название кристаллического гидрохлорид метамфетамина, содействовало распространению курения как ещё одного способа приёма этого лекарства. Можно провести такую параллель: «крэк» - разновидность кокаина для курения, «лёд» - выкуриваемый метамфетамин. Оба эти наркотика обладают высокой степенью развития зависимости и, кроме того, токсичны. Воздействия от амфетаминов, в особенности, метамфетамина, схожи с эффектами от кокаина, но их начало протекает гораздо медленнее, а продолжительность их действия - гораздо дольше. В общем, хроническое употребление производит психоз, который напоминает шизофрению и характеризуется паранойей, сыпью на коже, озабоченностью своими думами, слуховыми и визуальными галлюцинациями. Жестокое и рассеянное поведение очень часто наблюдается у хронических потребителей амфетамина.

ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В РЕЗУЛЬТАТЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ГАЛЛЮЦИНОГЕНОВ

Галлюциогены (психоделики, психомиметики) – не вполне удачное обозначение группы веществ, насчитывающей свыше 100 природных и синтетических препаратов. Более точный термин веществ этой группы – «наркотики, изменяющие сознание», так как зачастую они не вызывают галлюцинаций, а искажают самоощущение человека, их использующего. Наиболее известные из природных – псилоцибин, получаемый из грибов, и мескалин, производимый из определенного типа кактуса; из синтетических – диетиламид лизергиновой кислоты (LSD), дипропилтриптамин (DPT) и 3,4- метилendioксиметамфетамин (MDMA, а также известный как экстази). Галлюциогены вмешиваются в метаболизм катехоламинов, допамина, ацетилхолина, серотонина и ГАМК, вызывая растормаживание деятельности затылочных областей мозга и лимбических структур. Для некоторых препаратов, возможно, имеются зоны специфически чувствительных рецепторов мозга. Употребление галлюциогенов в значительной мере подвержено социокультурным влияниям. Наибольшая их популярность в США и Европе приходится на 60 – 70-е годы, когда они считались одним из символов молодежной субкультуры. Качество и продолжительность субъективных ощущений при приеме зависят от типа препарата. Так, для действия MDMA более характерны аффективные изменения; наиболее широкий спектр перцептивных нарушений характерен для LSD. Эффект наступает в пределах часа после перорального приема и сохраняется 8 – 12 ч; действие других препаратов сохраняется от нескольких часов до нескольких часов и до нескольких дней. Помимо основного эффекта галлюциогенов - искажения восприятия окружающего мира и самоощущения - практически все они вызывают сдвиг настроения в сторону улучшения (иначе бы их никто и не принимал). Например, они способны вызвать иллюзию необыкновенной легкости и умения летать, что, конечно, было бы приятным. Более интеллектуальные потребители считают, что галлюциогены могут «расширить сознание» и помочь понять «сокровенный смысл вещей» и пытаются с их помощью «продвинуться» в понимании сути миров - внешнего и внутреннего. В любом случае, опьянение галлюциогенами кажется субъекту забавным, хотя при этом он, возможно, совершает далеко не забавные поступки. Все эти «чудеса» наркотики из группы галлюциогенов вызывают, нарушая химические и физиологические реакции на уровне нейромедиаторов. В

основном они затрагивают обмен серотонина, дофамина и ацетилхолина - крайне важных для мозга субстанций, отвечающих не только за психику, но и за физиологию человека. При этом, как ни прискорбно, после каждой интоксикации в медиаторных системах остаются поначалу малозаметные изменения, которые от раза к разу накапливаются и в итоге приводят к тяжелой психической патологии. Препараты группы галлюциногенов исключительно агрессивны в отношении головного мозга. Фактически интоксикация любым галлюциногенным препаратом является искусственно вызванным психозом. Именно поэтому вещества данной группы у специалистов 65 фармакологов называются психозлептиками (т.е. «разрушающими психику»). Тот же самый LSD, который с таким энтузиазмом глотают наркоманы, в США был принят на вооружение в качестве боевого отравляющего вещества и рассчитан на поражение живой силы противника во время войны. LSD и все остальные галлюциногены вмешиваются в работу нескольких типов синапсов и полностью дезорганизуют ее. После однократного приема обычной (десятитысячные доли грамма) дозы деятельность синапсов и нейронов остается нарушенной в течение 3-4 дней. После элиминации LSD из мозга, многие клетки уже не могут восстановить нормальное функционирование синапсов. Действие наркотика довольно непредсказуемо, а на людей, психика которых не слишком устойчива, он может повлиять фатально. Искажения самоощущения и галлюцинации могут привести к появлению чувств страха и тревоги, из-за чего наркоманы становятся агрессивными. При этом повреждения, которые вызывают и LSD, фенциклидин, и галлюциногенные грибы, с каждым разом накапливаются и становятся все тяжелее. Со временем энергичность, жизнерадостность и способность совершать целенаправленные действия наркоман теряет. Им на смену приходят периодические состояния паники, устрашающие галлюцинации и неконтролируемая агрессивность. ЛСД (диэтиламид лизергиновой кислоты) - сильный галлюциноген, содержащийся, в грибе - паразите спорынье, поражающем колосья ржи. Случаи смертельных отравлений людей алкалоидами спорыньи, среди которых лизергиновая кислота и её производные занимают ведущее место, наблюдались ещё в самом начале выращивания ржи и подробно описаны в средневековых трактатах. Тогда от «злых корчей», которые начинались у отравившихся, погибало людей не меньше, чем от чумы и холеры. Эти жертвы то относили на счет «нечистой силы», то принимали за неизвестную инфекцию. Главные же виновники отравлений - алкалоид LSD, производное лизергиновой кислоты, был открыт и изучен лишь в 1943 году швейцарскими фармакологами Гофманом и Штолем. Ученые обнаружили, что это вещество обладает сильными галлюциногенными и наркотическими свойствами, в больших дозах вызывая сильнейший психоз. До 1965 года ЛСД ограниченно применялся в медицине (в основном для лечения психических расстройств и алкоголизма), но вскоре стало очевидно, что он приносит вреда больше, чем пользы. ЛСД был запрещен, но его известность была к тому времени велика, чем и воспользовалась наркомафия. Пик применения ЛСД пришелся на 60-е годы, когда официальный запрет на препарат ещё не вступил в силу, а такие американские ученые, как Осмонд и Лири с их многочисленными сподвижниками, помимо чисто научных изысканий, пропагандировали ЛСД как лекарство, «расширяющее и углубляющее сознание» и пытались применить его для создания новой религии и всемирного социума – «ЛСД- общества». Основным потребителем галлюциногена являются молодые люди в возрасте 18-25 лет, преимущественно мужчины. Одной из причин нового наступления ЛСД считают сокращение приема "тяжелых наркотиков" морфинного типа и марихуаны, место которых он и занял. К тому же ЛСД можно употреблять внутрь (перорально), что выгодно отличает его от наркотиков, для введения которых необходим шприц - в эпоху разгула СПИДа и гепатита это существенно. Наконец, в молодежных кругах очень прочно укоренилась неверное представление о безопасности галлюциногенов, хотя при желании опровергнуть его могут сами же наркоманы, взглянув на своих «коллег по ЛСД», имеющих большой «стаж» употребления препарата. Интерес к ЛСД со стороны

наркоманов и токсикоманов обусловлен тем, что это вещество уже в достаточно низких дозах вызывает сильное возбуждение нервной системы, эйфорию, временно снимает чувство тревоги и напряженности. Почти у половины людей, длительное время принимавших в прошлом ЛСД, галлюцинации могут неожиданно возвращаться даже без приема препарата - такие возвраты галлюцинаций являются следствием сильного стресса, приема других галлюциногенов или наркотиков, а также какого-либо психического заболевания. 66 ЛСД производится в виде прозрачной формы и затем смешивается с наполнителями или разводится как жидкость для придания формы, подходящей для проглатывания. Часто ЛСД продаётся в форме таблеток (обычно маленькие таблетки известные как микро таблетки), кубиков, как сахар, тоненьких квадратиков желатина (часто называемых оконное стекло) и чаще всего, как промокательная бумага (листы бумаги, пропитанные или наполненные ЛСД, покрытые цветными раскрасками и перфорированные в куски, что составляет дозу на одного человека). ЛСД продаётся более чем под восьмью - десятью уличными названиями, такими как кислота, промокашка, сид, дозы и путешествия, которые отражают оформление обёрток промокательной бумаги. Физические реакции на приём ЛСД могут включать расширенные зрачки, пониженную температуру тела, тошноту, «гусиные удары», значительное потоотделение, повышение сахара в крови и аритмию сердца. В течение первого часа после проглатывания ЛСД, наркоман может испытывать визуальные перемены вместе с необычными переменами настроения. В состоянии галлюцинаций наркоман также может страдать от замедленного восприятия времени, сопровождаемого искажённым восприятием размера и формы предметов, движений, цвета, звука, прикосновений и собственного образа тела наркомана. Под воздействием ЛСД способность принимать здравомыслящие решения и видеть общие опасности - замедлена, делая наркомана чувствительным к собственным запросам. Он может также навредить другим, пытаясь вести автомобиль или работая на оборудовании. Эффекты от больших доз продолжаются от 10 до 12 часов. После приёма ЛСД «путешествие» наркоман может страдать от острого беспокойства или депрессии в течение непостоянного периода. Потребители также могут испытывать эффект «обратного кадра», который вновь повторяет воздействие ЛСД даже тогда, когда после приёма последней дозы прошло несколько дней или месяцев. Экстази, или метилметамфетаминовая кислота, обычно выпускается в форме таблеток или капсул. При приеме вызывает те же ощущения, что и ЛСД, только без галлюцинаций. Экстази также повышает визуальное и слуховое восприятие, прекрасно стимулирует ощущение удовлетворенности и хорошего настроения. Экстази имеет различные названия, например: "экс" (X), "ЭксТиСи" (ХТС), "диско-пирожные" (disco biscuits) и "легкая закуска" (scoobie snacks). Употребление наркотика часто ассоциируется с "рэв-пати" (от англ. "rave" party - подпольные танцевальные вечеринки, например, на складах, где нет алкоголя, но всегда есть экстази). Было зафиксировано множество случаев передозировки экстази с последующим нарушением работы сердца, конвульсиями и смертью.

ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В РЕЗУЛЬТАТЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА

Одна сигарета содержит в среднем 0,5 мг действующего вещества табака – никотина. Условно-смертельная доза составляет 60 мг. Физиологические эффекты включают сужение периферических сосудов, усиление перистальтики, повышенный выброс катехоламина, норэпинефрина и эпинефрина, общее снижение метаболизма, тремор. Новорожденные от курящих матерей имеют низкую массу тела. На употребление табака влияют социальные факторы: у подростков курение может быть проявлением реакций протеста, эмансипации, желания казаться взрослым, конформности к субкультуре сверстников. У взрослых в качестве подкрепления выступают приятные ассоциации с застольем, сексом, значительную роль играет реклама. Курильщик отличает определенный комплекс личностных

особенностей: большая импульсивность поведения, более низкий уровень образования, большая частота разводов, экстравертированность, а также тревожность, недоброжелательность и склонность к алкоголизации. Никотин стимулирует гипоталамический центр удовольствия, что может объяснять появление пристрастия. Эйфорический эффект в известной степени подобен действию кокаина и опиатов. Успокаивающий эффект пропорционален длительности паузы между закуриваниями.

ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В РЕЗУЛЬТАТЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ЛЕТУЧИХ РАСТВОРИТЕЛЕЙ

Летучие растворители: бензин, ацетон, клей. Подавляющее большинство пользователей - дети и подростки. Ингаляция осуществляется при помощи смоченной веществом тряпки или полиэтиленового пакета, натянутого на голову. В ходе интоксикации пользователь испытывает эйфорию, головокружение, чувство невесомости, зрительные галлюцинации (мультики). Потенциально опасным является потребление веществ в заброшенных зданиях и подвалах. Во всех случаях острых и хронических отравлений в той или иной мере, прямо или косвенно, страдают функции ЦНС. С наркотической целью используются растворители лака, различные виды клея, очистительные жидкости, аэрозоли (в особенности краски), амил- и бутилнитраты. Оксид азота и эфир специфически используются медицинскими работниками, имеющими доступ к этим веществам. Этот контингент принципиально отличается от основных пользователей. Интоксикация наступает через 5 мин и длится 15 – 30 мин. В ходе интоксикации эйфоризирующий эффект сменяется заторможенностью.