Составители: Габбасова Э.Р., Дереча В.А., Киреева Д.С.

Кафедра психиатрии и наркологии

ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

**Модуль 2. Особенности зависимого поведения при отдельных видах зависимости**

**Тема №1. Продолжение**

**Тема:** Зависимое поведение при употреблении ПАВ («химическая» зависимость).

**Вопросы:**

1. Алкогольная зависимость.
2. Этапы формирования алкогольной зависимости.
3. Наркотическая зависимость. «Дизайнерские» наркотики.
4. Токсикомания.

**Основные понятия темы:**психоактивные вещества (ПАВ), наркотики, токсикоманические вещества, донозологический этап зависимости от ПАВ, синдром зависимости от ПАВ, состояние отмены (абстинентный синдром), алкоголизм, синдром зависимости, синдром измененной реактивности, наркомания, наркологические симптомы, большой наркоманический синдром, «дизайнерские» наркотики, токсикомания, медицинские токсикоманические вещества, нелекарственный токсикоманические вещества.

**Теоретический материал к Модулю 2 к теме 1:**

1. **Алкогольная зависимость.**

***-Обратить внимание на наркологические симптомы, большой наркоманический синдром, знать три стадии алкоголизма- из учебника Шабанова***

**Наркологические симптомы, симптомокомплексы: (из Шабанова)**

**1. Формы потребления:** частота и мотивация приема одур­манивающих веществ (наркотических, лекарственных средств с немедицинской целью, алкоголя).

1) Эпизодическая форма потребления наблюдается при социокультурально санкционированных случаях употребления психоактивных и одурманивающих веществ (алкоголь, чай, кофе, табак), либо разрозненных случаях социально и уголовно запрещенного применения наркотических средств (гашиша, опия, ЛСД-25 и т.п.) наркологически здоровыми людьми. Эпизодическое употребление алкоголя носит ритуальный характер, собственной мотивационной установки не имеет, а лишь является сопроводительным ритуалом различных форм и ситуаций общения (свадьба, поминки, день рождения и пр.). Эпизодическое употребление наркотических веществ связано с микросоциальными и социопсихологическими факторами и диктуется внутригрупповыми законами, ценностями и стилем поведения.

2) Измененные (осложненные) формы потребления свя­заны с изменением частоты, мотивации и обстоятельств при­ема психоактивных веществ (алкоголя, наркотиков, психо­тропных средств). Как правило, выпадает ситуация обще­ния, что сопровождается переходом к одиночному потреб­лению. Выделяют следующие измененные формы употреб­ления одурманивающих веществ:

* *систематическую:* регулярное, практически непрерывное употребление одурманивающих веществ;
* *периодическую* (запой), который имеет два вида — истин­ный и ложный. *Ложный запой (псевдозапой)* — это перио­дическое многодневное употребление алкоголя, дебютиру­ющее под влиянием определенной ситуации (зарплата, не­приятность и т. п.) и прерывающееся внешними обстоя­тельствами (скандал, привод в милицию, неприятность на работе, отсутствие денег и т. п.). *Истинный запой* — аутохтонно, под влиянием компульсивно или импульсивно ак­туализирующегося влечения периодически возникающее пьянство, купируемое спонтанно вследствие нарастающей интолерантности, непереносимости алкоголя.

**2. Толерантность:** способность переносить введение дозы алкоголя или наркотического вещества с сохранением функ­ционирования. Толерантность определяется по максимально переносимой дозе.

Подъем толерантности наркотика может также быть оценен как проявление изменившейся реактивности. Толерантность, на высоте болезни превышающая изначальную, физиологическую в 5 - 10 раз (барбитуаты), 8-12 раз (седативные), 100-200 раз (опиаты) пока­зывает, что организм наркомана переносит смертельные дозы нарко­тика. Возрастание толерантности, ее стабилизация на высоком уров­не, а затем снижение относят к осевым симптомам наркомании. На основании этого признака были предложены классификации алкого­лизма [Л. А. Портнов, И. Н. Пятницкая, 1971] и позже наркоманий [И. Н. Пятницкая, 1975]; I стадия — рост толерантности, II — плато толерантности, III — падение толерантности.

**3. Защитные реакции (знаки):** соматические и вегетатив-
ные признаки, свидетельствующие о том, что доза наркоти-
ческих веществ или алкоголя превысила физиологическую то-
лерантность.

1) Специфические защитные реакции: наиболее показа-
тельными являются защитные знаки при алкоголизме, опий-
ной наркомании и барбитуратизме:

* алкогольные — рвота;
* опийные — зуд кожи лица, заушной области, поверхности шеи и верхней трети груди;
* барбитуровые — икота, профузный пот, слюнотечение, резь в глазах, чувство дурноты, тошнота и головокружение.

2) Неспецифические защитные реакции: тошнота, рвота,
сосудистые вегетативные проявления (озноб, боли в сердце,
кожно-мышечная гиперестезия). Исчезновение защитных реакций — симптом, свидетель­ствующий об адаптации организма к высоким дозам нарко­тических веществ или алкоголя, при которой прежние дозы не являются токсичными и не требуют защитных реакций. Этот симптом служит демаркационной линией при оценке стадии заболевания.

**4. Формы опьянения:** комплекс психических, поведен-
ческих и соматоневрологических проявлений, развивающих-
ся вследствие приема наркотических веществ или алкоголя.

Измененная форма опьянения — нарушение соотношения и проявлений отдельных компонентов классического варианта опьянения от соответствующего вещества, или появление несвойственных ему качеств и компонентов, или изменение его динамики. Симптом входит в структуру синдрома изме­ненной реактивности. Развивается на фоне уже существую­щих компонентов основного синдрома: при систематической наркотизации, сформированной высокой толерантности и ис­чезновении защитных реакций на передозировку. Трансфор­мация опьянения наркотиками в своем развитии проходит три этапа. На *первом* из них сначала ослабевает, а затем исчезает соматовегетативный компонент интоксикации. Так, при зло­употреблении стимуляторами исчезает тахикардия, при нар­котизации кодеином нивелируется подавление кашлевого реф­лекса, при опиизме исчезает стимуляция моторики кишечни­ка, и т. п. На *втором* этапе трансформируется интенсивность эйфории, что проявляется в необходимости повышения дозы для достижения прежней интенсивности переживаний. При этом качество и фазность эйфории остаются неизменными. На *третьем* этапе уже невозможно достичь прежней интен­сивности эйфории даже при использовании максимальных доз наркотика. При этом качественно изменяются фазы эйфории, поскольку собственно эйфория уже недостижима, тонизиру­ющий (стимулирующий) эффект наркотика постепенно исче­зает, а на первый план выступает его способность лишь нор­мализовать состояние. Такого рода динамика характерна прак­тически для всех видов наркотических веществ

**5. Патология влечения встречается в двух формах.**

1. Обсессивное (психическое) влечение — трудноодолимое психическое стремление к приему наркотика. Выража­ется в постоянных мыслях о наркотике и манипуляциях с ним, подъеме настроения даже в предвкушении его приема и, на­оборот, подавленности и неудовлетворенности при отсутствии этой возможности. Несмотря на то, что пси­хическое влечение является одним из ранних симптомов, оно представляет значительную терапевтическую проблему, ко­торая исчезает практически в последнюю очередь. Обсессивное влечение может погаснуть, если у больного формируется положительное эмоциональное насыщение, связанное с иными интересами, а провоцируется неприятными соматическими ощущениями, разговорами о наркотиках и даже встречей с людьми, которые ранее совместно с больным принимали наркотические вещества. Психическое влечение сопровождается борьбой мотивов, что в сочетании с навязчивыми мыслями о наркотике позволяет определить его как обсессивное.
2. Компульсивное (физическое) влечение проявляется в непреодолимом стремлении к наркотизации, причем степень выраженности этого влечения достигает витального уровня, конкурирует с истинными витальными влечениями, которые блокируются. От обсессивного влечения компульсивное от­личается значительно большей интенсивностью, способнос­тью полностью поглощать сознание больного, не оставляя места для других переживаний и представлений. Компульсивное влечение определяет не только фон настроения, но и поведение больного, подавляя контроль и конкурентные поведенческие мотивы, в силу чего борьба мотивов исчезает. Помимо этого, компульсивное влечение сопровождается выраженной вегетативной стигмацией в виде мидриаза, гипергидроза, гиперрефлексией, тремором и пр.

**6. Способность достижения состояния психического и/или физического комфорта в состоянии интоксикации.**

 1) Психический комфорт в состоянии интоксикации. Наркотическое вещество становится необходимым условием нормального психического функционирования больного.

2) Физический комфорт в состоянии интоксикации. Для поддержания приемлемого функционального уровня общей жизнедеятельности необхо­дима та или иная степень интоксикации.

**7. Симптом дискомфорта вне состояния интоксикации.**

1) Симптом психического дискомфорта вне состояния интоксикации заключается в развитии своеобразных психических нарушений в виде эмоционального напряжения, раздражительности, депрессивных реакций с идеями самообвинения, дисфорических состояний, несобранности, сниженной работоспособности, повышенной отвлекаемости. Эти проявления купируются приемом наркотического вещества или алкоголя.

2) Симптом физического дискомфорта вне состояния интоксикации заключается в ощущении соматического неблагополучия, купируемого только приемом наркотика.

**Большой наркоманический синдром (из Шабанова)**

***Большой наркоманический синдром—*** основной кли­нико-диагностический маркер болезни (алкоголизма или нарко­мании). Сформированный наркоманический синдром является базисным признаком, отличающим здорового человека от боль­ного, страдающего наркотической (а в общем виде и любой иной) зависимостью. Структурно этот синдром состоит из синд­рома измененной реактивности и синдрома зависимости.

1. **Синдром измененной реактивности**

Он представляет собой наиболее ранние патологические из­менения в организме, объединенные общим патогенезом, воз­никшие в ответ на длительное употребление одурманивающих веществ и представляющие собой клиническое проявление фор­мирующейся церебральной патологической системы. Структур­но этот синдром состоит из таких симптомов: исчезновение за­щитных знаков, изменение толерантности, формы потребления, формы опьянения. Последний симптом завершает формирова­ние синдрома измененной реактивности, развиваясь на фоне уже существующих компонентов основного синдрома.

1. **Синдром зависимости**

Выступая структурной составляющей большого наркоманического синдрома, он в свою очередь является сложным образованием и имеет в своем составе синдром психической и физической зависимости.

Синдром психической зависимости, являясь наиболее ранним проявлением основного синдрома, состоит из симптомов психического влечения к одурманивающему веществу и способности достигать психического комфорта в состоянии интоксикации.

***Синдром физической зависимости*** включает в себя физическое (компульсивное) влечение, способность дости­жения физического комфорта в состоянии интоксикации и абстинентный синдром.

***Абстинентный синдром,*** а точнее абстинентный симптомокомплекс — показатель сформировавшейся физической зависимости, ведущее и наиболее наглядное проявление бо­лезни. По сути своей он является процессом выравнивания нарушенного гомеостаза, при отнятии ПАВ, т.е. дефектной попыткой организ­ма собственными силами откорректировать гомеостаз, соот­ветствующий функциональному уровню имеющейся физичес­кой зависимости. Симптомы, составляющие этот симптомо-комплекс, можно разделить на две группы: центральные (пси­хические) и периферические (вегетативные, соматоневрологические). Абстинентный синдром имеет общие черты, характерные для любых форм наркомании. К ним от­носятся психическое напряжение, эмоциональные расстрой­ства гипотимического радикала (от тревоги до депрессии), нарушение витальных потребностей (аппетита, сна, либидо), разнообразные вегетативные расстройства (гипергидроз, оз­ноб, мидриаз, диспепсия, нарушение сердечно-сосудистой ре­гуляции и мышечного тонуса). Эти признаки, являясь наиболее общими для всех типов аб­стиненции, тем не менее, имеют черты, специфичные для каж­дой формы наркомании, что существенно помогает при диф­ференциальной диагностике. Так, пот при опийной и гашиш­ной абстиненции субъективно воспринимается как «холодный», а при алкогольной и барбитуровой — как «горячий».

**Алкоголизм** относится к прогредиентным заболеваниям, характеризующимся патологическим влечением к употреблению спиртных напитков, развитием абстинентного синдрома при прекращении употребления алкоголя, а в дальнейшем стойких соматоневрологических расстройств и психической деградации.

**3 стадии алкоголизма (из Шабанова)**

**Первая стадия**

Для данной стадии алкоголизма характерно: 1) первичное патологическое влечение к алкоголю, 2) снижение количественного контроля, 3) рост толерантности к алкоголю, 4) алкогольные амнезии. Наиболее важным диагностическим критерием является первичное влечение к алкоголю (тяга к спиртному). Различная выраженность других симптомов определяет вариабельность клинической картины первой стадии болезни. Первую стадию алкоголизма диагностируют, как правило, у лиц в возрасте 18-35 лет. Ее продолжительность чаще всего составляет 1 - 6 лет.

**Первичное патологическое влечение** к алкоголю выражено не всегда ярко. Тяга к спиртному проявляется в определенных ситуациях, связанных с традиционным употреблением алкоголя: организация и подготовка к выпивке, обсуждение и ожидание ее возможности, устранение различных препятствий для ее осуществления. Подготовка к приему спиртного сопровождается положительными эмоциями и воспоминаниями предыдущих выпивок. Прием первых доз алкоголя и появление легкой степени опьянения провоцирует (ускоряет) дальнейшее употребление алкоголя до состояния более выраженного опьянения. Это описывается как **симптом снижения количественного контроля.** Внешними проявлениями патологического влечения к алкоголю являются признаки «торопливости с очередным тостом», «опережения круга», употребление спиртного «до дна», неразборчивость к сорту спиртного. При передозировке и выраженной алкоголь­ной интоксикации в последующие дни сохраняется относительный контроль за количеством выпитого. **Рост толерантности к алкоголю** определяется тем, что первоначально употребляемая доза алкоголя не вызывает желаемого приятного чувства опьянения и требуется прием большего количества спиртного или переход на употребление более крепких напитков. **Амнезии опьянения**, как правило, не глубо­кие. При этом из памяти выпадают лишь фрагменты определенных событий, имевших место в состоянии алкогольного опьянения.

**Вторая стадия**

Во второй стадии алкоголизма утяжеляются все симптомы, характерные для первой стадии болезни: патологическое влечение к алкоголю, снижение количественного контроля, нарастающая толерантность, амнезии опьянения. Однако типичными для второй стадии являются: 1)появление абстинентного синдрома 2) формирование запоев или систематического (постоянного) злоупотребления алкоголем; 3) заострение преморбидных черт личности. При этом отмечается довольно большое многообразие клинических вариантов (картины) болезни. Вторая стадия болезни формируется в возрасте 25- 35 лет после злоупотребления алкоголем в течение 10- 15 лет.

**Патологическое влечение к алкоголю** становится более выраженным и возникает не только в определенных бытовых ситуациях, но и спонтанно. Более того, больные сами пытаются подстраивать такие ситуации под свои интересы, чтобы непременно выпить. Описывают два варианта первичного патологического влечения к алкоголю. Первый из них сопровождается борьбой мотивов «пить или не пить», поскольку злоупотребление алкоголем противоречит социально-этическим нормам больного, его окружения, трудового коллектива, в котором он работает. Поэтому больной особенно на ранних стадиях заболевания пытается самостоятельно бороться со своим пагубным пристрастием, скрываясь или уклоняясь от контактов с компанией приятелей по выпивке, обходя магазины, где продают спиртное, выезжая за город на выходные и т. д. Второй вариант патологического влечения к алкоголю предусматривает отсутствием такой борьбы мотивов. Больной сам выдумывает поводы для употребления спиртного, объясняя их неприятностями в семье, на работе, встречей случайного приятеля, невозможностью отказаться выпить в компании и т.д. В таком случае предотвратить алкогольный эксцесс довольно трудно, однако социально-этические мотивы могут на время заставить больного отказаться от приема спиртного.

**Симптом утраты количественного контроля** на второй стадии болезни проявляется тем, что прием определенной (начальной) дозы алкоголя влечет за собой возникновение непреодолимого влечения продолжить его употребление. Эта доза называется «критической», поскольку больной не может отказаться от последующего приема спиртного, изыскивая возможности употребления алкоголя тайно, в одиночку, изобретательно преодолевая все возникающие препятствия (социальные, этические, профессиональные) д л я удовлетворения своей прихоти. При этом **толерантность к алкоголю** достигает максимума, оставаясь на высоком уровне в течение нескольких лет. Наивысшие дозы спиртного употребляются одномоментно или на протяжении всего дня.

Во второй стадии алкоголизма меняется **картина опьянения**. Уменьшается период эйфории от приема спиртного. Появляются психопатоподобные расстройства в форме эксплозивности (раздражительность, недовольство, гнев, иногда аффективная вязкость) или истероидности (наигранный аффект, демонстративность, склонность к громким фразам по поводу незаслуженных обид, самовосхваление или самобичевание). Продолжительность таких проявлений относительно невелика, они часто сменяются противоположными по знаку эмоциональными всплесками и заканчиваются, как правило, успокоением. **Алкогольные амнезии** становятся систематическими и касаются, главным образом, отдельных периодов опьянения.

**Абстинентный синдром** на первом этапе проявляется вегетативными нарушениями, а в дальнейшем по мере развития болезни тяжелыми соматическими и психопатологическими признаками. Абстинентный синдром с преобладанием вегетативно-астенических расстройств (I степень тяжести) возникает после тяжелых однократных алкогольных эксцессов или после нескольких дней злоупотребления алкоголем. Отмечается потливость, тахикардия, сухость во рту, снижение аппетита. Желание опохмелиться не всегда реализовывается немедленно. Сдерживающим обстоятельством в данном случае являются социально-этические причины. Поэтому часто опохмеление происходит во второй половине дня или к вечеру. Продолжительность вегетативных расстройств, как правило, не превышает суток.

Абстинентный синдром с преобладанием вегетативно-соматических и неврологических расстройств (II степень тяжести) возникает после многодневного злоупотребления алкоголем. Вегетативные проявления при этом более выражены: гиперемия и одутловатость лица, инъекция склер, тахикардия нередко с экстрасистолией, неприятные и болевые ощущения в области сердца, подъем или падение артериального давления, тяжесть в голове или головные боли, резкая потливость, выраженные диспептические расстройства в форме анорексии, тошноты, рвоты, поноса или запора, тяжесть или боли в эпигастральной области. К неврологическим проявлениям относится сильно выраженный тремор рук, верхних и нижних конечностей, иногда вплоть до генерализованного тремора, напоминающего состояние сильного озноба. Могут наблюдаться нарушения походки, повышение и неравномерность сухожильных рефлексов. Сон нарушен, отмечаются слабость и разбитость во всем теле. Часто обостряются хронические болезни желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы. Больные опохмеляются, как правило, в утренние часы, что ненадолго уменьшает проявления абстиненции. Социально-этические факторы уже не препятствуют опохмелению. Продолжительность указанных расстройств составляет 2 — 5 суток.

Абстинентный синдром с преобладанием психических расстройств (III степень тяжести) характеризуется тревожно-паранояльной установкой, пониженно-тревожным настроением с пугливостью, чувством напряжения, опасениями за свое здоровье, неусидчивостью, самоупреками, идеями отношения к больному со стороны окружающих. Отмечается подавленное настроение с чувством тоски, безысходности, болевыми ощущениями в груди. Часто наблюдаются суточные колебания аффекта с относительным улучшением в первую половину дня. Нередки суицидальные мысли. Чувство собственной виновности сочетается с негативным отношением к окружающим, их неприятием, что является причиной углубления депрессии. Сон поверхностный, беспокойный, с кошмарами, частыми пробуждениями с ощущением чувства страха. Вегетативно-соматические расстройства отступают на второй план. Опохмеляются больные постоянно в любое время суток. Продолжительность расстройств составляет 2 — 5 суток.

**Формы злоупотребления алкоголем** у больных могут существенно различаться. Наиболее типичны две из них: периодическое либо постоянное злоупотребление спиртным. В процессе формирования второй стадии алкоголизма частые однократные выпивки сменяются **псевдозапоями** (периоды ежедневного злоупотребления алкоголем), которые впоследствии переходят в истинные запои (признак формирования третьей стадии алкоголизма). Периоды псевдозапоев продолжаются от нескольких дней до нескольких недель. В первое время псевдозапои обусловлены внешними причинами, такими как получение зарплаты, праздники, выходные. Их завершение также связано с внешними причинами — отсутствием спиртного (денег на его приобретение), семейными конфликтами, необходимостью выхода на работу. Следует отметить, что несмотря на прекращение псевдозапоя готовность продолжать употребление алкоголя (потребность) у больных сохраняется. Интервалы между псевдозапоями индивидуально вариабельны. **Постоянная форма злоупотребления алкоголем** обусловлена высокой толерантностью к спиртным напиткам. При этом алкоголь употребляется ежедневно на протяжении долгого времени (месяцы, иногда годы). Прием основной дозы спиртного приходится на вторую половину дня или вечер. Перерывы между приемами обычно непродолжительны. **Перемежающаяся форма злоупотребления алкоголем** характеризуется тем, что на фоне постоянного употребления сравнительно невысоких доз алкоголя развиваются запои, когда больной в течение нескольких дней выпивает максимальное для него количество спиртного.

Соматические осложнения у больных второй стадией алкоголизма носят, в основном, функциональный характер. Наиболее ярко соматические нарушения проявляются в период абстинентного синдрома. Тем не менее может наблюдаться развитие алкогольной миокардиопатии, жировой дистрофии печени, гастрита. Прекращение злоупотребления алкоголем и соответствующее лечение способствует полному или частичному восстановлению функций сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта больных.

Во второй стадии алкоголизма начинают проявляться **изменения личности** больного, чаще всего в форме заострения преморбидных личностных особенностей. Постепенно к ним присоединяются вызванные болезнью расстройства эмоциональной сферы в виде эмоциональной лабильности, огрубления, возбудимости. Развивается алкогольная анозогнозия, проявляющаяся недостаточным критическим отношением больного к злоупотреблению спиртным при сохранности общей критики. Нередки морально- этические дефекты. Однако указанные особенности не достигают степени алкогольной деградации личности и, как правило, обратимы при длительной ремиссии. Степень изменения личности определяет и социальные последствия злоупотребления алкоголем. Они могут быть незначительными, если уровень требований больного или его семьи сравнительно низок, и, напротив, катастрофическими, если эти требования со стороны семьи высоки, а среда, где проживает и работает больной, нетерпима к проявлениям пьянства. В последнем случае наблюдается типичная социальная дезадаптация больного, потеря им профессии, семьи, изменение отношения окружающих к такому человеку.

**Третья стадия**

Третья стадия алкоголизма характеризуется утяжелением всех проявлений болезни, типичных для первой и второй стадии (первичное патологическое влечение, утрата количественного контроля, снижение толерантности, изменение картины опьянения, тотальная алкогольная амнезия, развернутый абстинентный синдром), появлением истинных запоев и алкогольной деградацией личности больных. Развивается, как правило, в возрасте до 45 - 50 лет после продолжительного (15 — 20 лет) злоупотребления спиртными напитками [Н. Н. Иванец, И. Нойман, 1988].

**Первичное патологическое влечение** проявляется весьма интенсивно и, как правило, не сопровождается борьбой мотивов. У ряда больных влечение возникает спонтанно и носит неодолимый, или компульсивный, характер и требует немедленного приема алкоголя. По интенсивности это чувство сопоставимо с чувством голода или жажды. **Утрата количественного контроля** сопровождается потерей контроля ситуационного. Прием любой дозы алкоголя провоцирует необходимость повторного приема спиртного, его отсутствие не служит ограничением или препятствием в достижении цели выпить, даже путем совершения противоправных действий. Влечение к алкоголю неодолимо, больной делает долги, продает вещи, ворует. Прием спиртного совершается в одиночку или в обществе случайных лиц, зачастую в неподходящих для этого местах.

Одним из главных симптомов третьей стадии алкоголизма является **снижение толерантности к алкоголю.** Разовые дозы спиртного, вызывающие состояние опьянения, постепенно уменьшаются, хотя суточная доза может оставаться еще высокой. В дальнейшем и разовая, и суточная доза снижаются, больной может перейти на употребление спиртных напитков с более низким содержанием алкоголя, например с водки на крепленые вина. Изменяется **картина опьянения**. Поведение больных характеризуется дисфорическим аффектом с придирчивостью, раздражительностью, недовольством, напряженностью, вплоть до злобы и агрессии. Агрессивные действия направлены в первую очередь на близких людей. Больные непоседливы, агрессивно активны. Резко нарушено засыпание, которое наступает после дополнительного приема алкоголя. Противоположные изменения наблюдаются у части больных **с алкогольным оглушением.** Такие пациенты вялы, пассивны, сонливы, на вопросы отвечают не сразу, замедленно. Простые действия больные в состоянии выполнить, в то же время неспособны совершить целенаправленные поступки. Для больных алкоголизмом третьей стадии характерна **тотальная алкогольная амнезия**, касающаяся многих событий в состоянии алкогольного опьянения и проявляющаяся при приеме сравнительно невысоких доз алкоголя.

**Абстинентный синдром** проявляется в развернутой форме с полным набором физических (вегетососудистых, соматических и неврологических) и психических (в основном тревожно-паранояльных) расстройств. Иногда регистрируются развернутые или абортивные судорожные припадки, главным образом в первые дни после отмены этанола. Развернутый абстинентный синдром длится более 5 дней.

Для третьей стадии алкоголизма характерны **истинные запои**. Они отличаются от псевдозапоев второй стадии рядом признаков.

Им обычно предшествует вспышка интенсивного неодолимого влечения к алкоголю, сопровождающаяся изменениями соматического или психического состояния (аффективными расстройствами). В первые дни запоя больной употребляет максимальное количество спиртного. В последующие дни из-за снижения толерантности доза алкоголя уменьшается. В конце запоя наблюдается интолерантность, делающая невозможным дальнейший прием спиртных напитков. Запои сменяются полным воздержанием от алкоголя. Они возникают циклически. Иногда продолжительность запоев уменьшается, а светлые промежутки увеличиваются. Вариантом злоупотребления является постоянный прием алкоголя на фоне низкой толерантности к алкоголю. При этом спиртные напитки употребляют дробными дозами (через каждые 1 —3 часа) на протяжении всего времени суток, включая ночное время. Больные постоянно находятся в состоянии относительно неглубокого опьянения. Тяжелая абстиненция наблюдается только после прекращения употребления алкоголя.

**Соматические последствия** в третьей стадии алкоголизма малообратимы и проявляются в форме поражения органов пищеварительного тракта (гепатит, цирроз печени, панкреатит, атрофический гастрит), сердечно-сосудистой системы (миокардиопатия, гипертоническая болезнь), нервной системы (полиневропатии).

**Изменения личности** больных в третьей стадии алкоголизма характеризуются алкогольной деградацией. Основными признаками деградации являются эмоциональное огрубение, исчезновение семейных привязанностей и общественного долга, снижение этических норм, утрата критики, упадок инициативы и трудоспособности, снижение интеллектуально-мнестических характеристик. Наиболее часто встречаются следующие варианты алкогольной деградации: 1) психопатоподобный, 2) деградация с преобладанием эйфории, 3) деградация с аспонтанностью. **Психопатоподобная деградация** характеризуется изменениями поведения, проявляющимися грубым цинизмом, агрессией, бестактными замечаниями, назойливой откровенностью, стремлением очернить окружающих. Иногда возникают аффективные расстройства в форме дисфорий. **Алкогольную деградацию с преобладанием эйфории** отличает беспечное благодушное настроение с резким снижением критики к собственному положению и окружающему. Больные одинаково легко говорят о пустяках и важных сторонах жизни, включая интимную сферу. Им присущ так называемый алкогольный юмор, речь изобилует примитивными штампами и шаблонными шутками. **Для алкогольной деградации** с **аспонтанностью** типичны вялость, пассивность, снижение побуждений, утрата интересов и инициативы. В компании они пассивны, активность проявляют только при приобретении спиртного. Склонны к ведению паразитического образа жизни.

**Социальные последствия** для больных проявляются в потере семьи, доверия окружающих, работы, деквалификации. Часто такие больные находятся на иждивении окружающих или превращаются в лиц без определенного места жительства (БОМЖ). На производстве они способны выполнять лишь примитивную неквалифицированную работу, которой, как правило, не дорожат и часто лишаются.

В официальных документах ВОЗ употребляется термин «лекарственная зависимость» (drug dependence) вместо терминов **«наркомания»** и «пристрастие к ле­карственным средствам». Согласно определению ВОЗ **под лекар­ственной зависимостью понимается** «психическое, а иногда также физическое состояние..., характеризующееся определенными пове­денческими реакциями, которые всегда включают настоятельную потребность в постоянном или периодически возобновляемом при­еме определенного средства для того, чтобы избежать неприятных симптомов, обусловленных прекращением приема этого средства» **(*- это хронические прогрессирую­щие заболевания, ведущие, прежде всего, к психической и фи­зической зависимости от психотропного препарата.)***. Наркоти­ками называют не любой веселящий препарат, а лишь те вещест­ва, которые государство находит наиболее опасными и включает в официальный список наркотиков. Он периодически обновляет­ся. В списке обозначены вещества, во-первых, вообще запрещен­ные к применению на людях и к производству; во-вторых, расте­ния, отнесенные к наркотикам; в третьих, - лекарственные пре­параты, являющиеся наркотиками, в четвертых, - вещества любо­го происхождения, отнесенные к наркотикам в соответствии с единой международной конвенцией. Все названия наркотиков и их классификации предназначены только для специалистов.

**Под наркоманией** подра­зумевают состояние, определяемое: **1)** **синдромом измененной реак­тивности организма к действию данного наркотика** (защитные реак­ции, толерантность, форма потребления, форма опьянения); **2) синдромом психической зависимости** (обсессивное влечение, пси­хический комфорт в интоксикации); **3) синдромом физической зави­симости** (компульсивное влечение, потеря контроля над дозой, аб­стинентный синдром, физический комфорт в интоксикации). Эти три синдрома, составляющие большой наркоманический син­дром |И. 11. Пятницкая, 1975, 1994], отличают наркомана от здорового человека. Каждый из структурных элементов наркоманического син­дрома варьирует в зависимости от формы наркомании. Каждый син­дром проявляется различной степенью специфичности по отношению к форме наркомании и к этапу стадии процесса болезни.

В развитии болезни синдромы возникают не одновременно. Первые— синдром измененной реак­тивности и синдром психической зависимости.

Часто в практической медицине состояния, сопровождающие по­вторный прием веществ с токсикоманическим потенциалом, обознача­ют терминами **«привыкание» и «пристрастие»**.

**Под привыканием** по­нимают пониженную реакцию организма на повторное введение веще­ства.

**Пристрастие** определяется как непреодолимое стремление к приему фармакологического, химического или иного вещества или лекарственного средства. Как видно из определений, привыкание представляет собой характеристику устойчивости организма к действию того или иного вещества (толерантности), а пристрастие характеризует психическую и физическую зависимость от того или иного вещества.

**Основные этапы развития наркомании**

|  |  |
| --- | --- |
| Название | Краткая характеристика |
| Этап злоупотребления наркотиком | Опьянения чередуются с состоянием трезвости разной дли­тельности. Клиническая симптоматика наркомании отсутству­ет здоровье остается хорошим. Основные звенья этапа зло­употребления наркотиком: I) эйфория как субъективное чув­ство удовольствия, наслаждения, благоприятного сдвига в фи­зическом или психическом самочувствии; 2) формирование предпочтения определенного наркотика; 3) регулярность при­ема; 4) угасание первоначального эффекта наркотика |
| Продром болезни | Увеличивается суточная толерантность, возможность много­кратного в течение дня введения наркотического вещества, ко­гда возникают явления дисхроноза, проявляющегося постоян­но высоким жизненным тонусом, коротким беспорядочным сном, невыраженностью суточных спадов активности. Про­дромальные явления трудно диференцируемы  |
| Стадия I наркоманическойзависимости | Прием наркотика регулярен. Толерантность растет, защитные реакции слабеют, вероятность токсических реакции снижает­ся изменяется форма потребления (синдром измененном ре­активности). Появляется психическое (обсессивное) влечение к опьянению, способность достижения психического комфорта в интоксикации (синдром психической зависимости) |
| Стадия IIнаркоманической зависимости | Представлен тремя наркоманическими синдромами: I) син­дромом измененной реактивности (измененная форма потреб­ления, высокая устойчивая толерантность, отсутствие защит­ных и токсических реакций, измененная форма опьянения); 2) синдромом психической зависимости (обсессивное влечение к опьянению, способность к психическому комфорту и инток­сикации); 3) синдромом физической зависимости (компульсив­ное, физическое влечение к опьянению, маскирующее влечение обсессивное, способность к физическому комфорту в интокси­кации, абстинентный синдром) |
| Стадия IIIнаркоманической зависимости | Как и во второй стадии представлен тремя наркоманическими синдромами: 1) синдромом измененной реактивности (изме­ненная форма потребления, снижающаяся толерантность, от­сутствие защитных и токсических реакций, измененная форма опьянения); 2) синдромом психической зависимости (обсессив­ное влечение к опьянению, способность к психическому ком­форту в интоксикации); 3) синдромом физической зависимости (компульсивное, физическое влечение к опьянению, способ­ность к физическому комфорту в интоксикации, трансформи­рованный абстинентный синдром). Синдромы наркотической зависимости изменены из-за истощенности организма нарко­мана и наркотик выполняет роль тонизирующего, подстеги­вающего организм средства |

**Источники:**

Бухановский А. О. и др. Общая психопатология: Пособие для врачей / А. О. Бу­хановский, Ю.А Кутявин, М. Е. Литвак. — 3-е изд., перераб, и доп. — Ростов н/Д: Изд-во ЛРНЦ «Феникс», 2003. - 416 с: ил.

Шабанов П.Д. Руководство по наркологии. 2-е издание. - СПб.: Издательство «Лань», 1999. – 352 с.

**Алкоголизм как разновидность зависимости от психоактивных веществ**

Все наркологические болезни (алкоголизм, токсикомании и собственно наркомании) сходны по своей природе. Они развива­ются в результате употребления таких лекарственных раститель­ных и химических веществ, которые могут изменить в желатель­ном направлении психическое состояние: успокоить, развеселить, помочь забыться от волнений и т. п. Повторяющееся употребле­ние данных веществ ведет к перестройке биохимизма, в результа­те чего организм уже не может обойтись без психотропного до­пинга. Формируются наркоманическое пристрастие и зависи­мость. Патологическое влечение требует все новых доз. Мобили­зуются защитные механизмы организма, направленные на борьбу с упомянутыми веществами. Организм борется, потому что все они не являются нужными веществами.

Возьмем, к примеру, алкоголь (этанол). Это не лекарство и не пищевой продукт. Нет таких состояний и заболеваний, при кото­рых мог бы оказать лечебное воздействие алкоголь. С другой стороны, он не является ни витамином, ни минеральным соеди­нением, ни строительным материалом. Те калории, которые вы­деляются в организме от употребления алкоголя, - это энергия не созидательная, а разрушительная: этанол - клеточный яд, и нет таких тканей организма, которые не поражались бы у пьющих. Особенно страдают головной мозг, печень, половые органы и эн­докринная система, желудочно-кишечный тракт и сердечно­сосудистая система.

Тогда зачем же и почему люди пьют?

**Определение алкоголизма. Алкоголизм** относится к прогредиентным заболеваниям, характеризующимся патологическим влечением к употреблению спиртных напитков, развитием абстинентного синдрома при прекращении употребления алкоголя, а в дальнейшем стойких соматоневрологических расстройств и психической деградации.

Алкоголизм - это следствие невежества, общемедицинской и наркологической безграмотности, результат личной распущенно­сти и бескультурья. Несомненно, что распространение питейных обычаев является пережитком. Алкоголь известен человечеству с глубокой древности как напиток, притягательный своим эйфорическим эффектом. Человек стремился к удовольствию, не ведая ни о ближайших, ни об отдаленных - для будущих поколений -последствиях. Пили, чтобы «пообщаться с богами» (шаманы, колдуны), чтобы забыться в горе и печали, чтобы разгонять тоску, развеяться, успокоиться, взбодриться, повеселится? наше время употребление алкоголя в большинстве случаев стало ри­туалом - обязательным при общении, встречах, проведении ка­ких-либо мероприятий, в случае каких-то событий.

Но значимость этих событий все больше обесценивается: пьют уже, при­думывая события, чтобы соблюсти ритуал.

Столь печальная ситуация сложилась в результате того, что алкоголизм внедрился в культуру человечества, породил ее из­вращенное направление в форме алкогольной промышленности и торговли, питейных обычаев, ритуалов и традиций, передающих­ся и «совершенствующихся» из поколения в поколение. Усвоение данной питейной псевдокультуры начинается с раннего дошко­льного возраста - задолго до начала употребления алкоголя. Так проявляет себя сформировавшийся на протяжении многих и мно­гих веков средовый фактор распространения алкоголизма.

Наряду с этим в последние годы ученые установили другой, пожалуй, еще более опасный фактор - передачу по наследству предрасположенности к алкоголизму. Из поколения в поколение переходят дети, рожденные от пьющих родителей, не обязатель­но даже собственно алкоголиков. В результате растет число лиц с повышенной готовностью стать алкоголиками. И они становятся ими, потому что почти без исключения приобщаются к повсеме­стно распространенным питейным обычаям.

Насколько глубоким было заблуждение человечества в от­ношении алкоголя, можно судить по тому фактору, что многие искренне убеждены в безопасности «умеренного», или «культур­ного» пития. Сейчас следует однозначно считать злоупотребле­нием любое употребление алкоголя. Бытующее даже среди нар­кологов понятие «бытовое пьянство», как антитеза алкоголизму, в действительности тоже есть алкоголизм в ранней стадии. Лю­бое привычное повторяющееся употребление алкоголя, а тем бо­лее повторяющееся часто и систематически, независимо от дозы и вида напитка,- само по себе признак алкоголизма. Другое дело, что темп прогредиентности алкоголизма может быть различным. У одних он злокачественный, галопирующий, у других - медлен­ный, вялотекущий, у третьих - среднепрогредиентный. При мед­ленном течении алкоголизма пьющий долгие годы (иногда на протяжении 20-30 лет и более) не считает себя алкоголиком, а окружающие, также заблуждаясь, относят его к «умеренно» пьющим или, в крайнем случае, к «бытовым пьяницам», но от­нюдь не к алкоголикам. Однако специалист и в этих случаях на­ходит явные признаки алкогольной зависимости.

Представление об алкоголизме и понимание его клиники за­трудняются распространенностью упрощенных взглядов на то,что алкоголизм - это якобы лишь такой вид болечпи, который со­провождается возникновением абстинентного (похмельного) синдрома, запоями и признаками деградации личности. Вместе с тем, данные проявления характеризуют уже полное развитие бо­лезни, которая имеет ряд предшествующих, более ранних стадий.

Соответственно статистическим установкам выделяют 1-ю, 2-ю и 3-ю стадии алкоголизма. Каждая из них характеризуется четко определенными наборами значительного числа симптомов. Поэтому постадийная квалификация алкоголизма должна быть компетенцией психиатра-нарколога. Врачам других специально­стей важно определить, имеется ли вредная привычка употреб­лять алкоголь, и выявить основные признаки алкоголизма вооб­ще, если они имеются.

***Алкоголизм характеризуется, прежде всего, синдромом зависимости.*** Сюда относятся:

1.Влечение к алкоголю, потребность в алкогольных напит­ках. Обозначается обычно как «тяга, жажда, хотение» и т.п. При этом, однако, далеко не все осознают наличие у них влечения как такового, но при расспросах удается выяснить его проявления.

Рекомендуется выделять три степени выраженности влече­ния: пристрастие, психическую и физическую зависимость.

***Пристрастие*** *-* от слова *страсть* (сильная, устойчивая эмо­ция). Наличие влечения к алкоголю в таких случаях обозначается словами «ему нравится выпивать», «он пристрастился», «любит посидеть с друзьями и повеселиться», «ему (или ей) приятно быть в компании выпивших и самому (самой) выпить». Одновре­менно отмечается, что прежние интересы, занятия, увлечения и непьющие друзья уже не доставляют радости. Все, что не сопро­вождается питием, кажется скучным, неинтересным.

На уровне ***психической зависимости*** влечение более силь­ное. Алкоголь здесь необходим уже не только для подогрева об­щения и интереса, но уже для поддержания определенного психи­ческого тонуса. Без алкоголя психическая система разлаживается.

Настроение меняется, человек становится раздражительным, напряженным, тоскливым, озлобленным. Появляются навязчивые и доминирующие мысли питейного содержания, соответствую­щие воспоминания и сновидения. Чтобы восстановить психиче­ский комфорт и работоспособность, надо выпить.

На уровне ***физической зависимости*** влечение чувствуется как сильная физическая потребность, голод, жажда и др. При этом развиваются множественные вегетативные расстройства: изменяются артериальное давление и частота пульса, появляются слабость, температура, потливость, меняется окраска кожи и сли­зистых, появляются самые разнообразные отклонения со стороны внутренних органов и нервной системы. В наибольшей мере дан­ные нарушения свойственны состояниям вынужденного воздер­жания от алкоголя (абстиненции). В крайних случаях алкоголь необходим уже даже для спасения жизни.

2.Признаками алкоголизма являются также ***определенные формы употребления алкоголя*** (запои, непрерывное употребле­ние, питейные эксцессы, двух-, трех- или многодневное пьянст­во). Появляются данные формы, разумеется, не сразу. Поэтому следует обращать внимание и на частоту эпизодических («разо­вых») сеансов пития. Подозрение в отношении начавшегося ал­коголизма должны вызывать определенная регулярность упот­ребления алкоголя, стереотипное его привязывание к определен­ным событиям (встречи, рыбалка, выходной день...), частота вы­пивок уже хотя бы раз в неделю, а тем более - по всем подряд праздникам и выходным дням, в дни зарплаты и т. п.

3.К симптомам зависимости при алкоголизме относится также ***утрата самоконтроля*** в процессе пития: потеря чувства критической дозы и способности адекватно оценивать ситуацию, невозможность контролировать и держать в рамках приличия свое поведение.

Кроме приведенного синдрома зависимости, алкоголизм характеризуется также ***измененной реактивностью*** организма:

1. По мере приобщения к алкоголю утрачиваются природные защитные реакции на интоксикацию, даже при передозировках отсутствуют тошнота, рвота, чувство дурноты, недомогание, пот­ливость и т. п. Опьянения становятся все более приятными.

2.Нарастает переносимость алкоголя (толерантность). Пью­щий употребляет все более крепкие напитки, во все более высо­ких дозах и может хвастать тем, что он не пьянеет. Многие пола­гают, что это признак крепости организма и здоровья, тогда как на самом деле это симптом далеко зашедшего алкоголизма даже у пьющих лиц, сохранивших еще свое социальное положение.

3.Постепенно меняется характер опьянения: слабеет эйфо­рия, привычные и даже большие дозы уже не веселят, как преж­де; и опьянении появляются раздражительность, тоскливость, бессонница, провалы памяти. В других случаях, наоборот, веселье резко обостряется, но становится дурашливым, пустым, бес­смысленным, надоедливым.

4.В дальнейшем снижается переносимость алкоголя, толе­рантность падает. Это конечный этап болезни.

Поскольку к специалистам ненаркологического профиля ча­ще обращаются по общесоматическим поводам лица с начальны­ми признаками алкоголизма, то важно ориентироваться именно в *инициальном периоде болезни,* т. е. в признаках доманифестного этапа. К ним относятся:

1.Пристрастие к питейным эпизодам и ситуациям. Про таких людей, как отмечено выше, говорят, что они «любят повеселить­ся, любят погулять, выпить на охоте, рыбалке...».

2.Кажущийся стимулирующий эффект от употребления ал­коголя: начальное чувство нарастания либидо, появление смело­сти и уверенности в себе, улучшение настроения, создающее вна­чале иллюзию благотворного действия алкоголя.

3.Все учащающееся употребление алкоголя при одновре­менном снижении значимости повода, вплоть до употребления «просто так», «с получки» и т.п.

4.Невозможность прекратить пьянство, несмотря на заве­рения, «слово», несмотря на наличие соматических заболеваний, утяжеляющихся вследствие алкоголизма (например, употребле­ние алкоголя, несмотря на язвенную болезнь, холецистит, ишемическую болезнь сердца и др.).

5.Безуспешность попыток ограничить употребление и его рационализация, т.е. оправдание пьянства ссылками на «обстоя­тельства, на жену, на окружение».

6.Начинающееся снижение таких высших человеческих черт, как чувство долга, ответственности, коллективизма, мо­рально-этическое снижение, снижение дисциплины. Начинаются конфликты в семье и на работе (опоздания, прогулы, снижение продуктивности и т.п.)

7.Начинающееся изменение характера пьющего: преоблада­ют отрицательные эмоции (раздражительность, вспыльчивость, озлобленность, недоверчивость, подозрительность, ревность, депрессивность); развиваются слабоволие, ленивость, несамостоя­тельность, податливость дурным влияниям; заостряются и фор­мируются психопатические черты характера, снижается полезная активность.

8.Появляются астено-вегетативные отклонения: утомляе­мость, снижение работоспособности, нарушение сна, импотен­ция, симптомы вегетодистоний, дисфункций самых различных органов и систем.

Личностные основы профилактики алкоголизма, наркоманий и других аддикций: учебное пособие (Г.И. Дереча, В.В.Карпец, М.В.Дёмина, В.А. Дереча, А.В.Гуров); ГБОУ ВПО ОрГМУ Минздрава РФ. – 248с.

1. **Этапы формирования алкогольной зависимости.!!!!**

Формирование па­тологических установок личности происходит в 3 стадии. Первая - это ослабление и исчезновение прежних доминирующих уста­новок, интересов, привязанностей, увлечений, изменение жиз­ненной позиции и воззрений.

Вторая стадия характеризуется бес­системностью поведения, неустойчивостью и аструктурностью, несамостоятельностью, податливостью дурным влияниям, слу­чайными связями, рискованными приключениями. Личность, как таковая, на этой стадии разрыхляется, теряет свои основные цели и смыслы.

В третьей стадии патологического процесса личность восстанавливается как система, но это система уже патологиче­ская. Личность - цельная, устойчивая, имеющая свою программу поведения, однако ее цели, смыслы, потребности и мотивы, - все это связано с патологическими влечениями.

Нет, нормального пития быть не может! И в таком понима­нии начало алкоголизма следует относить к самому раннему дет­скому возрасту, задолго до первой рюмки. ***Только обратив внимание, на этот возраст, можно по-настоящему думать о профилактике алкоголизма.***

Именно в этот период может произойти своего рода подготов­ка к алкоголизму. ***В раннем детском возрасте формируются пред­ставления о жизни, ее образ, модель - питейная или непитейная.*** Этот 1-й период начинается с того возраста, когда ребенок вообще на­чинает познавать мир, оценивать происходящее вокруг него. Воз­можны случайные дегустации, эпизодические употребления алко­голя, но главное в этом периоде дошкольного и младшего школь­ного возраста не сами факты приема напитков, содержащих алко­голь. Главное другое - ***формирование представлений о роли и месте алкоголя в жизни людей.*** В зависимости от микросоциаль­ного окружения, от воспитания и обучения у ребенка, если можно так выразиться, происходит формирование алкогольной модели окружающего мира. Фактически это та или иная ***концепция жиз­ни, в которой алкоголь рассматривается и оценивается с раз­ных точек зрения.***

Данная концепция развивается, с одной стороны, вследствие чувственного познания, когда ребенок, видя и слыша, наблюдает обстановку застолья, поведение его участников, вид напитков, сам факт употребления алкоголя, включая дозы, частоту, посуду, манеры поведения и т. п. С другой стороны, жизненная концеп­ция формируется под влиянием оценок и суждений в отношении поводов к употреблению алкоголя.

Вследствие бытующего воззрения алкоголь может рассмат­риваться как пищевой продукт, как необходимый фактор для улучшения («катализации») общения и отношений; как признак достатка и даже своего рода культуры (употребления «благород­ных» напитков, «культурное» пьянство); как подтверждение му­жественности, самостоятельности или как некая слабость харак­тера (прощаемая и извиняемая); как средство от болезней (осо­бенно, если с «травками») и даже как средство долголетия. Быва­ет и так, что алкоголь оценивают как опьяняющий яд или как наркотик, употребив который можно «просто» повеселиться, за­быться, рассмеяться, заглушить обиду или страх, найти «опору» в жизни, уйти от одиночества в мир иллюзий и т.д. и т.п.

Как бы там ни было, но ***к определенному возрасту ребенок, в основном, знакомится со всеми вариантами отношений к алкоголю. При этом, однако, какой-то один из вариантов от­ношений становится для него доминирующим и определяющим дальнейшее индивидуальное отношение к употреблению алкоголя.***

***2-й период - это начальное приобщение к питейным обычаям и традициям,*** первое употребление алкоголя. При внимательном исследовании данного периода можно выяснить, что не сама по себе алкоголизация является лейтмотивом поведения начинаю­щих пить подростков. Детский и подростковый организм реаги­рует на первые в жизни дозы алкоголя не так, как организм взрослого. Ядовитое действие выражено сильнее у детей и под­ростков, а эйфория вначале либо вообще отсутствует, либо выра­жена слабо, недолго. Так что притягательный эффект алкоголь­ного (в отличие от наркоманического) опьянения вначале не дает себя знать. *А* ***пьют подростки в этом периоде вследствие под­ражания, побуждения более старших, вследствие подчинения группе и лидеру, а также из-за любопытства и ориентиро­вочно-исследовательского инстинкта,*** разжигаемого непра­вильным поведением взрослых («ведь уже давным-давно, когда был еще совсем маленьким, хотелось попробовать: что это такое, что его так охотно пьют взрослые, а мне не дают, говорят - мал еще...», «вот с тех пор и накопилась энергия узнать все самому»).

Вот так при сформировавшейся с раннего детства питейной модели жизни подросток выбирает питейный образ жизни в каче­стве способа (формы) удовлетворения других потребностей (об­щения, конформности, подражания обычаям и т. п.).

***3-й период*** - усвоение манер и стереотипов питейного пове­дения. С нарастанием частоты употребления алкоголя меняется характер опьянения у подростка. Эйфория («кайф», «балдение») усиливаются. Улучшается переносимость алкоголя, слабеет и угасает тошнотно-рвотный рефлекс. Опьянение создает иллюзию самоутверждения, взрослости, собственной значимости, придает бодрость, смелость, храбрость. При передозировках, правда, раз­вивается дискомфорт, озлобленность, взрывчатость, неуправляе­мость, нередко с агрессией, с сексуальной расторможенностью и с посягательством на честь и достоинство окружающих. Однако эйфорическая стадия опьянения возрождает в памяти приятные воспоминания и желание вновь выпить. Так начинается пристра­стие к алкоголю. Через подражание более старшим подросток приобретает соответствующие манеры пития (питейный стерео­тип: где пить, с кем, из чего, что, по каким поводам, с какой частотой, в каких дозах, как в дальнейшем себя вести, куда идти, чем заниматься и т.п.).

На данном этапе особенно характерна для подростков так ***на­зываемая групповая зависимость от алкоголя.*** Занимаясь чем-то наедине, подросток может и не вспомнить о выпивке. Стоит собраться группе, увидеть тех, с кем пили, как сразу всем стано­вится скучно, невесело, чего-то не хватает. Иначе говоря, безал­когольное общение перестает быть интересным и значимым. Это неблагоприятный симптом: в дальнейшем вся жизнь без алкоголя будет неинтересной.

***4-й период*** - питейное патохарактерологическое развитие личности. Появляющаяся вначале только в компании тяга (при­страстие) к алкоголю со временем овладевает личностью подрост­ка (если, разумеется, было чем овладевать). Трезвеннические ин­тересы и положительные установки угасают: прежние занятия становятся скучными, неинтересными, ненужными. Лишь компа­ния пьющих дает «радость бытия». Все возрастает алкогольная установка. Не помогают замечания и нравоучения, клятвы и обе­щания не сдерживаются. ***Формируется психологический меха­низм алкогольной защиты личности:*** крайне негативное отно­шение ко взрослым, лживость, неискренность, оправдывание сво­его поведения, недоступность, нежелание что-либо менять. Пи­тейный образ жизни утверждается все более и более. Алкоголизм подростка приобретает признаки алкоголизма у взрослых, глав­ными из которых являются неодолимое влечение к алкоголю и так называемый абстинентный синдром - синдром воздержания -подтверждение физической зависимости: «естественное» состоя­ние организма - это не трезвость, а повышенная концентрация ал­коголя в крови, поддерживаемая очередными дозами. Начинается физическое подтачивание и постепенное разрушение организма.

Личностные основы профилактики алкоголизма, наркоманий и других аддикций: учебное пособие (Г.И. Дереча, В.В.Карпец, М.В.Дёмина, В.А. Дереча, А.В.Гуров); ГБОУ ВПО ОрГМУ Минздрава РФ. – 248с.

1. **Наркотическая зависимость. «Дизайнерские» наркотики.**
2. **Токсикомания.**

**Определение наркоманий и токсикоманий.**

Наркомании и токсикомании относятся к наркологическим заболеваниям. Все наркологические болезни развиваются вследствие пристрастия к психотропным или психоактивным веществам.

Психоактивными называют такие химические соединения, которые при попадании в организм могут изменить психическое состояние человека - от сдвигов настроения до галлюцинаций и особых состояний сознания. Происхождение данных веществ различное. Это могут быть растения, лекарства, препараты быто­вой и промышленной химии, разнообразные суррогаты одурма­нивающего действия. Стоимость и предпочтительность психоак­тивных веществ определяются, прежде всего, силой их воздейст­вия на психику и характером развивающегося при этом опьяне­ния, а также степенью доступности препарата. Однако и для нар­комана, претендующего на «интеллигентность», и для подростка, и для деградированного токсикомана - во всех случаях опьянение каким бы то ни было препаратом является примитивным и ин­фантильным способом получения удовольствия. В одних случаях ищут каких-то особых (якобы «утонченных») переживаний, ил­люзий, ирреальных ощущений, сновидных состояний сознания, в других - просто стремятся повеселиться, в третьих - без разбору оглушают себя чем попало, лишь бы «отключиться», получить хотя бы эрзац удовольствия. Вызванное химическим путем эмо­циональное возбуждение становится притягательной силой, по­рождающей соответствующие воспоминания и желания вновь и вновь погрузиться в опьянение. В дальнейшем употребление психоактивных веществ объясняется желанием снять напряжение, отреагировать в конфликтной ситуации, забыться, вместе с кем-то весело провести время. Прежние увлечения и занятия, ес­ли они были, становятся скучными, неинтересными. Это начало пристрастия к удовольствиям химического происхождения. В дальнейшем формируется наркоманическая зависимость, когда наркотик употребляют потому, что организм без данного вещест­ва мучительно страдает.

В мире насчитывается много растений, содержащих в опре­деленных количествах психоактивные вещества. Многие совре­менные наркотики известны с глубокой древности. Наряду с ни­ми теперь появились очищенные сильнодействующие препараты, их синтетические аналоги. Одни из них получены для медицинских целей (например, обезболивающие вещества, препараты для лечения психических заболеваний); другие производятся под­польно специально для продажи наркоманам и для вовлечения тех, кто еще не стал наркоманом, третьи относятся к категории отравляющих веществ и распространяются тоже в качестве нар­котиков. Наряду с этим в последние годы получило распростра­нение употребление всевозможных суррогатов - препаратов бы­товой и промышленной химии, фактически не являющихся пси­хоактивными в собственном смысле этого слова. В меньших до­зах эти химические вещества оглушают, одурманивают, могут породить галлюцинации, сумасшествие, психоз, в более высоких дозах быстро приводят к смерти.

Сегодня существует бесчисленное множество пьянящих ве­ществ, и, в принципе, ко всем из них может развиться, как гово­рят, привычка, а правильнее - пристрастие, т.е. эмоциональная тяга. В этом смысле все наркологические заболевания: курение, алкоголизм, токсикомании и наркомании одинаковы по сущности и по механизмам возникновения. Главное в них — наркоманиче­ская зависимость души и тела человека от пьянящего вещества, без которого организм уже не может обойтись. Однако наркоти­ками называют не любой веселящий препарат, а лишь те вещест­ва, которые государство находит наиболее опасными и включает в официальный список наркотиков. Он периодически обновляет­ся. В списке обозначены вещества, во-первых, вообще запрещен­ные к применению на людях и к производству; во-вторых, расте­ния, отнесенные к наркотикам; в третьих, - лекарственные пре­параты, являющиеся наркотиками, в четвертых, - вещества любо­го происхождения, отнесенные к наркотикам в соответствии с единой международной конвенцией. Все названия наркотиков и их классификации предназначены только для специалистов.

Из сказанного видно, что не любой вид пристрастия к весе­лящим и пьянящим веществам может называться наркоманией, а лишь те случаи, когда употребляют препараты, обозначенные в упомянутом официальном списке. Добыть такой препарат - зна­чит всегда и в любом случае переступить закон., совершить пра­вонарушение, ибо в списки наркотиков внесены наиболее опас­ные вещества, и при этом запрещено свободное, бесконтрольное их применение. Определяются строгие показания использования, правила хранения, учета и т.п.

Столь строгие меры вызваны тем, что наркомания представ­ляет собою наиболее тяжелый вид наркологических заболеваний, развивающихся вследствие употребления особо опасных сильно­действующих психоактивных веществ. Что касается других пси­хоактивных, пьянящих и веселящих веществ, ведущих к токсикоманиям, то государство не включает их в список наркотиков *не* потому, что они неопасны. Просто не представляется возможным резко ограничить их использование.

**Мотивы употребления наркотиков.**

Слово *мотив* происходит от латинского *двигать, толкать.* Это сфера побуждений, желаний, влечений и стремлений. Упот­ребление наркотиков после того, как появится от них зависи­мость, обусловлено наркоманической тягой, физической потреб­ностью организма (во что бы то ни стало нужна «доза»). Однако для профилактической работы важнее понять начальные (пер­вичные) мотивы приобщения к наркотикам, к любым другим психоактивным веществам.

Начальные мотивы употребления наркотиков те же, в прин­ципе, что и при алкоголизме: любопытство, подражание, воздей­ствие окружающих лиц, стремление чем-то выделиться, желание поднять настроение и повеселиться. Следует иметь в виду, что фактически не бывает употребления наркотиков без связи с теми, кто уже пристрастился к препаратам, или с теми, кто специально распространяет наркотики, делая свой черный бизнес. Необходи­мо помнить также, что у наркоманов в гораздо большей мере, чем у алкоголиков, проявляется тенденция приобщить к наркотикам других, особенно сверстников, молодежь.

Употребление наркотиков относится к разновидностям от­клоняющегося (девиантного) поведения. Дорога вниз по «вверх идущей лестнице» обычно выглядит следующим образом: первая ступень девиантного поведения - курение и нарушение дисцип­лины, вторая - употребление алкогольных налитков и различные виды хулиганства, третья ступень — наркотики и преступления. В основе этой печальной карьеры лежат незрелость личности, не­прочность ее положительных интересов и увлечений. Чаще всего к наркотикам приобщаются подростки и молодежь, у которых особенно отмечается слабость характера, социальный инфантилизм, незрелость чувств и привязанностей. У них, как правило, нет должной психологической защищенности и опоры в жизни, резко сужена зона житейского психического комфорта. Они не­самостоятельны, стараются вести групповой образ жизни и под­чиняются заведенным в группе порядкам, особенно лидеру груп­пы - более сильному в характерологическом отношении. Среди пьющих и наркотизирующихся преобладают лица, не имеющие социально значимых положительных установок, не проявляющие общественно-политической активности, слабо ориентированные в профессиональном отношении, с неустойчивыми интересами. Они обычно имели много свободного времени, контроль за их обучением и поведением отсутствовал, им не привили целена­правленности в приобретении знаний и трудовых навыков. Такие дети смысл жизни видели лишь в удовольствии. Свой интерес они концентрировали на развлечениях, что в немалой мере по­догревалось и подогревается средствами массовой информации. В результате в качестве преобладающей личностной установки фиксируется стремление к удовольствию (гедонизм) в его инфан­тильно-примитивных формах, самой низкой из которых является «балдение» от курения, алкоголя, наркотиков.

***Таким образом, одним из основных факторов, обусловли­вающих мотив приобщения ко всевозможным психоактивным веществам, является преобладание в личности инфантильно-гедонических потребностей* - *в результате упущений в вос­питании.*** Обостренная в молодые годы потребность в общении ведет к тому, то юноши и девушки объединяются в «кучки», от­тачивают общность интересов, стихийно подчиняются «лидеру», индуцируют друг друга вкусами, взглядами, привычками, в том числе обучают друг друга курить, пить, колоться, употреблять таблетки и т.п.

**Основные симптомы нарко- и токсикомании.**

Наркомании и токсикомании представляют собою процессу­альные заболевания, т.е. они развиваются исподволь, постепенно, с нарастанием проявлений болезни и имеют свой движущий ме­ханизм в форме потребности быть опьяненным. Однако признаки психической и физической зависимости вначале отсутствуют. Вначале употребление психоактивных веществ связано с желани­ем просто попробовать самому. Обычно употребление начинается с единичных (эпизодических) случаев, затем становится все более частым и, наконец, систематическим. Период эпизодиче­ских употреблений составляет предболезнь, а переход к регуляр­ным приемам препарата указывает на появление наркоманической зависимости. Главными ее признаками являются влечение и абстинентный синдром.

***Влечение*** *-* потребность в наркотике, обозначается как тяга, желание, хотение, голод, жажда и т.п. Как формируется влечение к наркотикам, ведь от природы его нет? Дело в том, что в нашем организме имеются специальные регуляторные системы психиче­ской деятельности, обеспечивающие определенный уровень на­строения, бодрствования, чувствительности. Соответственно данным функциям нервные клетки располагают необходимыми устройствами - рецепторами, взаимодействующими с регули­рующими химическими веществами - нейромодуляторами. К од­ному из видов нейромудуляторов относятся эндогенный (внут­ренний, природный) этанол (винный спирт) и эндогенные опиаты (морфиноподобные вещества). Их концентрация в организме ни­чтожно мала, но достаточна для регуляции функций. Когда спирт, наркотики или любые другие психоактивные препараты вводятся дополнительно, возникает сильный химический дисба­ланс. Постепенно разрастается число соответствующих химиче­ских рецепторов и организм начинает привыкать ко все более по­вышенным дозам, лучше их переносит (рост толерантности), что воспринимается многими ошибочно как признак возросшей силы и выносливости. Однако теперь с увеличением в десятки раз на каждой нервной клетке числа указанных рецепторов организм уже не сможет обойтись без дополнительного, повторяющегося введения наркотика. Эта потребность и будет проявляться как тя­га, влечение.

Таким образом, до появления наркомании (так же, как и при алкоголизме) проходит более или менее длительный период скрыто­го (латентного) формирования механизмов болезни. Об этом обычно не имеют нужных сведений те, кто только приобщается к употреб­лению. По недомоганию и головной боли на следующий день после опьянения они догадываются, что даже разовое и даже слабое опья­нение - само по себе уже признак отравления, не говоря уже о тонкостях химического дисбаланса в лабораториях организма. Но та­кова психологическая сущность употребляющих, что большинство их не соотносят опыт собственной наркотизации и алкоголизации с ужасами токсического поражения организма. Они знают об этих ужа­сах у других и из пропаганды, но пока сами этого ещё не чувству­ют. Более того, им хочется пренебречь опасностью, проявить «хра­брость». И это их желание как бы вознаграждается сиюминутным удовольствием от препарата. Но с каждой новой дозой крепнет и растет патологическая потребность - зависимость и влечение.

Вначале влечение дает себя знать на уровне психической зависимости: препарат нужен, чтобы восстановить психический ком­форт, иначе будет плохое настроение, раздражительность, напря­женность, пониженная работоспособность, доминирующие воспомина­ния, навязчивые желания. По мере дальнейшего развития наркомании или токсикомании влечение проявляется на уровне физической зави­симости: без дозы препарата расстраиваются функции вегетативной нервной системы и внутренних органов вплоть до тяжелейших сос­тояний (и субъективно, и объективно), даже до смертельных исхо­дов. Эти состояния называются абстинентными - от слова абсанс, что означает отсутствие (препарата).

С появлением патологического влечения к психоактивным веществам ***резко меняется личность употребляющего.*** Преж­ние её ценности (интересы, заботы, связи) отступают и могут полностью исчезнуть. Главная установка таких лиц - утолить влечение, что определяет соответствующий образ жизни. И сам этот образ жизни является важным клиническим признаком, так же, как и особый речевой жаргон. Параллельно с этим изменени­ем ядра личности меняется также характер нарко- или токсико­мана, развивается его ***психопатизация.*** Эмоциональные реакции у таких лиц становятся несдержанными, неадекватными, несо­размерными, с преобладанием отрицательных эмоций (озлоблен­ность, гневливость, подозрительность, ревность, обидчивость, отчаяние, безысходность, тоска и т.п.). Нарастает душевная ту­пость, безучастность к судьбе близких и равнодушие к собствен­ной судьбе - в сочетании с холодной жестокостью, крайним без­волием и пассивной подчиняемостью наркоманическому окруже­нию. Постепенно организм нарко- или токсикомана слабеет, дряхлеет. Развивается преждевременное постарение, сухость, желтушность и дряблость кожи; разрушаются зубы, выпадают волосы, отмечается резкое похудение, выявляется поражение пе­чени, сердца, почек, поджелудочной железы и других органов и систем. Падают вес виды защитных сил организма, вследствие чего присоединяются самые различные инфекции, развиваются злокачественные опухоли, появляется предрасположенность к СПИДу. Резко сокращается (в среднем на 20-30 лет) продолжи­тельность жизни. Но все это - потом, а пока что, в начале печаль­ного пути, - приятности опьянения, зашторивающие разум и предвидение.

**Особая опасность наркоманий и токсикомании.**

Многие люди недостаточно уделяют внимания сохранению и укреплению своего здоровья. Однако в этом нелогичном явлении есть крайний вариант (вообще нелепый с точки зрения здравого смысла), когда ***не только не стремятся сберечь здоровье, но и активно его гробят, покупая себе болезнь за деньги, осознанно растрачивая тонны сил организма за граммы синтетического удовольствия.*** В том и состоит коварство нарко- и токсикомании, так же, как и алкоголизма, что вначале не чувствуются ущерб здоровью и угроза жизни. Вначале все перекрывается приятно­стью опьянения, а когда больные спохватываются, то видят, что они уже поздно, что уже стали пленниками наркотика.

***Нарко- и токсикомании - это хронические прогрессирую­щие заболевания, ведущие, прежде всего, к психической и фи­зической зависимости от психотропного препарата. Человек перестает быть самим собою, его воля и помыслы подчинены наркоманическому влечению. В то же время с каждой новой дозой, вводимой в организм, ему наносится непоправимый токсический вред, чреватый последствиями, проявляющими­ся притуплением памяти, мышления и ума, поражением внутренних органов и нервной системы, острым и хрониче­ским сумасшествием.***

Особенно опасны, конечно, наркомании - как для самого наркомана, так и для общества. Наркомании могут распростра­няться как эпидемии. В употребление наркотиков легче вовлечь новичков, у них быстрее формируется пристрастие и зависи­мость, иногда уже после первого употребления. Этим пользуются те, кто наживается на торговле наркотиками. Социальная опас­ность наркомании состоит еще и в том, что жизнь наркомана - это всегда уголовные преступления, связанные только с добычей наркотика и денег на его приобретение. При наркоманиях человек быстрее перестает быть членом семьи и общества, потому что при этом очень скоро утрачиваются такие человеческие качества, как родственные чувства, привязанность к близким, честность, порядочность, товарищество. Наступает более тяжелая социаль­ная деградация.

Наркоманию не случайно называют «белой смертью»: смерт­ность у наркоманов необыкновенно высокая, они живут недолго, до старости не доживают, умирают в цветущем возрасте от от­равлений (прием непроверенных веществ или случайные передо­зировки), от сердечной недостаточности, от отека легкого, от других заболеваний, гибнут в драках, в автокатастрофах (когда под действием наркотика садятся за руль). У наркоманов не­обыкновенно высокая частота самоубийств в результате сума­сшествия или когда невозможно достать наркотик и нет сил вы­нести физические мучения. Это так называемая «ломка», разви­вающаяся вследствие отсутствия наркотика в организме, при­выкшему к наркотическим веществам. С наркоманиями тесно связаны такое опасное заболевание, как СПИД, а также сексуаль­ный разврат и половые извращения, венерические заболевания.

Медицинские и социальные последствия токсикомании не­сколько менее значительные, однако они нередко более тяжелые, чем, например, при самом злокачественном алкоголизме. Так же, как и при наркоманиях, развиваются прогрессирующая атрофия нейронов головного мозга, тяжелые неврологические последст­вия, психозы, эпилепсия, поражаются печень, почки, сердце. Так же тяжелы мучения при отсутствии препарата и так же глубока деградация личности, высок уровень ранней смертности.

***Самые тяжелые последствия от употребления наркоти­ков и других токсических веществ отмечаются у подростков.*** У них чаще, чем у взрослых, может произойти отек головного мозга, его некроз (омертвение). Если даже не случается самое страшное, наркомания и токсикомания ведут у подростка к за­держке психического развития и к ослабоумливанио, приоста­навливается физическое и половое развитие, резко возрастает ве­роятность неполноценного потомства или вообще невозможности его произвести. Но самое печальное последствие - это, конечно, исковерканная жизнь.

Как-то нам была представлена на консультацию больная, судьба которой просто не может не тронуть душу. Перед нами была молодая, довольно милая и вообще-то не совсем еще поглупевшая девушка. Раньше она неплохо училась и прекрасно рисо­вала - настолько хорошо, что могла бы, пожалуй, много достичь в жизни. Росла и воспитывалась в «благополучной» семье. Однако в 14 лет не смогла проявить самостоятельность и зрелость: под влиянием понравившегося ей юноши 17 лет, с которым стала дру­жить, начала употреблять сильный наркотик. Сразу же снизилась успеваемость, девушка стала плохо относиться к родителям. Её, по-видимому, обучили, как вести себя, и в результате дома не сра­зу заметили неладное, что дочь уже наркоманка. Можно, однако, думать, что не было у её родителей также соответствующей бди­тельности. Спохватились, когда было уже поздно. Преступники вовлекли девочку в изготовление и сбыт наркотиков, а дела такие, как известно, подпадают под действие весьма серьезных статей уголовного кодекса. Она 4 года отбывала наказание. Сейчас ей всего двадцать. Психика расстроена, специальности нет. Но самое главное - как устроить личную жизнь? Ведь в биографии - нарко­мания и судимость. Понятно, что далеко не всякий юноша захочет на ней жениться. И сколько таких изломанных судеб!

**Видоизменённые (дизайнерские) наркотики.**

(по материалам публикаций «Наркотики и общество»: Соломзес Джон, Чебурсон Вэлд, Соколовский Георгий. – М.:Иллойн, 1998. – 130с.)

Переделанные, или «дизайнерские» наркотики - синтетические вещества, полученные путем незначительного изменения химической структуры уже известного наркотика. Если наркотик сохранит способность воздействовать на рецепторы, он будет по-прежнему оказывать желаемое действие, но при этом не будет запрещен законом. Иначе говоря, специалист-химик может слегка изменить молекулу героина и получить новый наркотик с теми же свойствами. И преследовать распространение этого нового соединения по закону будет невозможно.

Дизайнерские наркотики — вещества, предназначенные для рекреационного использования, которые являются производными от ограниченного законом психоактивного компонента. Термину, ставшему популярным в прессе, не хватает точности. Вопреки расхожему мнению, что заготовками для «дизайнерских наркотиков» являются оригинальные вещества, большинство из этих веществ получены в результате легальных фармацевтических исследований.

Они представляют собой самые последние разработки в развитии психологически активных химических веществ.

Существует разделение легальных веществ на поколения, оно весьма условно, для каждой страны свое, но общие тенденции прослеживаются.

Первым поколением можно считать те самые «Спайсы». К ним относятся первые смеси на таких каннабиноидах как JWH-018, JWH-073, CP 47,497. Это такие многим известные миксы как Spice, Spice Gold, Jah Rush, Smoke, Goa Spirit и другие.

Спайс (Spice, в переводе с англ. – «приправа», «специя») – один из брендов синтетических курительных смесей, поставляемых в продажу в виде травы с нанесенным химическим веществом. Обладает психоактивным действием, аналогичным действию марихуаны. Продажа смесей спайс осуществлялась в странах Европы с 2006 года (по некоторым данным – с 2004 года) под видом благовоний. Вещество JWH – 018. Синтезировано в научной лаборатории США ученым-химиком JohnW.Huffman как аналог тетрагидроканнабинола (активного компонента марихуаны). Известны сотни других веществ в серии JWH-ххх. В Российской федерациив 2009 году Роспотребнадзоромиздано постановление «Об усилении надзора за реализацией курительных смесей» в котором запрещеноборот на территории РФ смесей, содержащих эти растения (шалфей предсказателей, гавайская роза, голубой лотос).

-Клиническая картина употребления:

-атропиноподобный эффект: широкие зрачки, повышенное давление, тахикардия, тошнота, рвота, возбуждение, беспокойство, не адекватное поведение, чувство страха смерти, зрительные и слуховые галлюцинации, вплоть до острого психоза, панические атаки т.е.вызывает сильнейшее опьянение, сродни наркотическому.

В течение 2010 – 2012 гг. наблюдается стремительный рост количества острых отравлений синтетическими наркотиками психостимулирующего действия. Тяжесть отравления заключается в развитии острого психоза и нарушений жизненно-важных функций, в том числе нарушений сердечной деятельности (резкое повышение, затем падение артериального давления, учащенное сердцебиение, недостаточность кровообращения), острой дыхательной недостаточности; в некоторых случаях (4-5% больных) развивается острая почечная или печеночно-почечная недостаточность. Однако наиболее тяжелое проявление данного отравления – неуправляемая гипертермия (до 8% больных) и развитие отека мозга. При повышении температуры тела более 40-41ºС у больного быстро развивается отек головного мозга, острая дыхательная и сердечно-сосудистая недостаточность, больной умирает через несколько часов.

Осенью 2014 года целый ряд российских регионов захлестнула настоящая волна тяжелых отравлений травяными курительными смесями.По состоянию на начало октября в СМИ сообщалось примерно о 30 погибших и более чем 700 пострадавших.

Второе поколение — это нюхательные порошки, к которым относятся мефедрон, метилон и MDPV, а также брендовые товар на их основе: порошки Cristalius, Charge+, Power of Zeus, Ivory Wave и таблетки Doves, Hummer и прочие. Эти порошки (эйфоретики, стимуляторы и эмпатогены) продавались под видом солей для ванн. Существуют также производные третьего и четвёртого поколений.

Во всем мире идет повальная борьба с наркоманией и распространением наркотиков, и меры наказания довольно суровые. Но, в большинстве случаев, чтобы вещество воспринимали как наркотик и за его распространение было понесено наказание, необходимо, чтобы оно было признано таковым законодательно. Например, Федеральный закон от 8.01.1998 №3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» определяет «Наркотические средства - вещества синтетического или естественного происхождения, препараты, растения, включенные в Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, в соответствии с законодательством Российской Федерации, международными договорами Российской Федерации, в том числе Единой конвенцией о наркотических средствах 1961 года».

Этим и пользуются наркодельцы. Химиками уже давно созданы (и продолжают создаваться) измененные формулы уже запрещенных веществ. Действие у них схоже с действием исходных веществ (наркотиков), но они не внесены в Перечень, а, следовательно, не влекут уголовную ответственность. В основном, эти вещества синтезируются в Азии, затем под видом безобидных товаров (средства для ароматизации помещений, соли для ванн) экспортируются в другие страны. В России продаются легальные наркотики обычно через интернет, реже — в специализированных ларьках.

Основные виды дизайнерских наркотиков: курительные смеси и порошки. Курительные смеси вызывают ощущения, схожие с ощущениями от марихуаны. Различные порошки имеют эффект схожий с эффектом таких наркотиков как амфетамин, кокаин, экстази, ЛСД.

Несмотря на их легальный статус, не стоит забывать, что большинство из этих веществ не прошло тестирование даже на животных, не говоря уже о людях. Так что, употребляя легальные наркотики, вы сами являетесь подопытными.

Личностные основы профилактики алкоголизма, наркоманий и других аддикций: учебное пособие (Г.И. Дереча, В.В.Карпец, М.В.Дёмина, В.А. Дереча, А.В.Гуров); ГБОУ ВПО ОрГМУ Минздрава РФ. – 248с.